

การพัฒนาแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม
จังหวัดมหาสารคาม

Development of Prevention Model for Stroke in High Risk Groups, Mueang Mahasarakham
District, Mahasarakham Province.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 11,2024 ; Accepted: April 12,2024)

เพราพนิต สอนสิทธิ์¹, จตุพร เหลืองอุบล² และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³
Prowpanit Sonsit¹ Jatuporn Luangumol² and Surasak Thiabrithi³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 48 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 28 คน 2) กลุ่มพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลด้านการรับรู้แบบแผนความเชื่อ และข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง

ผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบการดำเนินงาน 4 แผนกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน หลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ พบว่าภายหลังดำเนินการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบ, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มเสี่ยงสูง

ABSTRACT

This action research aims to develop a model of stroke prevention for people at risk in Mueang District, Mahasarakham Province. The 48 target groups with purposive selected were divided into two groups, such as 28 people at risk of stroke and 20 model developers, including caregivers for stroke risk groups, community leaders, health village volunteers, emergency medical technicians, public health technical officers, professional nurses, and the director of a sub-district health promotion hospital. The data was collected by using a questionnaire and an interview questionnaire that related to stroke knowledge, perceptions of health beliefs, and preventive stroke practices. The data analysis for qualitative data using content analysis and for quantitative data using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test was applied to compare the average score of preventive stroke behavior before and after the model implementation.

The results showed that a model of stroke prevention consists of four activities, including 1) the education of stroke knowledge, 2) applying a health belief model, 3) behavioral changing, and 4) home visits. After model

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Corresponding author Email: nadear_255@hotmail.com

² ป.ร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ส.ด. อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

implementation, we found that the stroke risk groups had an average score of perceptions of health beliefs significantly higher than before implementation ($p < 0.05$).

Keywords: model development, stroke prevention, high risk group.

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่าทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน² สำหรับประเทศไทย รายงานจากฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ปี 2560 - 2563 เท่ากับ 278.49, 303.2, 318.89 และ 328.00 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดโรคในสังคมไทย ทำให้ในแต่ละปีรัฐบาลสูญเสียงบประมาณไม่น้อยในการจัดการแก้ไขปัญา ซึ่งการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญปัญหาโรคเรื้อรัง ที่สามารถป้องกันได้โดยการรณรงค์ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาการเฝ้าระวังและการจัดการโรคเป็น หนึ่งในห้าของ 5 ยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2554 - 2563) มุ่งพัฒนาเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยการพัฒนาของทุกภาคส่วนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม^{3,4} ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจาก

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถึงร้อยละ 80 โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากโรคที่เป็นอยู่ และส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าหากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการตัดสินใจ เข้ารับการดูแลด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ได้อย่างทันทั่วถึง ที่ จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 50 ของการเกิดโรค⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบรายงานการศึกษาที่ให้ผลสอดคล้องว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น การศึกษาของ สุพร หุตการ⁵, จรินทร์ ดวงแสง⁶ และศศิธรณ์ นนทะโมลี⁷ ภายหลังเข้าร่วมโครงการเพื่อให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และครอบครัวผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Becker⁸ การนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁹ การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ส่งผลให้กลุ่มดังกล่าวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม และมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องคัดกรองตามเกณฑ์ โดยได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบบันทึกภายใต้โครงการรณรงค์

ป้องกัน อัมพฤกษ์ อัมพาต ควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขโดยแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก⁴ ผู้วิจัยเชื่อว่าปัญหานี้จะแก้ไขได้ โดยการร่วมมือกันของชุมชนทุกภาคส่วนโดยร่วมกันวางแผนคิดแนวทางแก้ไขการลงมือปฏิบัติ มีการสะท้อนคิด และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุงจนเกิดผลการดำเนินงานที่พอใจในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ร่วมกันของทุกภาคส่วน ซึ่งวิธีการวิจัยที่ตอบความเชื่อดังกล่าว คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เห็นผลชัด ได้มีการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงแบ่งแนวคิดที่มีผลต่อบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทั้งในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จากความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งถ้าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และแกนนำ มีแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความตระหนักมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สามารถช่วยชะลอความเสี่ยงของการเกิดภาวะพิการ ลดการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ และมีแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ในการเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง พื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จ.ยะลา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)⁶

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบทสถานการณ์ จำนวน 28 คน ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD Risk) อายุ 35 – 60 ปี เพศชายและหญิง โดยมีค่า Risk score ในระดับ 3 - 5 เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จ.ยะลา

เกณฑ์การคัดเลือก (1) มีอายุ 35-60 ปี (2) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้อย่างเข้าใจ (3) เป็นผู้ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD Risk) (4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอด

โครงการวิจัย (2) ย้ายออกนอกพื้นที่ เจ็บป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต (3) ยกเลิกการสมัครใจหรืองดการให้ข้อมูล (4) มีอาการทางจิตจำเป็นต้องส่งต่อ

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และกระบวนการพัฒนารูปแบบ คัดเลือกตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 20 คน คัดเลือกมาด้วยวิธี จำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ดูแล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 8 คน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือก 1) มีอายุ 35 – 60 ปี 2) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้อย่างเข้าใจ 3) กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี 4) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต 3) ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด การวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 1) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเป้าหมายในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งแรกเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้¹⁰

ความรู้ระดับสูง หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 60.00 – 79.99

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 59.99 ลงมา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของโรคหลอดเลือดสมอง 4) อุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีลักษณะข้อคำถาม

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ และกำหนดคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบกำหนดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม (Best, 1977) ตามลำดับ โดยแปลความหมายดังต่อไปนี้

ระดับความเชื่อที่ถูกต่อน้อย คะแนนต่ำกว่า 60 (0 - 39.59 คะแนน)

ระดับความเชื่อที่ถูกต้อปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 80 (39.60 - 52.80 คะแนน)

ระดับความเชื่อที่ถูกต่อนมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (52.81 - 66.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ และกำหนดคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบกำหนดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม¹¹ ตามลำดับ โดยแปลความหมายดังต่อไปนี้

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต่อน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 14.40 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้อปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 80 (14.41 - 19.20 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต่อนมาก ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (19.21 - 24.00 คะแนน)

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการรับรู้การเตือนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว (15 ข้อ)

ตอนที่ 2 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง (12 ข้อ)

3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับ อสม. และกลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเหนือเมืองมีประเด็นคำถามดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (15 ข้อ)

ตอนที่ 2 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (10 ข้อ)

ตอนที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (10 ข้อ)

4) แบบบันทึกการสังเกต โดยแบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัย ที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการเตือนความจำในสิ่งที่จะทำ การบันทึกข้อมูล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งประเด็นสำคัญ ที่สังเกตได้ หรือที่ได้จากการสัมภาษณ์พูดคุย และสนทนากลุ่ม รวมทั้งจดบันทึกความคิด คำถาม ที่เกิดขึ้นในระหว่างสถานการณ์นั้น ๆ หรือภายหลังการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ซึ่งอาจใช้อุปกรณ์บันทึกข้อมูล ได้แก่ กล้องถ่ายรูป และเครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งเป็นสูตรของโลวีเนลลี และแฮมเบลตัน¹¹ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถามแต่ละข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุงทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ต่อไป

ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุงทดลองใช้ (Try Out) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอย่างน้อยที่สุดไม่ควรต่ำกว่า 0.70

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัย มี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในชุมชนในขณะนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงในบริบทที่เป็นอยู่ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนสถิติรายงาน การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลาการสัมภาษณ์เชิงลึกขึ้นอยู่กับความพร้อมของข้อมูลที่สัมภาษณ์ และการ

ระยะที่ 2 วางแผนการปฏิบัติ (Planning)

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ โดยการเปิดโอกาสให้ กลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ดูแล อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สร้างความเข้าใจและยอมรับร่วมกัน เช่น ร่วมวิเคราะห์และวางแผนกิจกรรมหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผน (Action) และการสังเกต (Observation) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เช่น การให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ และ กิจกรรมติดตามกระตุ้น และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกระบวนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนดทั้งสิ่งที่ปฏิบัติได้และ

ปฏิบัติไม่ได้ สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแนวทางแก่ผู้ร่วมวิจัย โดยเปิดเวทีให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อหาข้อมูลปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำผลการสะท้อนมาวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติตามวงจรการวิจัยในระยะต่อไป และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีการประเมิน และสรุปผลในภาพรวมอีกครั้ง เพื่อแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) การประเมินกระบวนการ และ (2) การประเมินผลลัพธ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลที่ต้องการศึกษาที่สามารถวัดค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือจำนวน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample T-test แล้วนำเสนอข้อมูล ที่ได้วิเคราะห์แล้ว ออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง
2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบสรุปผล แล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์แล้วออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยรับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ทำการศึกษา เลขที่การ

รับรองจริยธรรม 202-131/2566 รับรองวันที่ 30 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ขั้นการวางแผน (Planning) ลงพื้นที่ศึกษาบริบทประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 28 ราย ที่อยู่ค่าดัชนีมวลกายเหมาะสม ร้อยละ 60.70 ส่วนขนาดรอบเอวส่วนใหญ่มีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 67.90 และผู้ป่วยที่มีขนาดรอบเอวเกิน ร้อยละ 32.10 ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่มีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 75.00 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีญาติตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.70 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีญาติหญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 7.10 และรองลงมาคือ กลุ่มญาติชายเป็นโรคอายุ น้อยกว่า 55 ปี ร้อยละ 3.60 ส่วนระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ ร้อยละ 92.90 และมีระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 7.10 ส่วนผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับควบคุมได้ดี ร้อยละ 92.90 การได้รับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเคยได้รับ ร้อยละ 100 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 57.10 รองลงมาจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 28.60 จากญาติและเพื่อนบ้าน ร้อยละ 7.10 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ ได้แก่ บริบทชุมชน ข้อมูลสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มแกนนำได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และปัญหาที่มีในเขตตำบลเก็ง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด

ในชุมชนที่มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่าผู้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 อายุ 51–60 ปี ร้อยละ 67.90 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.60 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 78.60

ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี

หลอดเลือดมีจำนวนมาก 2) มีความรู้เกี่ยวกับโรคดีแต่ไม่มีความตระหนัก เพราะไม่ได้เกิดกับตนและคนรอบข้าง 3) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ไม่ค่อยออกกำลังกาย บริโภคอาหารสำเร็จรูปจากตลาด

ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินงานตามตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการร่วมวางแผนของผู้ร่วมวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งกิจกรรมเป็น 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล โดยจัดอบรมให้ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร พฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียดและพฤติกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติ ด้วยการประเมินพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของตนเองทั้งที่ปฏิบัติได้ และไม่สามารถปฏิบัติได้ คือพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม การปรุงอาหาร และการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารรสหวานจัด รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมัน

และคอเลสเทอรอลสูงและ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการให้คำแนะนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การกระตุ้นและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

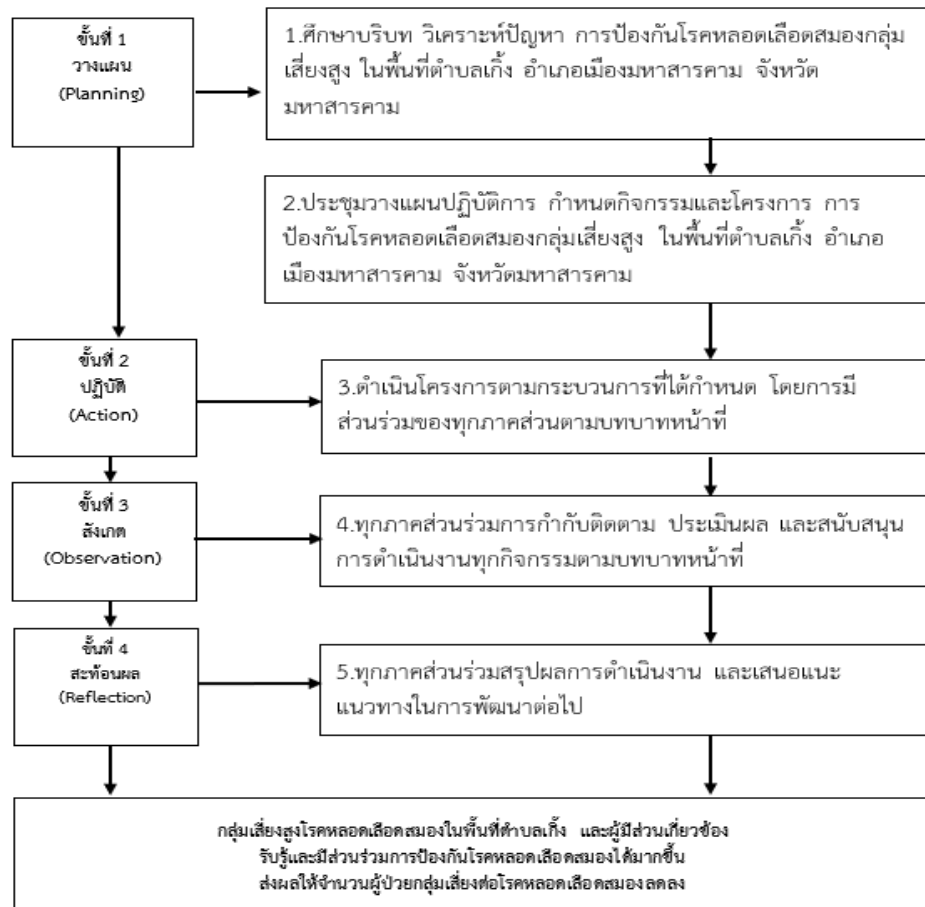
ขั้นสังเกต (Observation) การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ประเมินผลลัพธ์ หลังจากมีการให้ความรู้ผู้ร่วมวิจัยทุกท่านมีความรู้ หลังจากประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ร่วมวิจัย นำประสบการณ์ที่มีอยู่แสดงความคิดเห็นด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกันทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ทุกคนในพื้นที่ปฏิบัติได้ ตามบริบทของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มแกนนำได้ร่วมกันจัดกิจกรรมตามรูปแบบ โดยนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 28 ราย มีการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำในชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) การศึกษาในขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล หลังจากการดำเนินงานตามโครงการการพัฒนากระบวนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง พบว่า การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำในชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการประเมินผลลัพธ์ข้างต้น จะเห็นว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งระดับความรู้ ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเห็นว่าการที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้นนั้น ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อาจกล่าวได้ว่า การดำเนินงานได้มาซึ่งรูปแบบการพัฒนาในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จ.สตูล จังหวัดสตูล มีการประยุกต์ใช้แนวคิดสำคัญได้แก่ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นการสนับสนุนให้ภาคีที่เข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการพัฒนาอยู่ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนร่วมกัน การกำหนดกิจกรรมร่วมกัน การปฏิบัติตามแผน การสะท้อนผลการปฏิบัติ การปรับแผนการปฏิบัติ และการประเมินผล ภายหลังการปฏิบัติตามแผนได้มีการปรับปรุง และได้แนวทางปฏิบัติ

จากความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลแก้ง อำเภอมือง

มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินการที่
ต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุ
รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูง
ในพื้นที่ตำบลกั้ง อำเภอมือเกรง จังหวัด
มหาสารคาม ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมือง
มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

จากการศึกษาวิจัยโดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Rural Appraisal: PRA) ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิส และ

กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบล
แก้ง จำนวน 28 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วย
กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเป็นเพศหญิง

ร้อยละ 85.70 อายุ 51–60 ปี ร้อยละ 67.90 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.60 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท / เดือน / ครอบครัว ร้อยละ 78.60 ซึ่งรายได้มาจากบุตรหลานที่ไปทำงานรับจ้าง ค่าขาย ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.30 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนในเขตตำบลเก็ง เป็นสังคมกึ่งเมือง ประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย มีพฤติกรรมซื้ออาหารสำเร็จรูปจากตลาด มีร้านค้าร้านอาหารหลายแห่ง มีตลาดสด ตลาดนัดทุกวันที่มีความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ สาวิตรี สิงหา¹³ และ วิณา เทียงธรรม และคณะ¹⁴ และ พวงเพชร จันทร์บุตร¹⁵ ที่ศึกษาสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาคั้งนี้

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการพัฒนางิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีความแตกต่าง แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความรู้สูงไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันได้ เนื่องจากไม่มีเวลาทำงานนอกบ้าน มีตลาดหลายแห่ง มีร้านขายอาหารทั้งอาหารสด และอาหารสำเร็จรูป ผลการดำเนินกิจกรรมทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ มีการนำข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นไปตาม

แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb⁹ ที่กล่าวว่า วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ หลังจากประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว กระบวนการกลุ่ม ทำให้บุคคลในทุกภาคส่วนต่าง ๆ ได้นำประสบการณ์ที่มีอยู่แสดงความคิดเห็นด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ทุกคนในพื้นที่ปฏิบัติได้ ตามบริบทของชุมชนแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับทักษะความสามารถ ทำให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัย และกลุ่มแกนนำได้ตกลงร่วมกันว่าให้จัดกิจกรรมดังนี้ 1) การจัดประชุมวิชาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อพบอาการเตือนและแนวทางการแจ้งเหตุ 2) การสนทนากลุ่ม นำประสบการณ์ที่มีมาร่วมกันคิดและวางแผนร่วมกัน และ 3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งร่วมกันคิดและนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ จิราภรณ์ ชวงส์¹⁶ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังจากเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้

ผลของการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแกนนำในชุมชนได้กำหนดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 78 ราย โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเยี่ยมบ้านผลการศึกษา พบว่าภายหลังดำเนินการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า ก่อน

การดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลมาจากการให้ความรู้และร่วมอภิปรายกลุ่มให้ความรู้ถึงสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ของ Becker & Maiman¹⁷

สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร หุตการ⁵ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของต้องซังทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร อ่อนอภัย¹⁸ พบว่า การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ โดยการให้ความรู้ และนำเสนอตัวแบบด้านลบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเสี่ยง ทำให้ค่าคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงสูงขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาของบุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล¹⁹ พบว่า การใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ สัมพันธ์กับการศึกษาของ รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี²⁰ ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทำ

ให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง

สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลยา ทองน้อย²¹ ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน ได้รับกิจกรรมโดยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิตการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกเอกสารแผ่นพับ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ กลุ่มแกนนำเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีความรับผิดชอบ และความยืดหยุ่นในการทำงานร่วมกัน ความสามัคคีของกลุ่มและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย

1. ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรร่วมกันดำเนินโครงการและส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการดำเนินการวิจัย เช่น โครงการอาหารสุขภาพ และขยายแนวทางการให้ความรู้เพื่อสร้างสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสรรงบประมาณ และจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการ

ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละปี เพื่อให้การดูแลครอบคลุม ต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุม เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ยั่งยืน

2. ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- World Stroke Organization. (2017). The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization–World Health Organization surveys. International Journal of Stroke. 2017; 16(8), <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1747>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2554: Annual Report 2011. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
- สุพร หุตากร. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2549; 22(3): 105–113.
- จรินทร์ ดวงแสง. ผลของการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นแผลเปปติกระเรื้อรัง. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. ผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2551.
- Becker, M. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A field Experiment. Journal of Health and Social Behavior. 1977; 18(4): 348-366.
- Kolb, D. A. (1984). Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
- สุ่มทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ – สารคามเปเปอร์; 2553.
- Best, J. W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Practice Hall, Inc; 1977.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
- สาวตรี สิงหา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร ประสาทวิทยาศาสตร์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ. 2554; 6(3): 194-207.
- วีณา เทียงธรรม, วีณา เทียงธรรม และสุนีย์ ละกำป็น. การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
- พวงเพชร จันทร์บุตร. ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุ ในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี

2555.

16. จิราภรณ์ ชูวงศ์. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555; 6(2): 30-37.
17. Becker, M.H., & Miman, L.A. (1975). A new approach to explaining sick role behavior in low income population. American of Public Health. 1975; (3): 330-3.
18. กขกร อ่อนอภัย. การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตำบล บ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2551.
19. บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาด เชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2554.
20. รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. (2554). ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือด ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. การพยาบาลสาธารณสุข. 2554; 25: 23-45.
21. วัลลยา ทองน้อย. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2554.