



ประกาศจังหวัดเพชรบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

.....

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

จังหวัดเพชรบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสิริรัตน์ สุขอร่าม	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลท่าสาย กลุ่มงานการพยาบาล งานวิจัยและพัฒนา

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายธรรมบุญ ศรีวรรณะ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดเพชรบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสิริรัตน์ สุขอร่าม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลท่ายาง กลุ่มงานการพยาบาล งานวิจัยและพัฒนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๔๓๘๕๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลท่ายาง กลุ่มงานการพยาบาล งานวิจัยและพัฒนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๔๓๘๕๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน ผลของโครงการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"</p>						
				นางสิริรัตน์		

พ.ศ. ๒๕๖๕ พัฒนารูปแบบและปรับระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙ แบบ Out Patient with Self Isolation พัฒนาเครื่องมือในการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยโควิด ๑๙ แบบ Self Isolation และสนับสนุนการทำงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรม/COI/เรื่องเล่า ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เกิดผลงานวิจัยจำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการจัดการให้บริการด้วยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลงาน COI ๑ เรื่อง ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และเรื่องเล่า ๑ เรื่อง ได้แก่ ความสุขในชีวิตของผู้เป็นแม่ (การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์)

พ.ศ. ๒๕๖๖ รับนโยบายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจัดตั้งทีมพัฒนาและวางแผนการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special medical care) และพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอกเพื่อลดความแออัดและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาให้กับผู้ใช้บริการ สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำ R๒R ทำผลงานวิชาการ/วิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จัดหลักสูตรอบรมการพัฒนางานประจำสูงงานวิจัย (R๒R) ให้กับบุคลากรเพื่อนำผลงานวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนางานประจำ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย จำนวน ๓๐ เรื่อง และกำลังศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

แนวคิด หลักการ องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการแพทย์ที่มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาผลงานวิชาการ งานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, ๒๐๐๘) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคล มาประยุกต์กับกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีความสามารถในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีหลักการสำคัญว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องพัฒนาทั้ง ๓ ระดับ คือ ๑) ชั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงและทักษะการเข้าใจ ๒) ชั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะการติดตาม และ ๓) ชั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ โดยออกแบบกระบวนการพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้พัฒนาในกลุ่มประชาชนทั่วไป (General populations) คือ กลุ่มประชาชนที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการวิเคราะห์ว่ามีความสามารถขั้นพื้นฐานมากน้อยเพียงใด มีความสามารถด้านการอ่าน การฟัง การพูด การเขียนดีแล้วหรือไม่ ซึ่งต้องพัฒนาทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจหรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ซึ่งต้องส่งเสริมในชั้นปฏิสัมพันธ์ด้วยการฝึกทักษะเรื่องการติดตามหรือการใช้คำถามและการสื่อสารเพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในชั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อพัฒนาความคิดอย่างมีเหตุมีผล คิด วิเคราะห์และแยกแยะได้ลึกซึ้ง ทำให้เกิดทักษะการตัดสินใจที่นำไปสู่ทักษะการนำไปใช้ ทำให้มีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและจัดการปัญหาด้วยตนเองได้ การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนาทักษะ ๕ ด้าน บนพื้นฐานข้อมูลข่าวสาร (Information) และความรู้ (Knowledge) ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้สำหรับสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการติดตามหรือสื่อสารที่ดีเพื่อใช้ความคิดที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและเกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องจนนำไปสู่สุขภาพที่ดี

นอกจากนี้บทนี้บ่งชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) จากการทำเนิงานสุขศึกษา (Health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) อีกทั้งแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock, Stretcher & Becker (๑๙๘๘) อธิบายว่า พฤติกรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความเชื่อ (Belief) หรือการรับรู้ (Perception) ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคนั้นๆ และวิธีการจัดการโรคนั้นๆ ซึ่งปัจจัยในตัวบุคคลด้านความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติหรือความรอบรู้จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ก็ต่อเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) บุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้นหากพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์ (Perceived Benefits) หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรค (Perceived Barriers) และมีการรับรู้ความสามารถของตนตลอดจนได้รับการกระตุ้นหรือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (Cues to Action) จะช่วยสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เหมาะสม ดังนั้นจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง สร้างกรอบแนวคิดโดยประยุกต์ใช้หลักการความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ออกแบบกิจกรรมเน้นการพัฒนาทักษะ ๕ ด้าน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการจัดกิจกรรมการสื่อสารผ่านกระบวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นจนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการศึกษาดังนี้

โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง

1. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy)
 - 1.1 กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึง
 - 1.2 กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าใจ
2. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)
 - 2.1 กิจกรรมพัฒนาทักษะการไต่ถาม
3. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)
 - 3.1 กิจกรรมพัฒนาทักษะการตัดสินใจ
 - 3.2 กิจกรรมพัฒนาทักษะการนำไปใช้



1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- 1.1 ทักษะการเข้าถึง
- 1.2 ทักษะการเข้าใจ
- 1.3 ทักษะการไต่ถาม
- 1.4 ทักษะการตัดสินใจ
- 1.5 ทักษะการนำไปใช้

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke/Cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รายงานสถานการณ์ทั่วโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ และอันดับ ๓ ของความพิการ ผู้ป่วยจำนวน ๘๐ ล้านคน พบผู้ป่วยประมาณ ๕๐ ล้านคนพิการอย่างถาวร คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕๐ ผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ ๕.๕ ล้านคน ซึ่ง ๒ ใน ๓ ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทย และยังมีผู้ป่วยใหม่ถึง ๑๓.๗ ล้านคนต่อปี โดย ๑ ใน ๔ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไปและร้อยละ ๖๐ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน และเสียชีวิต ๖.๕ ล้านคน โดยประชากรทุก ๔ คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑ คน และร้อยละ ๘๐ ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเพิ่มขึ้นอีก ๒ เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจากรายงานข้อมูลย้อนหลัง ๔ ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๔ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๔๗๙, ๕๓๔, ๕๘๘ และ ๖๔๕ ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ ๔๘, ๔๗, ๕๓ และ ๕๓ ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ๓๔,๕๔๓ ราย คิดเป็นอัตราตาย ๕๓ ต่อแสนประชากรเป็นเพศชาย ๑๙,๙๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๘ เป็นเพศหญิง ๑๔,๕๙๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี จำนวน ๒๓,๘๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๙ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒๗๘, ๓๐๓, ๓๑๘ และ ๓๒๘ ตามลำดับ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ ๑๑.๐๒, ๑๐.๖๐, ๑๐.๒๔, ๑๐.๓๔ และ ๑๐.๕๘ ตามลำดับ และจากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี ๒๕๕๖ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากเป็นอันดับ ๑ ในเพศหญิง ๒๗๗,๐๐๐ ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐.๘ ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมดและอันดับ ๒ ในเพศชาย ๓๔๐,๐๐๐ ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๘.๘ ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๖๐) สำหรับเขตสุขภาพที่ ๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ ๓๐๐, ๓๒๙, ๓๔๖ และ ๓๔๙ ตามลำดับ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยร้อยละ ๑๐.๕๖, ๑๐.๒๓, ๑๐.๕๒, ๑๐.๕๕ และ ๑๑.๗๐ ตามลำดับ และปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เฉลี่ยร้อยละ ๒๖.๔๑, ๒๕.๗๗ และ ๒๘.๐๘ ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic stroke) เฉลี่ยร้อยละ ๔.๙๘, ๔.๙๒ และ ๕.๘๑ตามลำดับ กำหนดนโยบายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่รวดเร็วถูกต้องและทันเวลา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการลง โดยภายในเขตสุขภาพที่ ๕ มีเป้าหมายลดอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเหลือน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ (คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เขตสุขภาพที่ ๕, ๒๕๖๕)

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ ๘ ปัจจัย ดังนี้ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสาย

ตรงเคเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้อาจได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กำหนดแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ใน ๒ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ๑) กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM, HT) โดยใช้ตารางสีซึ่งสามารถใช้ได้ในประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป และ ๒) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre -DM) คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร ๘ ชั่วโมงขึ้นไปตั้งแต่ ๑๐๐ -๑๒๕ มก./ดล. กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre - HT) คือ มีระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ ๑๒๐/๘๐ ถึง ๑๓๙/๘๙ มม.ปรอท และผู้ที่มีภาวะอ้วน คือ มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.๒ ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ใช้วิธีคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) ตามแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง ๗ ประเด็น ได้แก่ สูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ ๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท (เป็นค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ตั้งแต่ ๑๐๐ มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ ขนาดรอบเอวมากกว่าสวนสูง (เช่นตีเมตร) หาร ๒ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต มีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ ๕๕ ปี หรือผู้หญิงเป็นก่อนอายุ ๖๕ ปี) โดยบุคคลที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แต่ยังไม่ได้รับการรักษาถือเป็นกลุ่มเสี่ยง กำหนดสถานะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้ ๑) ปัจจัยเสี่ยง ≤ 2 ขอ หมายถึง เสี่ยง ๒) ปัจจัยเสี่ยง ๓ - ๔ ขอ หมายถึง เสี่ยงสูง และ ๓) ปัจจัยเสี่ยง ≥ 5 ขอ หมายถึง เสี่ยงสูงมาก แบบประเมินฯ ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางแพทย์ใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคคลที่ไม่เคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (Primary Prevention) และจัดบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับโอกาสเสี่ยงรายบุคคล และเป้าหมายของการใช้แบบประเมินฯ เพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนได้รับยาในรายที่มีข้อบ่งชี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในศตวรรษที่ ๑๙๗๐ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, ๑๙๙๘) ให้คำนิยามความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ ซึ่ง Nutbeam (๑๙๙๘) ได้นำเสนอต่อองค์การอนามัยโลกไว้ในอภิธานศัพท์การส่งเสริมสุขภาพในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ ๔ ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย สำหรับประเทศไทยมีการใช้คำเรียกความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่หลายคำ อาทิ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ โดยหมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหากับตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ที่สอดคล้องนำไปสู่การตัดสินใจ นำมาลงปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙; นภาพรวานิชย์กุล และสุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์, ๒๕๕๖) การที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ได้จะต้องมีคุณลักษณะสำคัญ ๒ ประการ ได้แก่การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องต้องเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ความสามารถในการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้เท่าทันสื่อจัดการตนเองได้และตัดสินใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างถูกต้อง (กองสุขศึกษา, ๒๕๕๖) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, ๒๐๐๙) โดยมีจุดเน้นคือ การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเพิ่มของไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาการวัดหรือประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ในการพัฒนาการวัดหรือประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น นอกจากนิตบีม (Nutbeam, ๒๐๐๐) ยังกล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานสุขศึกษาและกิจกรรมการสื่อสาร ซึ่งมีหลายวิธีการที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ การสอนสุขศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญและเป็นวิธีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเข้าใจและทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ทั้งนี้ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการกำหนดเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสอนสุขศึกษาด้วย (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, ๒๕๕๘)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, ๒๐๐๘) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น สามารถตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น หรือลดความอ้วนโดยการออกกำลังกายและเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้มากขึ้น (Wagner, Knight, Steptoe, & Wardle, ๒๐๐๗) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี (Gladdar, Valerio, Carsia, & Hansen, ๒๐๑๒) ส่วนบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Nutbeam, ๒๐๐๘) ไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพหรือจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา (McNaughton et al., ๒๐๑๔; Van de Heide et al., ๒๐๑๔) ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากประชาชนขาดการดูแลตนเองทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ต้องใช้ยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต้องรับภาระหนักและไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (WHO, ๒๐๐๙)

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิตบีม (Nutbeam, ๒๐๐๐, ๒๐๐๘) ประกอบด้วย ๓ ระดับ ดังนี้ ระดับ ๑ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น ระดับ ๒ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น ระดับ ๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและ

รักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บทสัมภาษณ์ได้เสนอแนวคิดหลักการสำคัญว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องพัฒนาทั้ง ๓ ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณ โดยการออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๕ ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย ๑) ศึกษาข้อมูลเชิงลึก ๒) สร้างกรอบแนวคิดโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐาน ๓) ออกแบบและวางแผน ๔) ดำเนินงาน และ ๕) ประเมินผล พัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ความสามารถพื้นฐานเป็นความสามารถที่สำคัญต่อการใช้ชีวิตและการทำงานเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดี การพัฒนาขั้นปฏิสัมพันธ์จะช่วยเพิ่มความสามารถในการสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับคนรอบตัวและคนในสังคมทำให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความร่วมมือในการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับตนเองและเอื้อสำหรับการมีสุขภาพดีร่วมกัน และการพัฒนาขั้นวิจารณ์ญาณช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และแยกแยะได้ลึกซึ้งเพื่อการตัดสินใจและการจัดการที่ดีการจัดการกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องทำวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มว่ามีความสามารถขั้นพื้นฐานมากน้อยเพียงใด มีความสามารถด้านการอ่าน การฟัง การพูด การเขียนดีแล้วหรือไม่ หรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ซึ่งต้องส่งเสริมในขั้นปฏิสัมพันธ์ด้วยการฝึกทักษะเรื่อง การไต่ถามหรือการใช้คำถามและการสื่อสาร ซึ่งถือเป็นจุดอ่อนของคนไทยทุกกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการเรียนรู้มักจะขาดการซักถามหรือไม่เปิดโอกาสให้มีการคลายข้อสงสัยโดยเฉพาะการซักถาม ซึ่งทำให้ไม่รู้ว่ามีความเข้าใจ ถูกหรือเข้าใจผิดอย่างไร เข้าใจสิ่งที่เรียนรู้ไปแล้วหรือไม่ อะไรบ้างที่เข้าใจ อะไรบ้างที่ยังไม่เข้าใจอะไรบ้างที่สงสัยต้องการให้เพิ่มเติม อะไรบ้างที่มีความสนใจและต้องการให้ขยายความรู้เพิ่มเติมซึ่งจะต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อพัฒนาความคิดอย่างมีเหตุมีผล ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีนำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและจัดการปัญหาด้วยตนเองได้จึงจะพัฒนาให้บุคคลมีความรอบรู้ได้สมบูรณ์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, ๒๐๐๙) ได้ระบุถึงความรู้ด้านสุขภาพ เน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะจำเป็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง (Access) ทักษะการสร้างเข้าใจ (Understand) และทักษะการนำไปใช้ (Apply) สำหรับการปฏิบัติตัวให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสังเคราะห์นิยามที่มีหน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้องเผยแพร่นั้น พบว่า มีคำสำคัญ (Key words) จำแนกได้ ๕ กลุ่ม โดยระบุตรงกันว่าทักษะที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในยุคปัจจุบัน ได้แก่ ๑) เข้าถึง (Access) ๒) ประเมิน (Evaluate) ๓) ความเข้าใจ (Understand) ๔) ตัดสินใจ (Make decision) และ ๕) นำไปใช้ (Apply) สำหรับกลุ่มประเทศยุโรป ๘ ประเทศ ได้จัดทำกรอบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระบุทักษะสำคัญ ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน/ตัดสินใจ และนำไปใช้องค์ประกอบเหล่านี้ได้รับการยอมรับกันในกลุ่มประเทศยุโรปและเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งต่อมาแนวทางการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในประเทศไทยได้มีการเพิ่มทักษะที่จำเป็นอีกหนึ่งทักษะ คือ การไต่ถาม หรือการใช้คำถาม (Questioning) หรือการไต่ถาม/ซักถาม/แลกเปลี่ยน นอกจากนี้หน่วยงาน สถาบันวิชาการ และนักวิจัยได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาใช้ในการประเมินทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ โดยแสดงองค์ประกอบสำคัญที่ยอมรับและมีข้อเสนอในการพัฒนาองค์ประกอบเหล่านี้ประกอบด้วย เข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understand) ตัดสินใจ (Make decision) และนำไปใช้ (Apply) (Ishikawa et al., ๒๐๐๘; Tsai & Kuo, ๒๐๑๑; Sorensen et al., ๒๐๑๒; Pelikan et al., ๒๐๑๔; กองสุขศึกษา, ๒๕๖๑; กรมอนามัย, ๒๕๖๑; กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๒; ชวัญเมือง แก้วคำเกิง, ๒๕๖๒) การพัฒนาและกำหนดองค์ประกอบของทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสังคมไทยของคณะทำงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการสร้างกรอบแนวคิดการพัฒนาและออกแบบกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ โดยกำหนดทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง (Access) ทักษะการสร้างเข้าใจ (Understand) ทักษะการไต่ถาม (Questioning) ทักษะการตัดสินใจ (Make decision) และทักษะการนำไปใช้ (Apply) (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ ได้แก่ ๑) ยกกระตือรือร้นเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรงโดยปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนรับรู้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (อนุทิน ชาญวีรกูล, ๒๕๖๖) ๒) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ (Self-care) (สาธิต ปิตุเตชะ, ๒๕๖๖) และ ๓) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกกระตือรือร้นสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติโดยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็วเพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยให้สามารถดูแลสุขภาพกายและใจของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง(โอกาส การย์กวิณพงศ์, ๒๕๖๖) อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๕ (คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เขตสุขภาพที่ ๕) มุ่งเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เป้าหมายสำคัญ คือการลดอัตราการป่วยตายจากโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายของประชาชนในพื้นที่ ซึ่ง ๑ ใน ๖ กลุ่มโรคที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดตัวชี้วัด พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อน้อยกว่าร้อยละ ๒๕, ๒๐ และ ๑๕ ตามลำดับ และลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อน้อยกว่าร้อยละ ๔ ของทุกปี

โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F๑ ให้บริการ ๔ มิติทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถิติ ๕ ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน ๑๖๓, ๑๘๘, ๒๑๖, ๒๗๒ และ ๒๑๕ ราย ตามลำดับ พบอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๓.๙๒, ๓.๖๖, ๑๐.๒๖, ๕.๐๐ และ ๙.๐๙ ตามลำดับ (งานเวชสถิติโรงพยาบาลท่าสาย, ๒๕๖๖) และจากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๒๐ ราย พบว่าขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่ทราบว่าเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะทำให้มีโอกาที่จะเสียชีวิต พิการ และเกิดผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว คิดว่าผลกระทบดังกล่าวเป็นเรื่องไกลตัว จึงไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันโรค ดังนั้นในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทในการดำเนินการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) และทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยการป้องกันในระดับปฐมภูมิเป็นการป้องกันในระยะก่อนการเกิดโรค ได้แก่ การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และวิธีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการป้องกันระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อการรักษาอย่างเร่งด่วนอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้นจึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ และจากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock, Stretcher & Becker (๑๙๙๓) อธิบายว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยบุคคลนั้น ต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากน้อยเพียงใดหรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เกิดความพิการ มีความเจ็บปวดหรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรง

ของการเกิดโรคจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมป้องกัน เกิดขึ้น ทั้งนี้ร่วมกับการได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติที่มีทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท และปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ดังนั้นเพื่อเป็นการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, ๒๐๐๐, ๒๐๐๘) และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) โดยมีแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบและกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมครอบคลุมการพัฒนาความสามารถและทักษะที่จำเป็น ๕ ประการ ครอบคลุมการพัฒนาทักษะทั้งในระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy: FHL) ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง (Access) และทักษะการเข้าใจ (Understand) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy: IHL) ได้แก่ ทักษะการโต้ถาม (Questioning) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy: CHL) ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ (Make decision) และทักษะการนำไปใช้ (Apply) โดยคาดหวังว่ากลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี โดย

๑. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง
๒. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง
๓. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง
๔. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง

ขั้นตอนการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนและหลัง (Two group pretest – posttest design) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกันทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๕๕ ปี ที่อาศัยในเขตหมู่บ้าน ๑-๕ ตำบลท่าทราย อำเภอท่าทราย จังหวัดเพชรบุรี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre – HT) หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre – DM) หรือกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กก./ม.^๒ และได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยง ๗ ปัจจัยด้วยแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๘๔ ราย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มตัวอย่าง รวม ๖๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน ๓๐ คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน ๓๐ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น ๓ ประเภท ดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Pre-DM, Pre-HT) และผู้ที่มีภาวะอ้วน (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๗) เป็นแบบประเมินที่ช่วยในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถามปัจจัยเสี่ยง ๗ ประเด็น จำนวน ๗ ข้อ เป็นคำถามแบบ ๒ ตัวเลือก คือ มีและไม่มี

การแปลผล

ปัจจัยเสี่ยง ≤ 2 ข้อ หมายถึง เสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง ๓ - ๔ ข้อ หมายถึง เสี่ยงสูง

ปัจจัยเสี่ยง ≥ 5 ข้อ หมายถึง เสี่ยงสูงมาก

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ๓ ส่วน จำนวน ๔๔ ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๙ ข้อประกอบด้วย ๑) ข้อมูลเชิงโครงสร้าง ประชากร อาชีพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวน ๖ ข้อ ๒) ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย อาทิ โรคประจำตัว ภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน ๒ ข้อ และ ๓) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ มาตรการและแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ จำนวน ๑ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค พัฒนาขึ้นโดย กรมควบคุมโรค (๒๕๖๔) เพื่อใช้ศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach ,s alpha coefficient) เท่ากับ .๙๑ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน ๒๐ ข้อ ๕ ทักษะ ดังนี้ ๑) ทักษะการเข้าถึง จำนวน ๔ ข้อ ๒) ทักษะการเข้าใจ จำนวน ๔ ข้อ ๓) ทักษะการไต่ถาม จำนวน ๔ ข้อ ๔) ทักษะการตัดสินใจ จำนวน ๔ ข้อ และ ๕) ทักษะการนำไปใช้ จำนวน ๔ ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับ ใช้แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ตามลำดับความยาก - ง่าย ดังนี้

ทำได้ง่ายมาก หมายถึง ต้องใช้ความสามารถและทักษะในระดับทำได้ง่ายมาก

ทำได้ง่าย หมายถึง ต้องใช้ความสามารถและทักษะในระดับทำได้ง่าย

ทำได้ยาก หมายถึง ต้องใช้ความสามารถและทักษะในระดับทำได้ยาก

ทำได้ยากมาก หมายถึง ต้องใช้ความสามารถและทักษะในระดับทำได้ยากมาก

ไม่ได้ทำ หมายถึง ไม่ได้ใช้ความสามารถและทักษะ

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำได้ง่ายมากหมายถึง คะแนน ๔ คะแนน

ทำได้ง่าย หมายถึง คะแนน ๓ คะแนน

ทำได้ยาก หมายถึง คะแนน ๒ คะแนน

ทำได้ยากมาก หมายถึง คะแนน ๑ คะแนน

ไม่ได้ทำ หมายถึง คะแนน ๐ คะแนน

การแปลผล

การวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามจำนวน ๒๐ ข้อๆ ละ ๔ คะแนน คิดเป็นคะแนนเต็ม ๘๐ คะแนนใช้รูปแบบการแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค โดยใช้เกณฑ์ของขวัญเมือง แก้วคำเกิง และจำเนียร ชุมทโสภาค (๒๕๖๔) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

คะแนน ๐๐.๐๐ - ๔๗.๙๙ (ร้อยละ ๐.๐ - ๖๐.๐)	หมายถึงระดับไม่พอเพียง
คะแนน ๔๘.๐๐ - ๕๙.๙๙ (ร้อยละ ๖๑.๐ - ๗๔.๙)	หมายถึงระดับมีปัญหา
คะแนน ๖๐.๐๐ - ๗๑.๙๙ (ร้อยละ ๗๕.๐ - ๘๙.๐)	หมายถึงระดับพอเพียง
คะแนน ๗๒.๐๐ - ๘๐.๐๐ (ร้อยละ ๙๐.๐ - ๑๐๐.๐)	หมายถึงระดับดีเยี่ยม

นอกจากนี้ ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และจำเนียร ชุมทโสภาค (๒๕๖๔) ได้ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) แบบผันแปรได้ ๒ ค่า (Binary Logistic) แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพใหม่ โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มระดับไม่พอเพียง และ ระดับมีปัญหา จัดเป็น ระดับไม่เพียงพอ (คะแนนร้อยละ ๐ - ๗๔)

กลุ่มระดับพอเพียง และ ระดับดีเยี่ยม จัดเป็น ระดับเพียงพอ (คะแนนร้อยละ ๗๕ - ๑๐๐)

ส่วนที่ ๓ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาขึ้นโดย อังคินันท์ อินทรกำแหง (๒๕๖๑) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach ,s alpha coefficient) เท่ากับ .๙๖ ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและตัดแปลงข้อคำถาม (Items) ตัดด้านการต้านทานภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงแก่กลุ่มตัวอย่างยิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน ๒๐ ข้อลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง มีความถี่ในการปฏิบัติตน ๖ - ๗ วัน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง มีความถี่ในการปฏิบัติตน ๔ - ๕ วัน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ้างบางครั้ง	หมายถึง มีความถี่ในการปฏิบัติตน ๓ วัน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง มีความถี่ในการปฏิบัติตน ๑ - ๒ วัน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง มีความถี่ในการปฏิบัติตน ๐ วัน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง คะแนน ๕ คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง คะแนน ๔ คะแนน
ปฏิบัติบ้างบางครั้ง	หมายถึง คะแนน ๓ คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง คะแนน ๒ คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง คะแนน ๑ คะแนน

การแปลผล

คะแนน ๐๐.๐๐ - ๖๐.๐๐ (ร้อยละ ๐.๐ - ๖๐.๐) หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง

คะแนน ๖๑.๐๐ - ๗๙.๐๐ (ร้อยละ ๖๑.๐ - ๗๙.๐) หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ

คะแนน ๘๐.๐๐ - ๑๐๐.๐๐ (ร้อยละ ๘๐.๐ - ๑๐๐.๐) หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง เป็นรูปแบบการจัดการกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, ๒๐๐๐, ๒๐๐๘) กองสุขศึกษา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข, ๒๕๖๔) และแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock, Stretcher & Becker (๑๙๘๘) ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ ๘ สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

๓.๑ กิจกรรมเสริมสร้างความรู้โรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบการบรรยาย ใช้เวลา ๑ ชั่วโมง

๓.๒ กิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย ๓ กลุ่มๆ ละ ๑๐ คน ตามความสมัครใจ มีผู้วิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม ใช้เวลา ๓ ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมย่อย ๒ กิจกรรม ได้แก่ ๑) กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ๒) กิจกรรมพัฒนาทักษะการความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๓ กิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม ๓ กลุ่ม ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้เวลา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที ดำเนินกิจกรรมย่อย ๑ กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมพัฒนาทักษะการโต้ถาม

๓.๔ กิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม ๓ กลุ่ม ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้เวลา ๓ ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมย่อย ๒ กิจกรรม ได้แก่ ๑) กิจกรรมพัฒนาทักษะการตัดสินใจ และ ๒) กิจกรรมพัฒนาทักษะการนำไปใช้

๓.๕ กิจกรรมการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม ๓ กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นสมาชิกทุกกลุ่ม กำหนดข้อตกลงในการใช้งานเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและประเมินทักษะที่จำเป็น ๕ ด้าน กำหนดการสื่อสารสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ช่วงเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.

๓.๖ กิจกรรมการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

สมมติฐานของการวิจัย คือ ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง

๑. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

๒. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

๓. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

๔. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ: จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลง

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ: ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงมีความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ประโยชน์ทางตรง: จากการศึกษาครั้งนี้เกิดองค์ความรู้ใหม่ เกิดแนวปฏิบัติ/คู่มือ และโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรค อีกทั้งสามารถนำมาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพและใช้เป็นฐานในการพัฒนาเครื่องมือในการวางแผนการดูแลเฉพาะโรค (Clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลง

ประโยชน์ทางอ้อม: ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย ผู้บริหารสามารถนำมากำหนดเป็นนโยบายและวางแผนโครงการต่างๆ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการป้องกันผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์กระบวนการทำงานเดิมเพื่อพัฒนา

รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง เป็นการพัฒนาคูณภาพทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลกระทบ: ผลงานวิจัยนี้เป็นผลงานวิจัยและพัฒนาที่ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือภารกิจหลักระดับจังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/กระทรวงสาธารณสุข เพราะเป็นหนึ่งในนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service Plan) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลที่ได้จากงานวิจัยและพัฒนาคือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง มีประสิทธิผลทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ ได้แก่ ๑) ยกกระตือรือร้นสร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรงโดยปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนรับรู้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ๒) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ (Self-care) และ ๓) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกกระตือรือร้นสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติโดยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็วเพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยให้สามารถดูแลสุขภาพกายและใจของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง (โอกาส การย์กวิพงค์, ๒๕๖๖) อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๕ (คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เขตสุขภาพที่ ๕) มุ่งเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เป้าหมายสำคัญ คือการลดอัตราการป่วยตายจากโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายของประชาชนในพื้นที่ ซึ่ง ๑ ใน ๖ กลุ่มโรคที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ความรู้ทางวิชาการหรือวิชาชีพทางการแพทย์ที่ต้องใช้ประสบการณ์สูงมากด้านการวิจัยและพัฒนากระบวนการพยาบาลมิติด้านการป้องกันโรค ศึกษาวิจัยพัฒนาระบบหรือรูปแบบการบริการพยาบาลเฉพาะกลุ่มเฉพาะโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้องค์ความรู้พื้นฐานเชิงประจักษ์ สร้างองค์ความรู้ใหม่ในการปฏิบัติด้านการพยาบาล ประยุกต์และพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ออกแบบกิจกรรมจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, ๒๐๐๐, ๒๐๐๘) และแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock, Stretcher & Becker (๑๙๘๘) โดยผ่านกระบวนการศึกษาด้วยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างถูกต้องในการพัฒนาโปรแกรมทางการแพทย์ที่อาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรที่คุ้มค่า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้านการพยาบาลในการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โดยการสุ่มตัวอย่างจากประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๕๕ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre - HT) หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre - DM) หรือเป็นกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กก./ม.^๒ ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้วยแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยในเขตหมู่ ๑-๕ ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี เปิดรับสมัครและกำหนดคุณสมบัติเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้ power analysis โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, ๑๙๘๘) กำหนดระดับความเชื่อมั่น .๐๕ กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .๘๐ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย ๒ กลุ่ม การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล (Cohen, ๑๙๘๘)

โดแบ่งขนาดอิทธิพลเป็น ๓ ระดับ คือ ขนาดเล็ก (Small effect size) เท่ากับ .๒ ขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ .๕ และขนาดใหญ่ (Large effect size) เท่ากับ .๘ สำหรับการคำนวณขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของรุ่งนภา อาระหงษ์ (๒๕๖๐) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ๖๘.๑๖ (S.D. = ๗.๓๘) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย ๕๔.๔๓ (S.D. = ๙.๗๖) นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ ๑.๔๑ เป็นค่าเกิน ๐.๘๐ ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ ๐.๐๘ มาเปิดตารางจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวน ๒๕ ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ ๒๐ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน ๓๐ คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน ๓๐ คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้นจำนวน ๖๐ คน

วิธีการสุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (Non - Probability sampling) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะเฉพาะโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-DM) หรือเป็นกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กก./ม.๒ ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้วยแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๖๐ ราย และทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Random assignment) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับสลากกลุ่มละ ๓๐ ราย

เกณฑ์คัดเข้าตัวอย่าง (Inclusion criteria)

๑. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง ๓๕ - ๕๙ ปี อาศัยอยู่ในเขตหมู่ ๑ - ๕ ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

๒. ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre - HT) หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre - DM) หรือเป็นกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กก./ม.๒ และได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยง ๗ ปัจจัยด้วยแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มเสี่ยงสูงมีปัจจัยเสี่ยง ๓ - ๔ ข้อ

๓. สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีสติสัมปชัญญะ สามารถเขียนหนังสือและสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี

๔. ไม่มีการเจ็บป่วยอื่นที่รุนแรงอันจะเป็นอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย เช่น โรคเมเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น

๕. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ สามารถพูดคุยสื่อสาร และโทรศัพท์เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้

๖. สนใจยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกขั้นตอน

เกณฑ์คัดออกตัวอย่าง (Exclusion criteria)

๑. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกขั้นตอน

๒. กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย หรือย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

๓. กลุ่มตัวอย่างที่เผชิญกับสถานการณ์กดดัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง ถูกทอดทิ้ง ในช่วงเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

๑. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

๒.๑ ใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขด้านสุขภาพฯ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ

๒.๒ ใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขณะอยู่ระหว่างการศึกษามีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จึงได้วางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากความเสี่ยง ดังนี้

ความเสี่ยงด้านร่างกาย อาจพบ ๑) กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันและการแก้ไขดังนี้ ตลอดระยะเวลาการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และหากเริ่มมีอาการเตือนหรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที ๒) การศึกษาครั้งนี้มีการสังเกตการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ โดยมีการประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างต้องใช้เวลาในการฟังและการทำแบบสอบถาม อาจเกิดความเหนื่อยล้าได้ การป้องกันและการแก้ไขดังนี้ ผู้วิจัยชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและทราบถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ อาจจะใช้เวลานานทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พักเป็นระยะตามความเหมาะสมของสถานการณ์ และอธิบายการตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวน ๑ ชุด โดยทำแบบประเมินฯ ๒ ครั้งทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพฯ แต่ละครึ่งใช้เวลา ๑๕ นาที

ความเสี่ยงด้านจิตใจ ที่เกิดจากการตอบแบบประเมินฯ อาจมีกรณีที่คำถามทำให้ไม่สบายใจ การป้องกันและการแก้ไข คือ การตอบแบบประเมินฯ กรณีที่คำถามทำให้ไม่สบายใจ ผู้ป่วยสามารถข้ามข้อคำถามไปก่อนแล้วค่อยกลับมาตอบในภายหลัง

ความเสี่ยงด้านสังคม อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเกิดความอึดอัดและถูกแบ่งแยกได้ เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หากมีบุคคลอื่นรับรู้ข้อมูล เช่น กลุ่มตัวอย่างอาจถูกมองว่ามีความแตกต่างหรือคิดว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านนั้นๆ การป้องกันและการแก้ไข คือ การลดความเสี่ยงเชิงสังคมโดยดำเนินงานวิจัยที่ให้ความสำคัญถึงความเป็นส่วนตัว การจัดสถานที่ที่ดำเนินงานวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ความเสี่ยงด้านกฎหมาย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อาจพบ ๑) การถูกเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลอาจรั่วไหล การป้องกันและการแก้ไขคือการปกป้องและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างรัดกุมโดยจะต้องมีการปกปิดชื่อ นามสกุล เบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง การใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูล การทำลายข้อมูลเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง และในกระบวนการขอ

ความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยระบุวิธีการปกป้องและรักษาความลับของอาสาสมัคร เพื่อให้อาสาสมัครตัดสินใจก่อนการเข้าร่วมวิจัย ๒) การเสียโอกาสของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ในกรณีที่ผลการวิจัยพบว่า เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และเกิดผลดีกับกลุ่มตัวอย่าง การป้องกันและการแก้ไข คือ ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนของการวิจัยและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โดยให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งการตัดสินใจยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นการตัดสินใจด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างพิจารณาแล้วยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานในแบบฟอร์มยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยหาโอกาสทำกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบต่อไป

การทดลองโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีกระบวนการเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง ๘ สัปดาห์ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสูญหายจากการวิจัย ซึ่งไม่เพียงพอในการทดลอง การป้องกันและการแก้ไข คือ การป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการทดลองโดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, ๑๙๘๘) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวน ๒๕ ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ ๒๐ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน ๓๐ คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน ๓๐ คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้นจำนวน ๖๐ คน

๙. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี โดยออกแบบผ่านกระบวนการทางระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมฯ ดังกล่าวไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอื่นๆ ต่อไป โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยเชิญผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองและเครือข่ายสุขภาพร่วมทำการวิจัยและเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเป็นระยะ ๓ - ๖ เดือน เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ และพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

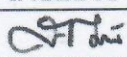
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑) นางสาวสิริรัตน์ สุขอร่าม สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

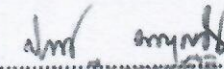
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

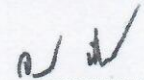
(ลงชื่อ)
(นางสิริรัตน์ สุขอร่าม)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) 12 / กรกฎาคม / ๒566
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสิริรัตน์ สุขอร่าม	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(.....นางปราณี มหาชุติ.....)
(.....หัวหน้าพยาบาล.....)
(ตำแหน่ง) (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
(วันที่) 12 / ก.ค. / 2566
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(..... (นางผลภูมิ นีละศรี))
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ามาย
(วันที่) 12 / ก.ค. / 2566
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานวิจัย
และพัฒนา โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

การปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพจำเป็นต้องมีการแสวงหาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ
ทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องจะนำไปสู่คุณภาพการบริการที่ดีต่อผู้รับบริการ ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงเป็น
วิธีการหาคำตอบอย่างเป็นระบบที่พยาบาลควรจะนำมาเป็นแนวทางในการค้นหา วิเคราะห์ รวบรวมองค์ความรู้
ที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยดำเนินการในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นงานประจำได้ตาม
กระบวนการวิจัยที่มุ่งเน้นการควบคุมคุณภาพภายในให้มากที่สุด ภายใต้ข้อจำกัดในระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อให้
คำตอบสามารถนำไปพิจารณาแก้ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานของตนเองได้อย่างรวดเร็ว
ท่ามกลางสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะปัญหาสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ซับซ้อนและต้องการการดูแล
ในเชิงรุกมากขึ้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมที่ต้องมีวิธีการดำเนินงานในทิศทางที่มีเป้าหมายชัดเจนบน
ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอจากการวิจัยและเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ
พยาบาล พยาบาลจึงจำเป็นต้องทำวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อขยายองค์ความรู้ทางการพยาบาลและแสดงความเป็น
เอกลักษณ์ของวิชาชีพให้มีความเด่นชัดหรือเป็นที่ประจักษ์ทางสังคม การนำความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดการพัฒนา
งานและคนให้มีคุณภาพต้องอาศัยการจัดการความรู้เพื่อสร้างและใช้ความรู้ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน
การวิจัยทางการพยาบาลจึงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล การพัฒนางานประจำสู่การวิจัยเป็น
การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลในการสังเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากงานประจำพัฒนาต่อยอด
เป็นงานวิจัยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการผสมผสาน
ระหว่างการพัฒนาคุณภาพการทำงานพยาบาลและการวิจัยที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความคิด
สร้างสรรค์ใหม่ๆ โดยคำถามต้องมาจากปัญหาการพยาบาลที่เกิดขึ้น คนทำวิจัยต้องเป็นคนที่กำลังเผชิญปัญหา
ผลลัพธ์ที่ได้คือ ปัญหาได้รับการแก้ไขและเกิดการบริการพยาบาลที่ดีขึ้นและสามารถนำผลงานวิจัยทางการ
พยาบาลมาใช้ประโยชน์ได้จริง

จากข้อมูลบริการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี ที่ผ่านมามี
ปัญหาความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล อาทิ พฤติกรรมบริการของพยาบาล การเฝ้าระวังอาการ
แทรกซ้อน ความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกแผนกบริการ และตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ตัวชี้วัดการพัฒนา
คุณภาพบริการพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ ๗๘.๘๓, ๗๐.๐๐,
๘๑.๗๗, ๘๐.๖๐ และ ๘๐.๓๓ น้อยกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕.๐๐
ระยะเวลาารอคอยผู้ป่วยนอกเท่ากับ ๑๐๔.๐๔, ๑๐๐.๔๐, ๘๑.๑๑, ๘๐.๐๐ และ ๑๑๙.๓๒ นาที มากกว่าค่า
เป้าหมายที่กำหนดไว้คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ นาที จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการเท่ากับ ๒, ๔, ๘,
๓ และ ๕ เรื่อง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งพบว่า สถานการณ์การทำวิจัยของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เคยอบรม
และมีประสบการณ์ทำวิจัย แต่ไม่ได้ทำวิจัยต่อเนื่องเพราะภาระงานมาก ขาดความรู้และประสบการณ์ มีการ
ทำวิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทำให้เห็นผลลัพธ์การพยาบาลไม่ชัดเจน หรือวิจัยกรณีศึกษาเฉพาะราย จึงนำผลวิจัย
มาพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลได้น้อย กอปรกับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข เพิ่มกรอบโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
กำหนดให้มีงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับ A ระดับ S ระดับ M๑ M๒ และ
ระดับ F๑ เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานวิจัยและพัฒนาในองค์กร

โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F๑ มีอำนาจหน้าที่และภารกิจหลักด้านการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ ส่งเสริม สนับสนุนการทำวิจัยพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำวิจัยด้านสาธารณสุข กำหนดกรอบอัตรากำลังให้พยาบาลวิชาชีพ ๑ ตำแหน่ง มีอำนาจหน้าที่และภารกิจหลักด้านการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ การวางระบบเพื่อพัฒนาบริการพยาบาลในทุกมิติ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีความก้าวหน้าทันสมัย ทั้งนี้โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องหาแนวทางในการพัฒนาระบบการดำเนินงานตามนโยบายที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของตน เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ ซึ่งต้องอาศัยการร่วมมือจากทีมนำและทีมปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดความเข้มแข็งในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นำไปสู่ความปลอดภัย ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชนและผู้มารับบริการ จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นจำเป็นต้องมีทิศทางที่ชัดเจนเพื่อกระตุ้นให้เกิดระบบบริหารจัดการงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล ให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลให้ต่อยอดเป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาการพยาบาลได้ สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการและพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล จึงได้สนใจศึกษาและเสนอแนวคิดการพัฒนาเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี องค์กรความรู้ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารของกลุ่มงานการพยาบาลในการพัฒนาหน่วยงานวิจัยและพัฒนา ให้บรรลุภารกิจของกระทรวง มีความชัดเจนในการปฏิบัติจริง เหมาะสมกับบริบทในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี พัฒนาโดยอาศัยทฤษฎี/แนวคิดทางวิชาการ ๔ แนวคิดหลัก ดังนี้

๑) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ของกองการพยาบาล ซึ่งการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นการประเมินโดยบุคลากรพยาบาลของหน่วยงานนั้นๆ ประเมินตนเอง เป็นกระบวนการที่เป็นระบบ เพื่อติดตามตรวจประเมินคุณภาพภายในองค์กรพยาบาล สะท้อนให้องค์กร/หน่วยงานบริการพยาบาลทราบระดับความก้าวหน้าของการพัฒนา อีกทั้งโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงงานให้ดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องของวงจรการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลประกอบด้วย ๗ หมวด ในการนำเสนอแนวคิดการพัฒนาคำนี้เกี่ยวข้องกับหมวดที่ ๖ ได้แก่ การปฏิบัติการวิจัยและพัฒนาการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ข้อ ดังนี้ ๑) ระบบงานและความเชี่ยวชาญพิเศษ มีข้อกำหนดคือ มีการกำหนดระบบงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงานซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจและแผนปฏิบัติการขององค์กรพยาบาล (ระบบงาน หมายถึง วิธีการที่กลุ่มงานใช้ในการทำงานให้สำเร็จ ประกอบด้วย กระบวนการทำงานภายใน และแหล่งทรัพยากรต่างๆ จากภายนอกที่จำเป็นต่อการผลิตหรือพัฒนาผลงาน และการส่งมอบผลงานให้แก่ผู้ใช้บริการ/ผู้รับผลงาน) มีการออกแบบระบบงานที่มีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยมีเป้าหมายของระบบงานที่ชัดเจนรวมทั้งมีการป้อนกลับ (แสดงกระบวนการทำงานที่สำคัญของแต่ละระบบงาน และความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการทำงานเหล่านั้นกับระบบงาน) วิธีการในการตัดสินใจเรื่องระบบงานของกลุ่มงานเพื่อช่วยให้องค์กรพยาบาลบรรลุพันธกิจ (การตัดสินใจเรื่องระบบงานเป็นการตัดสินใจระดับกลยุทธ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา การป้องกันความเสี่ยง การใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน/องค์กรพยาบาล) ๒) การออกแบบกระบวนการทำงาน มีข้อกำหนดคือ มีการกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน/องค์กรพยาบาล มีการระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการทำงานที่สำคัญ มีความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทำงานที่สำคัญกับการส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ใช้บริการ/ผู้รับผลงาน และความสำเร็จขององค์กรพยาบาล ๓) การจัดการกระบวนการทำงาน มีข้อกำหนดคือ

วิธีการติดตามกำกับการทำงานตามกระบวนการทำงานที่สำคัญให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงานเหล่านี้ มีความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญกับคุณภาพของผลงาน ๔) การปรับปรุงกระบวนการทำงาน มีข้อกำหนดคือ มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อปรับปรุงผลงาน ผลการดำเนินการและเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน มีการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการเพื่อยกระดับผลงาน ผลการดำเนินการ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน มีการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กรพยาบาล ๕) การจัดการนวัตกรรม มีข้อกำหนดคือ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงการทำงานและบทเรียนที่ได้รับระหว่างหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร มีการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และมีการทำให้ทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ พร้อมใช้ในการดำเนินการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ทั้งนี้ การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลดำเนินการตามระบบการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล

๒) การประกันคุณภาพการบริการพยาบาล เป็นกระบวนการดำเนินงานอย่างมีแบบแผนและมีกิจกรรมที่เป็นขั้นตอนต่อเนื่อง เป็นระบบในการวัดและประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล โดยบุคลากรที่อยู่ภายในหน่วยงาน/สถานบริการสาธารณสุขนั้น ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อให้เป็นหลักประกันว่าหน่วยงานบริการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีการปฏิบัติหรือจัดบริการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ มีการแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามที่องค์กรหรือหน่วยงานคาดหวัง การประกันคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงล้อคุณภาพดังนี้ ๑) การกำหนดมาตรฐาน/ระบบ/แนวทาง (Plan) โดยกองการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ผ่านองค์กรพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง นำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยกองการพยาบาลได้พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานดังกล่าวให้ทันสมัย สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบ สุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบคุณภาพสากลมาโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ หน่วยงานบริการพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขได้นำมาตรฐานการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลไปใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ระบบงานเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา โดยการปรับปรุงหรือออกแบบระบบการ จัดบริการพยาบาล หรือแนวทางปฏิบัติงานระดับหน่วยงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานฯ ซึ่งอาจต้องมีการ ผูกอบรมเจ้าหน้าที่ สื่อสารภายในองค์กรเพื่อให้ทุกคนเข้าใจระบบหรือแนวทางปฏิบัติงานที่ปรับปรุง หรือ ออกแบบใหม่ ระบบการปฏิบัติงานหรือแนวทางปฏิบัติงาน อาจได้แก่ นโยบาย ระบบงาน เช่น ระบบการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล ระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ระบบการบันทึก ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ระบบการบริหารความเสี่ยง รูปแบบการดูแลคุณภาพ คู่มือต่างๆ ทั้งคู่มือการบริหารงาน และคู่มือการปฏิบัติงาน แนวทางและมาตรฐานการจัดระบบบริการและปฏิบัติการพยาบาล ๒) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Do) หลังจาก ที่ องค์กรพยาบาลได้กำหนดมาตรฐาน แนวทาง/ระบบการปฏิบัติงานตามผล การวิเคราะห์ในระดับองค์กรและ หน่วยงานบริการพยาบาลแล้ว จะต้องมีการนำมาตรฐานดังกล่าวสู่การปฏิบัติ โดยมีการถ่ายทอดในรูปแบบต่างๆ แก่กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมชี้แจง การฝึกอบรม การสอนงาน และการนิเทศติดตามงาน เป็นต้น ทั้งนี้ หากพยาบาลภายในองค์กรมีความเข้าใจหลักการและความสำคัญของการ ประกันคุณภาพการบริการพยาบาลและสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานแล้ว จะช่วยสนับสนุนให้การนำมาตรฐานสู่ การปฏิบัติมีประสิทธิผล ส่งผลให้องค์กรพยาบาลในภาพรวมมีการยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ๓) การวัดและประเมิน (Check/Study) การวัดและประเมินคุณภาพเป็นกระบวนการสำคัญ ที่สะท้อนผลการ ปฏิบัติว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ ผลการปฏิบัติดีเพียงใด และส่วนใดที่สามารถทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้ โดยใช้ ตัวชี้วัดคุณภาพเป็นเกณฑ์การพิจารณา ทั้งนี้ องค์กรพยาบาลและหน่วยงานบริการพยาบาลต่างๆ สามารถ กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลของหน่วยงานให้สอดคล้องกับทิศทางหรือเข็มมุ่งของแต่ละโรงพยาบาล

และเลือกใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลที่กองการพยาบาลกำหนดในหนังสือมาตรฐานการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของงานบริการพยาบาลทุกงาน แบ่งออกเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ ๔ มิติ คือ มิติที่ ๑ ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ มิติที่ ๒ ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล มิติที่ ๔ ด้านการพัฒนาองค์กรพยาบาล ๔) การแก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่อง (Act) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) หลังจากสรุปผลการประเมินคุณภาพขององค์กร/หน่วยงานบริการพยาบาลแล้ว ทีมงานประกันคุณภาพการบริการพยาบาลและบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานจะต้องนำผลการประเมินดังกล่าวมาประชุมร่วมกัน วิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา แก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่องของระบบ/กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นและมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยนำตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการบริการพยาบาลมาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมาเพื่อศึกษาว่าองค์กร/หน่วยงานทำได้ดีขึ้นแล้วหรือยัง นอกจากนี้ยังใช้วิธีการเทียบเคียงคุณภาพ (Benchmarking) โดยเทียบเคียงใน ๒ ลักษณะ คือ ๑) การเทียบเคียงคุณภาพภายในโรงพยาบาล โดยตัวชี้วัดเป็นตัวชี้วัดเดียวกัน แต่ผลลัพธ์ตัวชี้วัดนั้นมาจากหน่วยงานบริการพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งคณะกรรมการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัด และคู่เทียบ ๒) การเทียบเคียงคุณภาพที่กำหนดโดยภายนอกหรือบุคคลที่สาม สำหรับการเทียบเคียงคุณภาพการบริการพยาบาลนั้น กองการพยาบาลเป็นองค์กรที่รวบรวมผลการดำเนินการและจัดระบบให้มีการเทียบเคียงคุณภาพขององค์กร/หน่วยงานบริการพยาบาล โดยออกแบบการเทียบเคียงไว้เป็น ๒ ส่วน คือ เทียบเคียงระดับคุณภาพหรือระดับความสำเร็จ และเทียบเคียงผลลัพธ์ ซึ่งกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ระดับประเทศ เมื่อองค์กรพยาบาลและหน่วยงานบริการพยาบาลได้มีการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตนเองตามระบบการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลภายในเสร็จเรียบร้อยแล้ว องค์กรพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพิจารณาผลการประเมินของทุกงาน/หน่วยงานบริการพยาบาล เพื่อการปรับปรุง/พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในภาพรวมของทั้งองค์กร ทั้งนี้ การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลในที่นี่มี ๒ ระบบ คือ ๑) การประเมินคุณภาพตนเองหรือการประกันคุณภาพ/การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลภายใน และ ๒) การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ทั้ง ๒ ระบบนี้ มีเป้าหมายเดียวกัน คือ มุ่งเน้นการประเมินระบบงาน และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพดีขึ้นต่อไป

๓) ใช้ทฤษฎีระบบ (System theory) เป็นกรอบแนวคิดบริหารจัดการระบบบริการ ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑) ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ทรัพยากรทางการบริหารต่างๆ ด้าน ใดแก บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivations) ที่เป็นส่วนเริ่มต้นและเป็นตัวจัดการสำคัญในการปฏิบัติงานขององค์กร ๒) กระบวนการ คือการนำเอาปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารทุกประเภทมาใช้ในการดำเนินงานรวมกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากในกระบวนการจะมีระบบย่อยๆ รวมกันอยู่หลายระบบครบวงจร ตั้งแต่การบริหาร การจัดการ การนิเทศ การวัด และการประเมินผล การติดตาม ตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ปัจจัยทั้งหลายเข้าไปสู่กระบวนการทุกกระบวนการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๓) ผลผลิตหรือผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการของการนำเอาปัจจัยมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ๔) ผลกระทบ เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่คาดไว้หรือไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้นได้ การนำเอาทฤษฎีระบบหรือวิธีระบบมาใช้ในการบริหารองค์กร หากนำมาใช้ให้ดี ถูกต้อง เหมาะสม ระบบก็จะช่วยให้องคการมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามหากนำมาใช้ไม่ถูกต้องหรือองค์ประกอบแต่ละส่วนของระบบไม่สัมพันธ์กัน ก็อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อองคการได้ ดังนั้นการนำเอาทฤษฎีระบบมาใช้ จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ระบบที่เรียกว่า System Analysis ควบคุมไปด้วย การวิเคราะห์ระบบจะช่วยให้ผู้บริหารทราบว่าหากผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ปัญหานั้นจะเกิดจากองค์ประกอบใดของระบบ มีความสัมพันธ์เกี่ยวของกันหรือไม่ อย่างไร ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้ทราบถึงประเภทของปัญหา จุดที่ต้องได้รับการพัฒนา แก้ไขหรือปรับปรุงได้มากขึ้น การแก้ไข

ปรับปรุงก็จะต้องกระทำอย่างเป็นระบบมีไขแกนไขเฉพาะตามใดตามหนึ่งเท่านั้น

๔) แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของแคมมัสและเมกทากาด ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ ๔ ขั้นตอนหลัก คือ ๑) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) ๒) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) ๓) สังเกตการณ์ (observation) และ ๔) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

จากการพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพท์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี ผลที่คาดว่าจะได้รับคือผู้บริหารการพยาบาลมีการวางแผนในการพัฒนาบุคลากรและดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลด้วยการวิจัยทางการพยาบาล ส่งเสริมให้พยาบาลมีการทำวิจัยทางการพยาบาล สร้างและใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล ติดตามนิเทศเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการประกันคุณภาพบริการพยาบาลด้วยการวิจัย และสร้างความเข้มแข็งในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลด้วยการวิจัยทางการพยาบาล

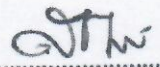
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ หน่วยงานในองค์กรพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลด้วยกระบวนการวิจัยทางการพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ ผลลัพท์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง เป็นประโยชน์ ตามมาตรฐานการประเมิน

๕.๓ พยาบาลผู้ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลฯ พึงพอใจและยอมรับในระดับมาก

๕.๔ บรรลุผลลัพท์การประกันคุณภาพบริการพยาบาล

(ลงชื่อ) 

(นางสิริรัตน์ สุขอร่าม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 12 / กรกฎาคม 2566

ผู้ขอประเมิน

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
พ.ศ. ๒๕๖๑

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี	
<p>ชื่อกลุ่มงาน:บริหารทรัพยากรบุคคล.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี:๗...กันยายน...๒๕๖๖.....</p> <p>หัวข้อ : รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี</p> <p>รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ):จำนวน ๑ ราย.....</p> <p>Link ภายนอก:</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p style="text-align: center;">ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p> <p style="text-align: center;">เอกรินทร์ อ่วมอุ่ม</p> <p style="text-align: center;">(.....นายเอกรินทร์ อ่วมอุ่ม.....)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....๗.....เดือน.....กันยายน....พ.ศ...๒๕๖๖...</p>	<p style="text-align: center;">ผู้รับรองข้อมูล</p> <p style="text-align: center;">ไพรัตน์ มณีสะอาด</p> <p style="text-align: center;">(.....นางไพรัตน์ มณีสะอาด.....)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</p> <p style="text-align: center;">หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....๗.....เดือน.....กันยายน....พ.ศ...๒๕๖๖...</p>
<p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติรับรอง</p> <p style="text-align: center;">ฉัตรชัย สมานมิตร</p> <p style="text-align: center;">(.....นายฉัตรชัย สมานมิตร.....)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง.....หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์.....</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....๗.....เดือน.....กันยายน....พ.ศ...๒๕๖๖...</p>	<p style="text-align: center;">ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p> <p style="text-align: center;">พิจิตรา นุชนารถ</p> <p style="text-align: center;">(.....นางสาวพิจิตรา นุชนารถ.....)</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุข.....</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....๗.....เดือน.....กันยายน....พ.ศ...๒๕๖๖...</p>