



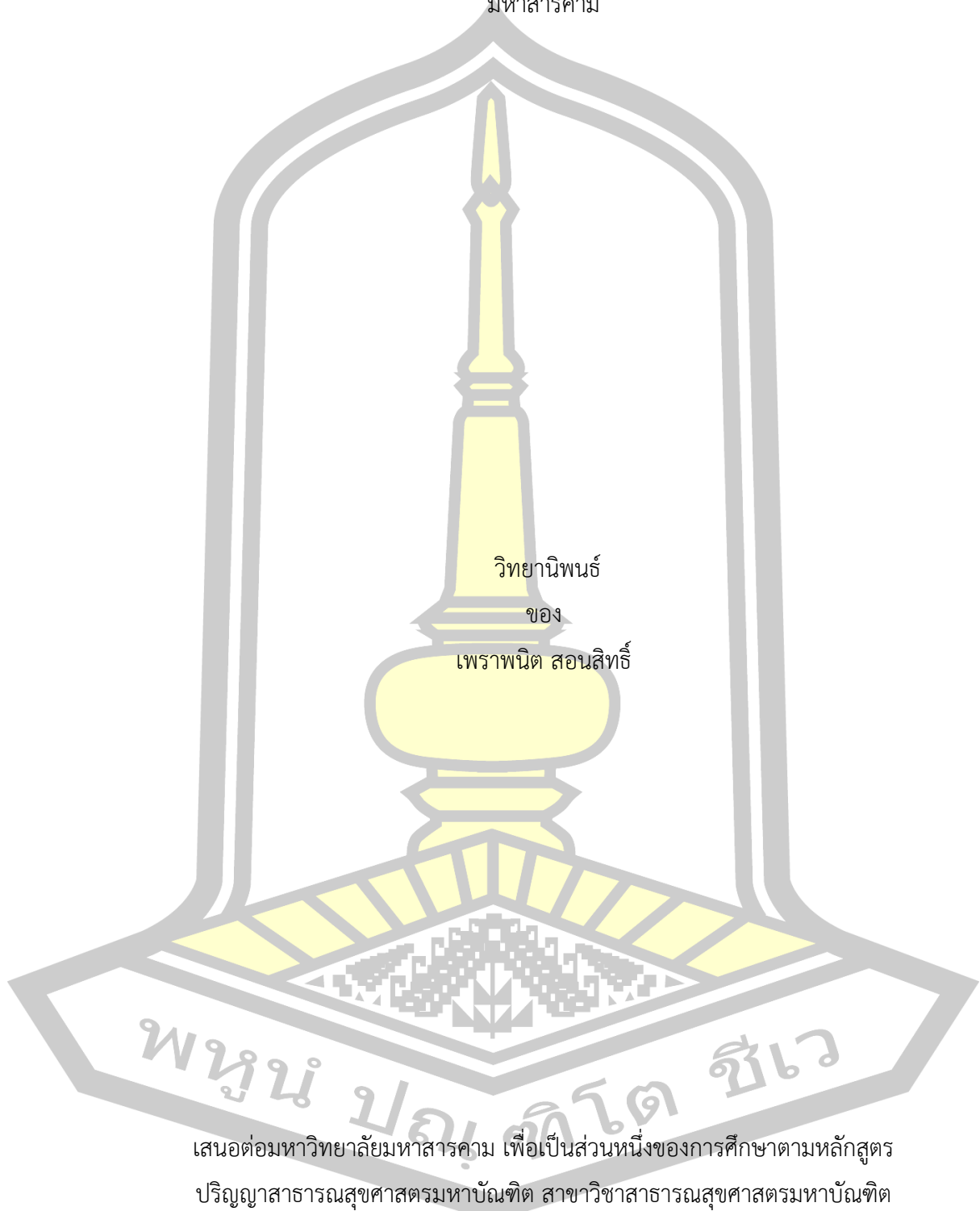
การพัฒนาแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัด
มหาสารคาม

วิทยานิพนธ์
ของ
เพราพนิต สอนสิทธิ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัด
มหาสารคาม

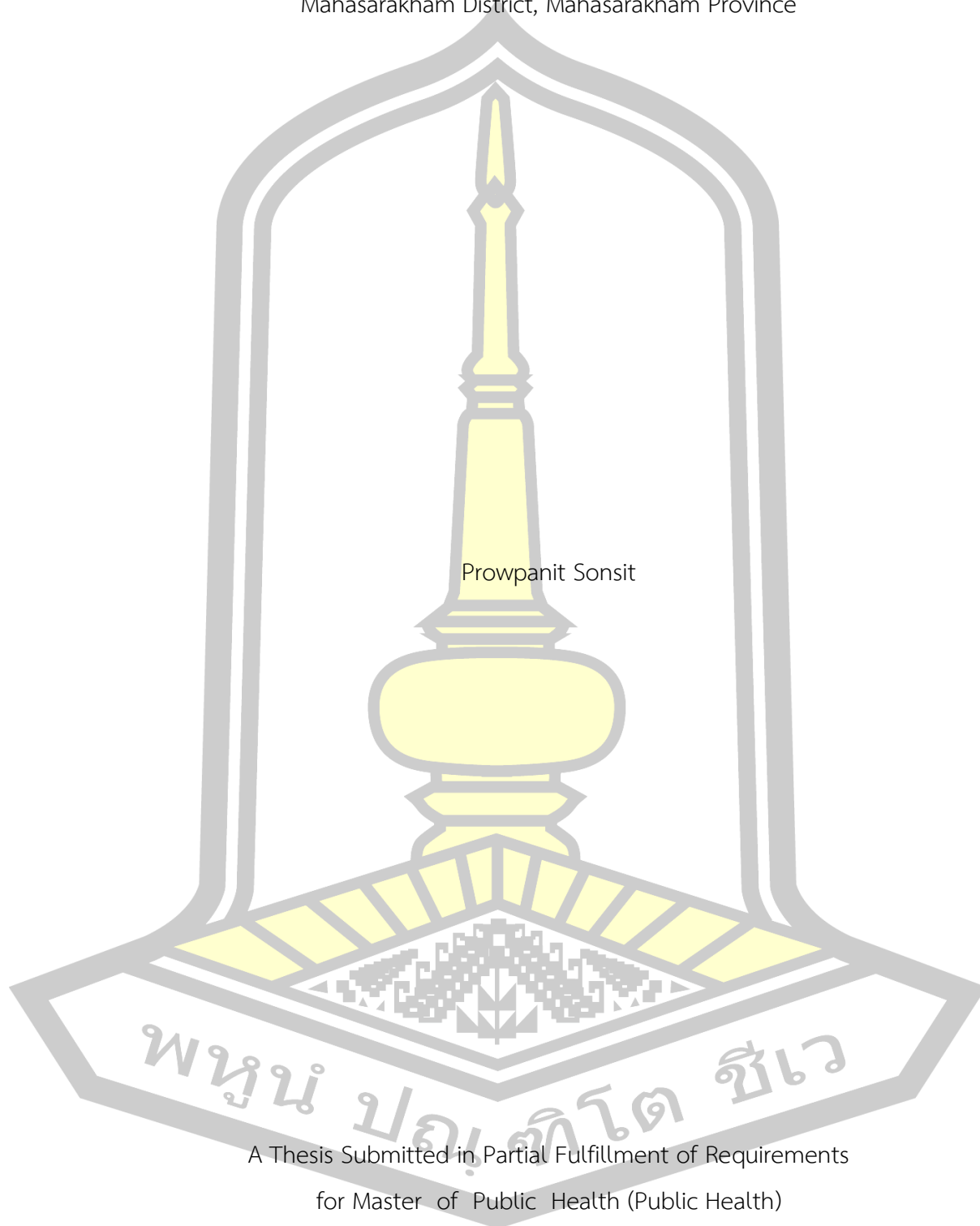


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

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



Prowpanit Sonsit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

December 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวเพราพนิต สอน
สิทธิ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. พิทยา ศรีเมือง)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมือง มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม		
ผู้วิจัย	เพราพนิต สอนสิทธิ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
	บัณฑิต		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งผู้ป่วย และครอบครัว การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยมี กลุ่มเป้าหมายจำนวน 48 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 28 คน 2) กลุ่มพัฒนา รูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลด้านการรับรู้แบบแผนความเชื่อ และข้อมูลด้านการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิง เนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง

ผลการวิจัยได้รูปแบบการดำเนินงาน 4 แผนกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การติดตาม เยี่ยมบ้าน หลังจากนารูปแบบดังกล่าวไปใช้ พบว่า ภายหลังกดำเนินการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า ก่อนการดำเนินการอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง เป็นผลมาจากการให้ความรู้และร่วมอภิปรายกลุ่มให้ความรู้ถึงสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือด

สมองสูง สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

สรุปผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในครั้งนี้ คือ การได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือในการช่วยกันระดมความคิดของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มเสี่ยงสูง



TITLE	Development of Prevention Model for Stroke in High Risk Groups, Mueang Mahasarakham District, Mahasarakham Province		
AUTHOR	Prowpanit Sonsit		
ADVISORS	Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D. Surasak Thiabrithi , Dr.P.H.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Mahasarakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

Stroke is a main cause of death and disability that affects the patient's quality of life and their family. 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 implementation, we found that the stroke risk groups had an average score of perceptions of health beliefs significantly higher than before implementation ($p < 0.05$). The change in the perceived

susceptibility of stroke scores may be due to health education and discussion involving the cause and risk factors of stroke, particularly in stroke risk groups who have a high risk of stroke. In terms of personal behavior changing, include perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers to preventive stroke.

In conclusion, the successful factors in the development of a model of stroke prevention for people at risk include the support and cooperation of a brainstorm of stakeholders that lead to the operation of stroke prevention development in accordance with the model's objective and appropriate in the context of Mueang district, Mahasarakham Province.

Keyword : model development, stroke prevention, high risk group



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยประเภท นิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 (เงินรายได้) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทนา กลางคาร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ทำให้รายงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์หัสชา เนือยทอง, ดร.พชรวรรณ คุสกุลรัตน์ และ พว.เบญจพร เองวานิช ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และประเมินคุณภาพรูปแบบฯ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ท่านให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้เครื่องมือวิจัยคุณภาพรูปแบบฯ ในการศึกษาครั้งนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง และเจ้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัว คณาจารย์ และกลุ่มเพื่อนนิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 22 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ความสำเร็จและความภาคภูมิใจทั้งหมดนี้ ผู้ศึกษาขอมอบและตอบแทนพระคุณบิดามารดา คณาจารย์ ทุกท่านที่เป็นกำลังใจสำคัญทำให้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

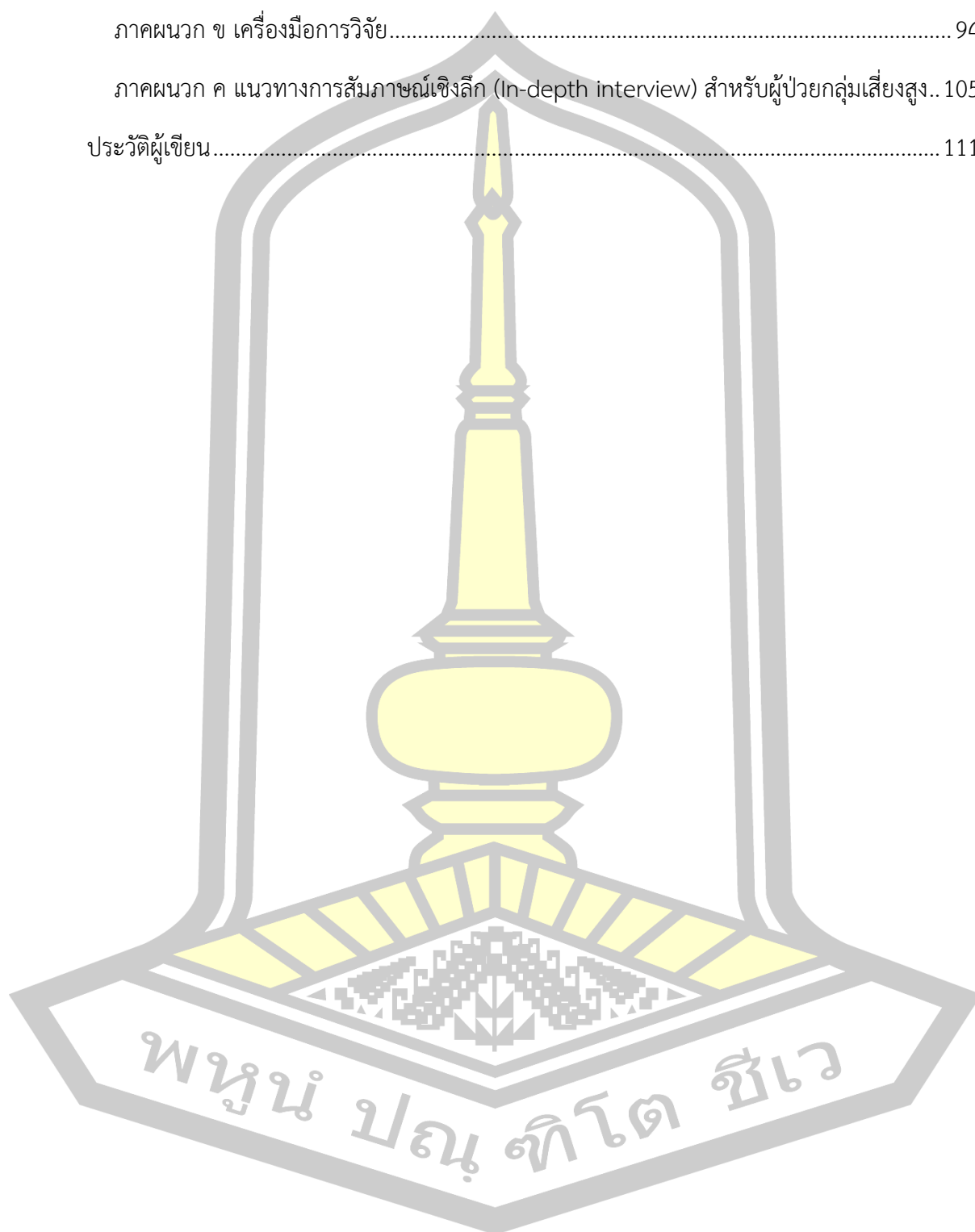
เพราพนิต สอนสิทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตงานวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	9
2.1 โรคหลอดเลือดสมอง.....	9
2.2 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	14
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้.....	19
2.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	23
2.5 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning).....	25
2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	29
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31

2.8 กรอบแนวคิดงานวิจัย3440600234933	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
3.1 รูปแบบการวิจัย	37
3.2 พื้นที่ในการวิจัย.....	38
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	38
3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	39
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
3.6 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	44
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	46
3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	46
3.10 จริยธรรมในการวิจัย	46
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	48
4.1 สถานการณ์และบริบทของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง.....	48
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง	56
4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง	67
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลแก้ง อำเภอมะนัง จ.น่าน	69
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
5.1 สรุปผล.....	73
5.2 อภิปรายผล.....	76
5.3 ข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	86

ภาคผนวก ก จริยธรรมการวิจัย.....	87
ภาคผนวก ข เครื่องมือการวิจัย.....	94
ภาคผนวก ค แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง..	105
ประวัติผู้เขียน.....	111



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 กลไกและพยาธิสรีรภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	16
ตาราง 2 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (n = 28).....	50
ตาราง 3 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (n = 28).....	51
ตาราง 4 แผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง.....	59
ตาราง 5 แผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในแกนนำชุมชน.....	61
ตาราง 6 แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	66
ตาราง 7 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลัง ดำเนินโครงการ	67
ตาราง 8 เปรียบเทียบการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลัง ดำเนินโครงการ.....	68
ตาราง 9 เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลัง ดำเนินโครงการ.....	69

พจนัน ปณ จิตโต ชีเว

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	36
ภาพประกอบ 2 ปัญหาและความเชื่อมโยงเครือข่ายการจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน พื้นที่.....	58
ภาพประกอบ 3 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	72



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Stroke Organization, 2017) นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) สำหรับประเทศไทย รายงานจากฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ปี 2560 - 2563 เท่ากับ 278.49, 303.2, 318.89 และ 328.00 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดโรคในสังคมไทย ทำให้ในแต่ละปีรัฐบาลสูญเสียงบประมาณไม่น้อยในการจัดการแก้ไขปัญหา ซึ่งการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญปัญหาโรคเรื้อรัง ที่สามารถป้องกันได้โดยการรณรงค์ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาการเฝ้าระวังและการจัดการโรคเป็น หนึ่งในห้าของ 5 ยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2554 - 2563) มุ่งพัฒนาเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยการพัฒนาของทุกภาคส่วนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เพื่อนำไปสู่ระบบสุขภาพเพียงพอ สังคมอยู่เย็นเป็นสุข การพัฒนาศักยภาพของชุมชน โดยกำหนดทิศทางการดำเนินงานเพิ่มคุณภาพ ของการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ เพื่อลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรังโดยเน้นชุมชนเป็นฐาน เพิ่มคุณภาพในการคัดกรองเพื่อนำไปสู่การดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้น ต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง และรับการสนับสนุนควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตลอดจนรู้จักอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จึงเป็นมาตรการการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญอย่างหนึ่งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญเป็นการดำเนินงาน 4 ด้านประกอบด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนให้ปลอดโรคและมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ด้านการป้องกันควบคุมโรคโดยการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ และลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแล และจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านการรักษาพยาบาลประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และความพิการขึ้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และจิตใจในภาวะที่เกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเอง มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขและไม่เป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคม การดำเนินงานควรเป็นลักษณะการเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างภาคีเครือข่าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นถึงความสำคัญของการคัดกรอง การป้องกัน การควบคุมโรควิถีชีวิต จึงผลักดันให้เกิดความร่วมมือกัน บูรณาการระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป้าหมาย คือ การลดปัจจัยเสี่ยง และลดโรคจากวิถีชีวิตในประชาชน กลวิธีสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองประชาชน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถึงร้อยละ 80 โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากโรคที่เป็นอยู่ และส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าหากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการตัดสินใจ เข้ารับการดูแลด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ได้อย่างทันท่วงที จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 50 ของการเกิดโรค (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ตามนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพของประเทศไทย ได้เน้นให้ประชาชนทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จะทำให้ลดอัตราป่วย อัตราการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งการที่กลุ่มเสี่ยงโรคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้นั้น ต้องมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้ ใส่ใจสุขภาพของตนเองก่อน กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นใช้วิธีให้ความรู้ทางสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค (Becker & Miman, 1975) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบรายงานการศึกษาที่ให้ผลสอดคล้องว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น การศึกษาของ สุพร หุตากร (2549) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ของต้องซังทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและเจตคติต่อการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จรินทร์ ดวงแสง (2551) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นแผลเปบติคเรื้อรัง ที่ได้รับข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธรณ์ นนทะโมลี (2551) พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการเพื่อให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และครอบครัวผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี (2554) พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และ การปฏิบัติเพื่อป้องกันเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1977) ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2544) นั้น เป็นความเชื่อในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ส่งผลให้กลุ่มดังกล่าวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม และมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น หากมีการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ นำเสนอตัวแบบ สาธิตฝึกปฏิบัติ อภิปรายกลุ่ม ป้ายรณรงค์ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว และการเยี่ยมบ้าน (บุญพิสิฐ ธรรมกุล, 2554) ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้ที่เรียกว่า ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น (Active Learning) ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้น และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนศักดิ์ สุกใส , ชุศักดิ์ นิธิเกตุกุล และธีรยุทธ อุดมพร, 2555) และยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่า ก่อนได้รับการเรียนรู้ (จิราภรณ์ ขววงศ์, 2555)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องคัดกรองตามเกณฑ์ โดยได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบบันทึกภายใต้โครงการรณรงค์ป้องกัน อัมพฤกษ์ อัมพาต กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขโดยแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ผู้วิจัยเชื่อว่าปัญหานี้จะแก้ไขได้ โดยการร่วมมือกันของชุมชนทุกภาคส่วนโดยร่วมกันวางแผนคิดแนวทางแก้ไขการลงมือปฏิบัติ มีการสะท้อนคิด และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุงจนเกิดผลการดำเนินงานที่พอใจในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ร่วมกันของทุกภาคส่วน ซึ่งวิธีการวิจัยที่ตอบความเชื่อดังกล่าว คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เห็นผลชัดได้มีการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 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

กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตัวให้เหมาะสมจึงจะลดการเกิดโรคได้ แต่การปฏิบัติตัวจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเบรคเกอร์ (Becker, 1974) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อป้องกันโรคบุคคลนั้น ต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงค่าใช้จ่ายและอุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ คือ ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์เป็นสิ่งชักจูงให้มีการปฏิบัติที่มีผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานพฤติกรรมสุขภาพเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิตทุกด้าน จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ส่วนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีแนวคิดที่สำคัญว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเอง (House, J. S., Umberson, D.,

& Landis, 1981) จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้น และจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ในการเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงพื้นที่ตำบลเก็ อำเภอมะนัง จ.น่าน

1.2 คำถามงานวิจัย

รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอมะนัง จ.น่าน เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

1.4 ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอมะนัง จ.น่าน ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไป ประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้ประยุกต์แนวทางการวางแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่วิจัย คือ ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

1.4.3 ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ธันวาคม 2565 – สิงหาคม 2566

1.4.4 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 48 คน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมในวิจัย โดยมีเงื่อนไขการกำหนดคุณสมบัติของประชากร คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำนวนเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.4.4.1 กลุ่มเสี่ยงสูงที่รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD Risk) โดยมีค่า Risk score ในระดับ 3 - 5 จำนวน 28 คน

1.4.4.2 กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน ประกอบด้วย

ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง	2 คน
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	8 คน
ผู้ใหญ่บ้าน	2 คน
เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล	5 คน
พยาบาลวิชาชีพ	1 คน
นักวิชาการสาธารณสุข	1 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	1 คน

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง รูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงของผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย

เบาหวานและความดันโลหิตสูง จนทำให้มีค่า CVD Risk ลดลง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

1.5.2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงของผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จนทำให้มีค่า CVD Risk ลดลง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ของกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

1.5.3 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พฤติกรรมที่มุ่งเน้นในการป้องกันโรค หรือไม่ให้เกิดโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหัวใจ หรือเป็นการลดอัตราป่วย อัตราตาย และความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

1.5.4 กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD Risk) อายุ 35 – 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง โดยมีค่า Risk Score ในระดับ 3 - 5 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน และมีข้อมูลบันทึกในโปรแกรม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน

1.5.5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาป้องกันโรค (Perceived Benefits) และการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

1.5.6 กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทราบสถานการณ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

1.6.2 ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

1.6.3 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลง



บทที่ 2

ปรัทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 โรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
- 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- 2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease; Stroke) หรืออัมพฤกษ์หรืออัมพาต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง กลุ่มอาการและการแสดงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะการทำงานของสมองทั้งเฉพะที่หรือโดยรวมเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในประชากรไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้นผลของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อการทำงานในด้านต่างๆ ของร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะมีความบกพร่อง (Impairment) ปานกลางในด้านการทำงานของระบบที่สั่งการโดยสมอง มีความสูญเสีย (Disability) รุนแรงในการใช้งานร้อยละ 15-30 และไม่สามารถทำกิจวัตร (Activity of Daily Living; ADL) ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและต้องเป็นภาระพึ่งพิงบุคคลอื่นร้อยละ 70 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่ถ้ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการก็อาจช่วยให้รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการน้อยลงกลับไปปฏิบัติงานตามปกติได้ (ญันท์ วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นความพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความบกพร่องของระบบไหลเวียนในสมอง ในทางการแพทย์เดิมเรียกว่า Cerebrovascular Accident (CVA) แต่ปัจจุบันเรียกใหม่ว่า Cerebrovascular Disease (CVD หรือ Stroke) ซึ่งมีความหมายว่า "อัมพาต" ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองคือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่

2.1.2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกเป็น 2 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-Modifiable Risk Factors) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชายมากกว่าเพศหญิง ประวัติโรคเลือดบางอย่างในครอบครัว และมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนในอดีต

2) ปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable Risk Factors) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคอ้วนหรือโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) การสูบบุหรี่ เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยไม่มีอาการภาวะที่มีค่าความผิดปกติบางอย่างในกระแสเลือดเช่น มีภาวะไฟบริโนเจนมาก (Fibrinogen) มีภาวะโฮโมซิสเตอีนมากกว่าปกติ (Elevate Homocysteine) มีภาวะของกลุ่มอาการแอนตีฟอสโฟลิปิด (Antiphospholipid Syndrome)

2.1.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองพบได้จาก 2 สาเหตุ โดยกลุ่มแรกเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) พบได้ร้อยละ 70-75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ทำให้เซลล์สมองและเนื้อเยื่ออื่น ๆ ขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด เช่น มีไขมัน และเกล็ดเลือดมาเกาะทำให้ผนังหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นทำให้มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด นอกจากนี้อาจเกิดจากลิ่มเลือดที่มาจากที่อื่น ๆ เช่น ลิ่มเลือดจากหัวใจหรือจากหลอดเลือดหัวใจตีบที่หลุดมาอุดตันหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการเตือนที่สำคัญเกิดขึ้นทันทีทันใด ได้แก่

- 1) อ่อนแรง (Weakness) และ/หรือชาาร่วมกับอาการชาใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง (Numbness)
- 2) ตามองเห็นไม่ชัดหรือมืด ทันทีทันใด หรือมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตา
- 3) มองเห็นภาพซ้อน ตาเหล่
- 4) ปากเบี้ยว (Facial Droop) พูดไม่ชัด รู้สึกลิ้นแข็งเวลาพูด พูดไม่ออก พูดไม่เข้าใจ มีความผิดปกติในการใช้ภาษา (Speech Disturbance)

5) ปวดศีรษะหรือ เวียนศีรษะ หรือบ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ามีอาการดังกล่าวข้างต้นร่วมด้วย นอกจากนี้อาจมีอาการสำลักอาหาร แขนขาเคลื่อนไหวผิดปกติ บังคับไม่ได้ หลงลืมเกิดขึ้นทันทีทันใด

กลุ่มที่สองเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) พบน้อยกว่าในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่มีความรุนแรงมากกว่า สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage) จะพบลักษณะลิ้มเลือดในเนื้อสมอง และ เลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) จะมีเนื้อสมองที่บวมขึ้น และกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่นให้เสียหายไปด้วย โดยมีอาการปวดศีรษะทันที อาเจียน แขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะเป็นข้างเดียว หรือขาครึ่งซีก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชัก หรือหมดสติได้ หากยังไม่ได้รับการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว จะมีผลให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Stroke) และจะสูญเสีย เซลประสาท (Neurons) ถึง 1.9 ล้านเซลล์ในทุก ๆ 1 นาที

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใดและมีพยาธิสภาพแบ่งเป็นกว้างๆ ได้เป็นภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือด ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบการสั่งงานของกล้ามเนื้อ (Motor) ด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensory) ด้านการมองเห็น (Visual) ด้านภาษา (Language) ด้านความจำ (Cognition) และด้านอารมณ์ (Affect) ซึ่งจะแสดงอาการแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตันหรือมีพยาธิสภาพโดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 6 อย่างต่อไปนี้ (ข้อผูกฯ ไซมมคค, 2553)

1. อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอย่างทันทีทันใด
2. อาการสับสนพูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด
3. อาการมองเห็นไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด
4. อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด
5. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใดและโดยเฉพาะข้อ 6
6. อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนลำบากอย่างมากทันทีทันใด

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2554) ได้อธิบายระยะของโรคหลอดเลือดสมอง และอาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24- 48 ชั่วโมงปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1- 14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาซึ่งเป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียกหลังจากผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early Recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late Recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟู การทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษาการพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

2.1.4 แนวทางการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

จากแนวทางการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในต่างประเทศ มีผลการศึกษาที่มีการใช้หลักเกณฑ์ของ Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) และ Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale (CPSS) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS): มีการประเมิน 6 อย่างคือ

1. อายุมากกว่า 45 ปี
2. ไม่มีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอาการชักมาก่อน
3. มีอาการทางระบบประสาทที่ผิดปกติเกิดขึ้นใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง
4. ไม่ได้เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed Ridden) หรือมีการใช้รถเข็น (Wheel Chair)
5. ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง 60 - 400
6. มีอาการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง จากการตรวจโดยการให้ขมิ้มยืมฟัน ยกแขนและขามือ

มีการศึกษาพบว่า LAPSS มีความไวที่ระดับ 91 และความจำเพาะที่ระดับ 97% ในการประเมินอาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS):

Facial Droop : ให้ผู้ป่วยยิ้มหรือยักฟัน ถ้าหน้าด้านใดด้านหนึ่งขยับไม่ได้ตามปกติถือว่าผิดปกติ

Arm Drift : ให้ผู้ป่วยหลับตา ยกแขนทั้งสองข้าง แขนมือยื่นไปข้างหน้าค้างไว้ 10 วินาที ถ้าแขนข้างใดข้างหนึ่งไม่สามารถยกได้ หรือตกลงเมื่อเทียบกับแขนอีกข้างหนึ่งถือว่าผิดปกติ

Speech : ให้ผู้ป่วยพูดตาม ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถพูดตามได้ หรือพูดคำผิด หรือพูดซ้ำ หรือไม่ชัดถือว่าผิดปกติ

มีการศึกษาพบว่าถ้ามีอาการแสดง 1 ใน 3 อย่างมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 72 แต่ถ้ามีอาการแสดงทั้ง 3 อย่างมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 85

2.1.5 การวินิจฉัยและการตรวจรักษา

แนวทางการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้จากการตรวจร่างกาย การเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MR) การวินิจฉัยหลอดเลือดสมองด้วยการฉีดสารทึบรังสีหลอดเลือดสมองโดยตรง (Cerebral Angiography) การตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอ ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Carotid Duplex Ultrasonography) การตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงภายในสมองผ่านกะโหลกศีรษะ (Transcranial Doppler Ultrasonography or Transcranial Color-Coded Duplex Ultrasonography) และการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการเอ็กซเรย์ปอด

ส่วนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Drug) มีการพิจารณาการให้ยาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภายในเวลา 4 ชั่วโมงครึ่ง (270 นาที) นับจากเริ่มมีอาการของโรคและไม่มีข้อห้ามในการให้ยา การให้ยาแอสไพรินเป็นยาต้านเกล็ดเลือดใน 48 ชั่วโมงแรก (ในกรณีที่ไม่ได้ยาละลายลิ่มเลือด) และไม่มีข้อห้ามการให้แอสไพริน ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำนั้น ต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดตลอดไป นอกจากแอสไพรินแล้วยังมียาต้านเกล็ดเลือดชนิดอื่น ได้แก่ โคลพิโดเกรล ไทฟริดาโมล เป็นต้น หากเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อลดความดันในสมอง ช่วยลดอัตราการตายและพิการ ภายหลังการรักษาในภาวะฉุกเฉินแล้ว ต้องทำการฟื้นฟูด้วยกายภาพบำบัดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และควรป้องกันการเกิดซ้ำโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และควบคุมสภาวะจิตใจลดความเครียดวิตกกังวล

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงอาการอัมพาตจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนที่เกิดเนื่องจากหลอดเลือดในสมองแตกอาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายนั้น

ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีกภายใน 5 ปี ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จึงเป็นหนึ่งในห่วงโซ่ชีวิตที่มีความสำคัญต่อการลดอัตราการพหุภาพ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบว่าในช่วงของการประเมินตนเองเพื่อทราบว่ามีการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองแล้ว สามารถแจ้งเพื่อรับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ จะมีผลให้สามารถรับการดูแลได้อย่างทัน่วงทีที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้

2.2 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสามารถจำแนก ปัจจัยเสี่ยงได้ 2 ประเภท ได้แก่ ไม่สามารถป้องกันได้ และที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งมีรายละเอียด (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย, 2559; Silver, 2016) ซึ่งจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทำให้บุคคลดังกล่าวถือเป็นกลุ่มเสี่ยง มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้

2.1.1 ประวัติครอบครัว จากการซักประวัติที่ผ่านมาพบว่าคนในครอบครัวเคยเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มาก่อน จากการการศึกษาวิจัยยืนยันว่า ประวัติดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (เสกสรรค์ จวงจันทร์, 2558)

2.1.2 อายุ พบว่ายิ่งมีอายุมากขึ้นหลอดเลือดในร่างกายมีเปลี่ยนแปลง และอ่อนแอลง ทำให้ โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 9 เท่า (95% CI: 9% to 10%) (Asplund, 2009)

2.1.3 ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติมาก่อน

2.1.4 เพศ ซึ่งพบความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.06 เท่า (95% CI; 0.99-1.13) (Peter, Huxley & Woodward, 2013) ซึ่งเพศชายมีอัตราตายสูงกว่าในเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า (สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

ปัจจัยเสี่ยงชนิดนี้เกิดจากการสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองตามมา ได้แก่

1) โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญและส่งผลกระทบมากที่สุดในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง (ก้องเกียรติ กุญท์กันทราร, 2553) มากถึงร้อยละ 70 (Hickey et al., 2009) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงมากถึง 40.6 เท่าของคนปกติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหากควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติโดยการใช้อยาในกลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) ร่วมกับการปรับพฤติกรรม จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากกลุ่มเสี่ยงมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจพบโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งตีบและแตกได้

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเพิ่มของค่าระดับความดันโลหิตล่าง 10 มิลลิเมตรปรอท ในเพศชายทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกถึงร้อยละ 28 (28%; 24% to 32%) และในเพศหญิงมีความเสี่ยงร้อยละ 25 (25%; 20% to 29%) (Asplund et al., 2009)

2) ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง เกิดจากไขมันชนิดเลว (LDL) ที่มาจากการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น ลักษณะอาหารที่มันจัด อาหารไขมันสูง ก่อให้เกิดภาวะอ้วน มักพบในพวกที่อ้วนแบบลงพุง จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีค่า BMI มากกว่า 30 ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น 2 เท่าของคนปกติ (95% CI 1.48-2.71) ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมีความเสี่ยงมากขึ้น 13.2 เท่าของคนปกติ (95% CI, 3.5%-29.2%) (Benjamin, 2017) ซึ่งภาวะอ้วนเหล่านี้ทำให้เกิดไขมันสะสมบริเวณหลอดเลือดมีขนาดเล็กลง มีโอกาสสูงขึ้นที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและตีบตัน (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2552) ในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงไม่สามารถควบคุมได้และต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับไขมัน ซึ่งค่า Low-Density Lipoprotein Cholesterol สูงกว่า 100 mg/dl สูงกว่า 100 mg dl เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง Hazard Ratio Per mmol/L) เพิ่มขึ้น

3) โรคเบาหวาน ทำให้มีโอกาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอุดตันของเส้นเลือดแดงใหญ่ในสมอง (อภินิธิ ศรีวิจิตรกมล, 2556) ผู้ป่วยโรคเบาหวานพบความเสี่ยงมากขึ้น 8.8 เท่าของคนปกติ (95% CI, 2.1%-15.4%) (Benjamin, 2017) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือดมากถึงร้อยละ 3.5 (Plengvidhya et al., 2006) หากผู้ป่วยดังกล่าว มีมากกว่า 7% หรือระดับ Fasting Blood Sugar สูงกว่า 130 mg/dl (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,

2558) ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดที่อาจมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดขาดเลือดมีอัตราความเสี่ยงสูงมากถึงร้อยละ 95 (Kurth et al., 2002)

4) การสูบบุหรี่ อาจก่อให้เกิดความอ่อนแอของผนังหลอดเลือด อาจทำให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (ศิรินาถ ตงศิริ, 2556) การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้น 13.7 เท่าของคนปกติ (95% CI, 4.89-22.3%) และนอกจากนี้ พบว่าปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวันมากกว่า 40 มวนต่อวันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงถึง 2 เท่าของผู้ที่สูบบุหรี่ น้อยกว่า 10 มวนต่อวันและสูงกว่าคนไม่สูบบุหรี่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

5) ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (เสกสรรค์ จวงจันทร์, 2558) เนื่องจากขณะเครียดร่างกายจะสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูงควรระมัดระวังเนื่องจากอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการแตกของหลอดเลือดได้

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นกลุ่มบุคคลที่ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นสาเหตุหลักที่มีผล โดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่ได้รับการแก้ไขซึ่งสามารถสรุปกลไกและพยาธิสรีรภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิด โรคหลอดเลือดสมองเป็นตารางได้ดังนี้

ตาราง 1 กลไกและพยาธิสรีรภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคเรื้อรัง	กลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
โรคความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตภายในร่างกายมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลายการที่ระดับความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับทั้งสองประการ โดยการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเกิดกลไกการปรับชดเชยระบบของร่างกาย ซึ่งปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ได้แก่ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin system) และระบบการทำงานของไตโดยมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ตาราง 1 กลไกและพยาธิสรีรภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

โรคเรื้อรัง	กลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
โรคความดันโลหิตสูง	1. ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ส่วนแอลฟา เมื่อมีการกระตุ้นจะทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว เกิดแรงต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จะมีผลต่อการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซินทำให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัว ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน และการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ส่วนเบต้า จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น จึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 2. ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin-Angiotensin System) เป็นการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลง หากระบบเรนินแองจิโอเทนซินถูกกระตุ้น จะทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายและแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin I) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone Hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งมีผลในการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียมที่ไตปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น 3. ระบบการทำงานของไตเกี่ยวข้องกับต่อมใต้สมองส่วนหลัง ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนแอนตี้ไคยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic Hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน ฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงทำให้เกิดอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้นจากกลไกดังกล่าว พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัวภายในหลอดเลือดตีบแคบรูของหลอดเลือดแดงแคบลงที่ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและ

ตาราง 1 กลไกและพยาธิ สรีรภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

โรคเรื้อรัง	กลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
โรคความดันโลหิตสูง	ขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นอกจากนี้ความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส ทำให้กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนพรีนจากต่อมหมวกไตมีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นการมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย และพักผ่อนอย่างเพียงพอมีการควบคุมและจัดการกับความเครียดได้ดีจะช่วยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิก ทำให้ลดการหลั่งอิพิเนพรีนลดการหดตัวของหลอดเลือดมีผลให้ความดันโลหิตลดลง
โรคเบาหวาน	โรคเบาหวานเป็นเวลานานๆ จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดที่ทำหน้าที่ขนส่งเลือดมีการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissues) เป็นจำนวนมากขึ้น ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของ Collagen Cross-Linking ร่วมกับการทำงานของเซลล์เอน โคทิเลียมที่เสียไป จึงบ่งชี้ถึงหลอดเลือดแดงสูญเสียความยืดหยุ่นและมีสภาพแข็งมากขึ้น (Functional Stiffness) ร่วมกันภาวะความเครียดมีผลต่อ Metabolic Activity ทำให้มี Counter Regulatory Hormones โดยเฉพาะฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง Stress Hormone จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในคนปกติหากมีความเครียด น้ำตาลจะสูงขึ้นเล็กน้อย เพราะอินซูลินทำงานชดเชยได้ แต่ผู้ป่วยเบาหวาน อินซูลินไม่สามารถทำงานได้ Stress Hormone ออกมาเกิด Relative โดยเปรียบเทียบกับฤทธิ์ของการที่มีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ตาราง 1 กลไกและพยาธิ สรีรภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

โรคเรื้อรัง	กลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ภาวะไขมันในเลือดสูง	จากภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดการสะสมของไขมันในหลอดเลือด และผนังของหลอดเลือดร่วมกับภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีอัตรา การเผาผลาญอาหารสูงขึ้น จึงเกิดอนุมูลอิสระมากขึ้น เกิดการทำลาย โมเลกุลของแอลดีแอลต่ำจึงไม่สามารถหมุนมาใช้แอลดีแอลที่ถูกออกซิ ได้ซิโคตอีกต่อไปส่งผลให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้นสารประเภทไขมัน ได้แก่ ไลโปโปรตีน โคเลสเตอรอลและของเสียอื่นจากเซลล์ ในเลือดฝัง ตัวอยู่บนผนังด้านในของหลอดเลือดแดง จะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ซึ่งจะนำไปสู่การตีบลงหรือการอุดตันของหลอดเลือด การไหลเวียนของเลือดลดลง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

2.3.1 ความหมายแนวคิดเกี่ยวกับความรู้

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา ได้ให้ความหมายของ คำว่า Knowledge บัญญัติศัพท์ว่า ความรู้ หมายถึง สารระ ข้อมูล แนวคิด หลักการ ที่บุคคลรวบรวมได้จากประสบการณ์ในวิถีชีวิตความรู้ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคมและเทคโนโลยี บุคคลเรียนรู้ จากประสบ การณ์ การศึกษา อบรม การรับถ่ายทอดทางวัฒนธรรม การ รับรู้ การคิดและการฝึก ปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือพัฒนาไปสู่ระดับที่ สูงขึ้น (สำนักงาน ราชบัณฑิตยสภา, 2558)

ตามที่ วิทยาลัยดุสิตธานี (2556) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง "ความคิด กฎระเบียบ ขั้นตอน และแนวปฏิบัติ อาจจะอยู่ในรูปของประสบการณ์ (Experience) ความจริง (Truth) วิจารณ์ญาณ (Judgment) ปัญญาญาณ (Intuition) คุณค่าและความเชื่อ (Value & Belief) ซึ่งมีอยู่ในที่ต่างๆ ทั้งทั้งองค์กรทั้งในบุคลากร กระบวนการปฏิบัติงาน เอกสาร และวัฒนธรรมของ องค์กร"

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา ได้ให้ความหมายของคำว่า knowledge management (KM) บัญญัติว่า การจัดการความรู้ (เคเอ็ม) หมายถึง กระบวนการพัฒนาความรู้ของบุคคลและองค์กร เพื่อสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพโดยการรวมกลุ่มกัน กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมคิดร่วมทำ แลกเปลี่ยน

เรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิก ผสมผสานกับความรู้จากแหล่งข้อมูลทั่วไป มีการกำหนดเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ การทดสอบ การตรวจสอบ การสังเคราะห์และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ ในระดับบุคคล การร่วมกระบวนการจัดการความรู้ช่วยเสริมสร้างความตระหนักคุณค่าและความสามารถที่เป็นความรู้ฝังลึกภายในตน เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จในระดับองค์กร กระบวนการจัดการความรู้เน้นการเรียนรู้เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกัน สมาชิกขององค์กรต่างเสริมพลังกันฉันท์กลายณมิตร ทำให้องค์กรมีความเข้มแข็งและผลงานก้าวหน้า สอดคล้องกับวิสัยทัศน์เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2558)

ปิยะวรรณ เพียรภาณุ (2554) ได้ให้ความหมายของความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงการรับรู้เข้าใจในข้อเท็จจริงของประชาชนที่มีต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งครอบคลุมในด้านการแจ้งเหตุ หน่วยบริการ บุคลากรและค่าใช้จ่าย

การจัดการความรู้ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด (สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2558)

บลูม (Bloom, 1976) กล่าวถึง การเกิดการเรียนรู้ในแต่ละครั้งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น 3 ประการ จึงจะเรียกว่าเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ คือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง เช่น ความคิดรวบยอด
- 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือความรู้สึก (Affective Domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ความเชื่อเจตคติ ค่านิยม
- 3) การเปลี่ยนทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อให้เกิดทักษะ และความชำนาญ เช่น (Psychomotor Domain) การว่ายน้ำ เล่นกีฬา

2.3.2 ประเภทของความรู้

ประเภทของความรู้สามารถจำแนกตามความสามารถในการถ่ายทอดได้เป็น 2 ประเภท

- 1) ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวคน มักได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์ สัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ หรือภูมิปัญญา ยากต่อการบรรยายเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษร แต่สามารถถ่ายทอดและแบ่งปันกันได้ เช่น ทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะงานฝีมือ หรือความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์ เป็นต้น จัดเป็นความรู้แบบนามธรรม

2) ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม บรรยายหรือถ่ายทอดได้ ผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือ ฐานข้อมูล เป็นต้น จัดเป็นความรู้แบบรูปธรรม

2.3.3 กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process)

อารีย์ พลภูเมือง (2560) ได้กล่าวอ้างถึงคณะกรรมการการจัดการความรู้วิทยาลัย เชียงราย ไว้ว่า ได้กล่าวถึง กระบวนการจัดการความรู้ ในคู่มือการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) ว่า กระบวนการจัดการความรู้ จะทำให้ความรู้ในองค์กรเกิดการหมุนเวียนในลักษณะของเกลียวความรู้ เพื่อพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยบุคลากรสามารถนำความรู้ไปพัฒนาตนเองเพื่อพัฒนาองค์กรต่อไป กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) การบ่งชี้ความรู้ (Knowledge Identification) เป็นการกำหนดความรู้หลัก(Core Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็น หรือสำคัญต่องานขององค์กร เป็นการการสร้างวิสัยทัศน์เกี่ยวกับความรู้ที่เป็นความรู้หลัก ขององค์กรเพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักขององค์กร เป็นเข็มทิศในการจัดการความรู้ขององค์กร โดยการพิจารณาว่าเป้าหมายหลักขององค์กรคืออะไร และต้องการความรู้หลักด้านไหนบ้างเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว นั้น เช่น พิจารณาว่า วิสัยทัศน์/พันธกิจ/เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องรู้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใดอยู่ที่ใคร

2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition) เป็นการเสาะหาปรับปรุง ดัดแปลง สร้างความรู้บางส่วน หรือการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ไม่ได้แล้ว ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน อาจเริ่มจากทุนปัญญา (Intellectual Capital) ที่มีอยู่แล้วภายในองค์กรในรูปของผลงานที่เป็นเลิศ หรือความสำเร็จที่สะท้อนจากวิธีปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best Practices) การทำวิจัย R2R Mini Research หรือสร้างนวัตกรรม

3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge Organization) เป็นการจัดการและจัดเก็บความรู้ที่องค์กรสร้างให้เป็นหมวดหมู่ (ละเก็บลงในฐานข้อมูลพร้อมกับดำเนินการสร้างเครือข่ายความรู้กับโลกภายนอก มีระบบการรับรู้และตรวจสอบข่าวสาร พัฒนาความก้าวหน้าของความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีหรือเครือข่าย อันเป็นการให้ความสำคัญกับความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึกอย่างเท่าเทียมกันและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ขององค์กร

4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge Codification and Refinement) หมายถึง กลั่นกรองความรู้ที่ได้มา เพื่อจัดระดับว่าเป็นความรู้จำเป็นในระดับใด เชื่อถือได้ในระดับใด มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกลั่นกรองความรู้อย่างเป็นระบบและเรียบเรียงความรู้ให้นำมาใช้

งานจริง ซึ่งอาจดำเนินการโดยจัดผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ มาตรวจสอบวิเคราะห์ว่าความรู้ ที่มีอยู่มีความถูกต้อง ทันสมัยหรือไม่ ก่อนที่จะนำไปเผยแพร่ให้ใช้ความรู้ นั้น เป็นการ "จะทำให้เข้าใจง่ายและสมบูรณ์อย่างไร" เช่นปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

5) การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access) เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้ นั้นเข้าถึงความรู้ ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ด้วยตนเอง ซึ่งควรมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: I) มาประยุกต์ใช้ เช่น Intranet Facebook บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing) เป็นการนำความรู้เทคนิคในการทำงาน เทคนิคการแก้ไขปัญหา ที่ได้จากการปฏิบัติงาน แล้วมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันซึ่งทำได้หลากหลายวิธีการ ตัวอย่างเช่น วัน KM Day เวทีความรู้ (Knowledge Forum) การประชุมทางวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนความรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดี (Best Practice) ชุมชน นักปฏิบัติ (Community of Practice หรือ COP) เป็นต้นกรณี เป็น Explicit Knowledge อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ กรณีเป็น Tacit Knowledge อาจจัดกิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice หรือ CoP) เวทีความรู้ (Knowledge Forum) การประชุมทางวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนความรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดี (Best Practice) แล้วสกัดองค์ความรู้จากกิจกรรมมาจัดทำเป็น Explicit Knowledge เพื่อนำไปใช้งานต่อไป

7) การเรียนรู้ (Learning) เป็นการนำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนไปใช้ประโยชน์ในการทำงานเพื่อแก้ปัญหา พัฒนางค์กรหรือเพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยการให้ผู้ที่ได้รับความรู้ นำความรู้ไปปฏิบัติจริง เมื่อปฏิบัติตามแล้วมีปัญหาตรงไหน มีจุดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไรผู้ปฏิบัติก็แจ้งข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อให้หน่วยงานนำไปพิจารณาปรับปรุงงาน เกิดระบบการเรียนรู้ จาก สร้างองค์ความรู้ > นำความรู้ไปใช้ > เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า ความรู้มีอยู่ในทุกคนโดยจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกคนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นและสามารถประเมินอาการนั้นๆ และมีความรู้ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

2.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

2.4.1 ความหมายของความเชื่อ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้นุชนมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจ ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้นโดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวความคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่พอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่องานชีวิตการปฏิบัติตัว พฤติกรรม สุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลด ความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

2.4.2 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Miman, 1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying And Enabling Factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Detraction) สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค Perceived (susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะ

เจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาน (Hochbaum, 1987) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่ให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์ (Becker, 1977) จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking the Health Action Minus the Barriers or Cost of That Action) หมายถึง การบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตามแต่ การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความล้าชื่อย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไขจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ กัน ในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม มีความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของ

แผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลร่วมมือในการรักษาการวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการที่จะปฏิบัติ

6) ปัจจัยต่างๆ (Modifying Factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social Factor) เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Due to Action) สิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหรือสื่อมวลชนต่าง ๆ (Mass Media Communication) ตลอดจนประสบการณ์การมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาหรือป้องกันโรคได้มากขึ้น

2.5 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคล ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ได้เป็นอย่างดี ผ่านการสังเคราะห์จากผลวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (Meta Analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ผสมผสานกับการเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) เพราะในแต่ละองค์ประกอบของวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ผู้เรียนแต่ละคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ดั่งนั้น ต้องผ่านกระบวนการกลุ่ม ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่ม จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี

2.5.1 หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

- 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
- 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
- 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

4) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

5) อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดง บทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้

2.5.2 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2544: 14 - 16) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบหรือถนัดหรือมีบางองค์ประกอบมากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริง แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็น หรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้เรียนนั้นจะขาดการมีทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้น ผู้เรียนควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้านและควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร หรือทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ประสบการณ์ (Experience) ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องให้ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อนแล้ว เช่น ฝึกอบรมเกี่ยวกับการประเมินโครงการให้แก่นักวิชาการ จะเห็นได้ว่า ผู้เรียน คือ นักวิชาการ จะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินในกิจกรรมอื่น ๆ มาก่อน ซึ่งนำมาใช้ในการอบรมครั้งนี้ได้ องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนซึ่งมีประสบการณ์ ดังที่กล่าวแล้ว ได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อน ๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือน หรือต่างไปจากตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอน การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ในการอบรม จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอน และผู้เรียน กล่าวคือ ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อน ๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกได้ว่าตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเองและได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี ด้านผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอน หรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

2) การสะท้อน และอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิเคราะห์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขณะทำกลุ่มผู้เรียนจะได้

เรียนรู้ถึงการทำงานเป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเอง และการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น องค์ประกอบนี้ จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ และเจตคติในเรื่องที่อภิปราย การที่ผู้เรียนจะอภิปราย หรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหน เป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปรายหรือตารางการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนทำได้สำเร็จ

3) ความคิดรวบยอด (Concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านการเรียนรู้ (Knowledge) เกิดได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายงานให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปราย และการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจ และเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

4) การทดลอง และ การประยุกต์แนวคิด (Experimentation and Application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอด หรือผลิตขึ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้ เช่น ถ้าวัตถุประสงค์ของการอบรมตั้งไว้ ว่าให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวางแผนประเมินโครงการได้ กิจกรรมในการเรียนรู้ขององค์ประกอบนี้ ผู้สอนต้องเตรียมใบงานให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทดลองทำแผนการประเมินโครงการ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมจะต้องนำความรู้เกี่ยวกับการประเมินโครงการจากการเรียนรู้ ในองค์ประกอบความคิดรวบยอดมาใช้ในการเรียนการสอน หรือการอบรมส่วนใหญ่มักจะขาดองค์ประกอบการทดลอง และ ประยุกต์แนวคิด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นว่า เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอน จะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ ไม่ใช่เรียนแค่รู้ แต่ควรนำไปใช้ได้จริง ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน หรือการอบรมแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีพลวัตร (Dynamic) เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน ผู้สอนจะเริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มจากประสบการณ์ (Experience) หรือความคิดรวบยอด (Concept) ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะช่วยให้ผู้เรียน ได้ตั้งข้อมูลเก่าหรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อน เพื่อนำไปสู่การอภิปราย และการประยุกต์ใช้ระยะเวลาแต่ละองค์ประกอบไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ผู้สอนจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลามาก หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญและมาก ก็อาจใช้เวลาในการอภิปรายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด

2.5.3 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ 7 - 12 คน แต่กลุ่มที่จะทำให้เกิดการโต้ตอบ และโต้แย้งกันดีที่สุดกลุ่มขนาดกลาง ประมาณ 7 - 8 คน (ศิริณี อินทรหนองไผ่, 2554) กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดี และข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้ คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่ม หรือผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ในแผนการสอน สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ผู้เรียนสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงาน ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน 3 ประการ ดังนี้

- 1) การกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มกันอย่างไร เพื่อทำอะไรใช้เวลาอย่างน้อยแค่ไหน เมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอะไรต่อ เช่น การเสนอผลงานหน้าชั้น
- 2) การกำหนดบทบาทของกลุ่ม หรือสมาชิกให้ชัดเจน โดยทั่วไปกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อนำมารวมในกลุ่มใหญ่ จะเกิดการขยายการเรียนรู้ทำให้ใช้เวลาน้อยในการเรียนรู้และไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทในแต่ละกลุ่มให้ทำกิจกรรมยังรวมถึงการกำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น เล่นบทบาทสมมติ เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือเป็นตัวแทนกลุ่มในการนำเสนอผลงานของกลุ่ม
- 3) การกำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดของกิจกรรม และบทบาท โดยทำเป็นกำหนดงานที่ผู้สอนแจ้งให้แก่ผู้เรียน หรือทำเป็นใบงานมอบให้กับกลุ่ม โดยจัดทำเป็นใบงาน หรือใบชี้แจง ซึ่งการออกแบบใบงาน หรือใบชี้แจง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทำงานสำเร็จ โดยมีกรอบการทำงานที่ชัดเจน หรือสร้างเป็นตารางการวิเคราะห์ให้กลุ่ม

สรุปได้ว่า หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะได้ดีที่สุด ผ่านการสังเคราะห์แบบ Meta Analysis ซึ่งได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่ประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผสมผสาน กับกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เพราะผู้ปวยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลอสม. ผู้นำชุมชน ทุกคนมีประสบการณ์ สามารถนำประสบการณ์ที่มีอยู่มาทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด

หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและช่วยกันทำในสิ่งที่มีปัญหานำมาเรียนรู้ร่วมกัน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.6.1 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีผู้ให้แนวคิดไว้มากมาย ดังนี้

เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่เกิดจากความตระหนักในปัญหาบางเรื่อง โดยจะค้นหาอภิปรายกลุ่มร่วมกัน หาวิธีดำเนินการ และวางแผนการดำเนินการปฏิบัติ รวมทั้งประเมินผลการทำงานทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่ม แล้วสะท้อนสถานการณ์ปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจ ทำให้กลุ่มสามารถนำผลของการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไปปรับแผนการปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น (Kemmis & McTaggart, 1988)

เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมที่มุ่งเน้นพัฒนาความรู้จากการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาของมนุษย์ ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาและสะท้อนการกระทำ โดยทฤษฎีและการปฏิบัติมาไว้ด้วยกัน เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Reason & Bradbury, 2008)

สอดคล้องกับแนวคิดของ Greenwood & Levin (2007) ซึ่งกล่าวว่า เป็นการวิจัยสังคมที่ดำเนินการโดยทีมงาน ประกอบด้วย นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญสมาชิกองค์กร ชุมชน หรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้ที่แสวงหาการปรับปรุงสถานการณ์ การส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในกระบวนการวิจัย

นอกจากนี้ Holloway (2010) กล่าวว่า เป็นการแสวงหาความรู้ชนิดหนึ่งภายใต้การดำเนินการของผู้ปฏิบัติเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นปัญหาจากการทำงาน การนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการเพื่อการพัฒนา หรือใช้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการ การประเมินการวิพากษ์สะท้อนคิด โดยอยู่บนพื้นฐานของการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Koshy et al., 2011) ยังเป็นการศึกษาสถานการณ์ทางสังคมโดยผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติและความเข้าใจในตนเองอย่างมีคุณภาพ (Winter & Munn Giddings, 2001) มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) สถานการณ์เฉพาะ โดยบุคคลนั้นเองแล้วปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยหาหลักการ วิธีการเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546) เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบสังคมให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพบุคคลและแก้ปัญหา ทั้งในระดับสถาบัน หรือนโยบาย สำหรับต้นกำเนิดของการวิจัยมีต้นกำเนิดมาจาก เคิร์ท เลวิน ซึ่งพัฒนาการดำเนินการวิจัยในสถานประกอบการเน้นความสัมพันธ์ด้านเศรษฐกิจของคนงาน และนายจ้าง จุดเริ่มต้นจากผู้มีอำนาจ หรือในกลุ่มนักวิชาการมาก่อน (เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2558)

2.6.2 ลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Reason & Bradbury, 2008; (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546) มีดังนี้

1) สร้างความเปลี่ยนแปลง ให้ความสำคัญกับปัญหา ลดช่องว่างของทฤษฎีกับการปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางที่ต้องการ

2) เน้นความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย การวางแผนนโยบายการวิจัย การดำเนินการทุกขั้นตอนจะต้องอยู่ภายใต้บรรยากาศการมีส่วนร่วม เป็นอิสระและเสมอภาค เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาไปด้วยกันและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

3) การทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ธรรมชาติ ในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้ร่วมวิจัยจะสะท้อนการปฏิบัติในการทดลองปฏิบัติต่าง ๆ ที่ตกลงกันในสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้ดีขึ้น

4) การวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเข้าใจ ลึกซึ้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง จึงต้องอาศัยการวิเคราะห์การปฏิบัติจากการสังเกต จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน

5) การเรียนรู้อย่างมีกระบวนการ อย่างเป็นระบบและเป็นวงจร โดยเริ่มจากการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลเป็นวงจรรอบ จนกว่างานนั้นจะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ

6) เป็นกระบวนการประชาธิปไตย มีทั้งการสนับสนุนและการคัดค้าน ข้อกำหนดกฎเกณฑ์เป็นตัวจัดการซึ่งนำไปสู่ระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน

7) การบันทึกอย่างเป็นระบบ จะมีการบันทึกตลอดกระบวนการวิจัยความก้าวหน้าและการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบทั้งกิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการศึกษา

8) การสร้างทฤษฎี โดยนักวิจัยและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยร่วมมือกันสร้างความรู้ใหม่ โดยการสะท้อนแนวคิด

9) เริ่มจากวงจรเล็กสู่การเปลี่ยนแปลงใหญ่ ซึ่งอาจจะเป็นนักวิจัยคนเดียว หรือกลุ่มนักวิจัยแล้วขยายเป็นวงจรใหญ่ระดับองค์กรหรือชุมชนสังคม

10) ไม่เน้นการสรุปในการอ้างอิงผลการศึกษาวิจัยเข้าไปในบริบท หรือสถานการณ์อื่นๆ

2.6.3 ชนิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Holter & Schwartz, 1993 อ้างถึงใน เกษราวัลล์ นิลวรรณ, 2558) ดังนี้

1) การร่วมมือทำงานทางวิชาการ (Technical Collaborative Approach) เป็นการทดสอบวิธีการแก้ปัญหา (Intervention) อาจต้องการทดสอบทฤษฎีที่มีอยู่ เป็นการร่วมมือกันทางวิชาการ มีการสื่อสารระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้เกิดข้อตกลงร่วมมือและสนับสนุนการทำงาน

ของนักวิจัย ผลที่ได้จากการวิจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ยั่งยืน

2) การทำงานร่วมกัน (Mutual Collaboration Approach) เป็นการทำงานระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการค้นหา ต้นเหตุของปัญหา และแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขโดยมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน เพื่อนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง ผู้ร่วมวิจัยมีความเข้าใจใหม่ในการปฏิบัติงาน และเกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

3) การสร้างศักยภาพ (Enhancement Approach) การวิจัยชนิดนี้ช่วยส่งเสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติค้นหาและระบุปัญหาได้อย่างชัดเจน ตระหนักในความสำคัญของปัญหาและการสร้างจิตสำนึกร่วมกันในนักวิจัยจะกระตุ้น (Catalyst) ให้ผู้ปฏิบัติได้คิด วิเคราะห์ประเด็นปัญหาของตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือ (Facilitator) เป็นที่ปรึกษา (Consultant) และเป็นผู้ร่วมงานตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา สรุปผลการวิเคราะห์ ชี้ประเด็นปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติการปรับเปลี่ยน มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ร่วมกับผู้อื่นและการแสวงหาความช่วยเหลือ และสามารถพัฒนาตนเองก่อให้เกิดความยั่งยืนได้มากที่สุด

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ (2560) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะทุม ตำบลจันทิก อำเภอบางละมุง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้มาโดยการเลือกแบบสุ่ม จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะในกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05) โดยสรุป กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ควรใช้ตัวแบบของคนที่เคยผ่านประสบการณ์มาเป็นผู้ให้ข้อมูลและเรียนรู้กับ

กลุ่มเสี่ยง และในการดูแลที่บ้าน ควรมีบุคคลใกล้ชิด เช่นญาติ หรือ ครอบครัว เป็นต้น เฝ้าระวังและดูแลร่วมด้วย เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

บุษราคัม อินเต็ง (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร จำนวน 152 คน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อาการเตือนของโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 45.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วาสนา เสนาหน่อ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลจากการวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม แนวทางการดูแลและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยง ระบบการติดตามประเมินภาวะเสี่ยงยังไม่ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีการส่งต่อให้กับ อสม.ประจำหมู่บ้าน ด้านของชุมชนยังขาดแกนนำหรือเครือข่ายในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแยกเป็นรายหมู่บ้านตามระดับความเสี่ยงและส่งต่อข้อมูล ให้กับ อสม. ประจำหมู่บ้าน ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการจัดทำแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง และด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งจัดทำคู่มือสำหรับ อสม. ซึ่งจากการพัฒนาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 10 คน ที่มีการควบคุมอาหารมากขึ้น มีผู้ป่วย จำนวน 2 คน ที่เพิ่มการออกกำลังกาย และพบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีการปรับลดปริมาณ การสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วย จำนวน 14 คน ร้อยละ 70 มีระดับความดันโลหิตลดลง โดยอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ จำนวน 4 คน ร้อยละ 20 และพบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมี กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 1 คน ที่มีระดับความเสี่ยงลดลงเป็นอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง และมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปานกลาง จำนวน 1 คนที่มีระดับความเสี่ยงลดลงเป็นอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย

ไพรินทร์ พัสตุ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. โดยกระบวนการวิจัยมุ่งให้กลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 2 ตำบล ของอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกิดความร่วมมือในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันในการป้องกันโรคดังกล่าว ผลการวิจัยพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงใน 2 ระดับ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลสะสมในชุมชน เป็นระบบข้อมูลการดำเนินงานในการป้องกันโรคฯ ระบบการสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชน เป็นระบบการเผยแพร่สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต่อการป้องกันโรคฯ ระบบเฝ้าระวังและติดตามผล เป็นการวางระบบผู้เฝ้าระวังและติดตามรายงานข้อมูลซึ่งมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง และระบบการจัดสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันโรค 2) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้การจัดการและพฤติกรรมของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ การเกิดผู้รับผิดชอบต่อการป้องกันโรคฯ การสร้างความตระหนักรู้ต่ออันตรายของโรคและกลวิธีป้องกันโรคฯ การสร้างบุคคลต้นแบบ และการสร้างวาทกรรมแนวความคิดรณรงค์ในการป้องกันโรคฯ ในชุมชน “ตีบ แตก ตัน อันตราย” ผลลัพธ์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ชุดความรู้การพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงซึ่งเกิดจากการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน แนวทางการบริหาร การจัดการ การวางแผนกลยุทธ์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ครอบครัว จริงจัง ยั่งยืน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมศรี, สิริพร ชัยทอง (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 23 คน ใช้โปรแกรมในการให้ความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุริยา หล้าคำ (2564) ได้การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองนาสร้าง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 8 หมู่บ้าน ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 2 การ

วางแผน ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน และระยะที่ 4 ประเมินผล และสะท้อนผลกลับ พบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กรรณิการ์ เงินดี (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการจับฉลากในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.001$, < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 และ < 0.009 ตามลำดับ) และเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 ($p < 0.001$ เท่ากัน) การจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

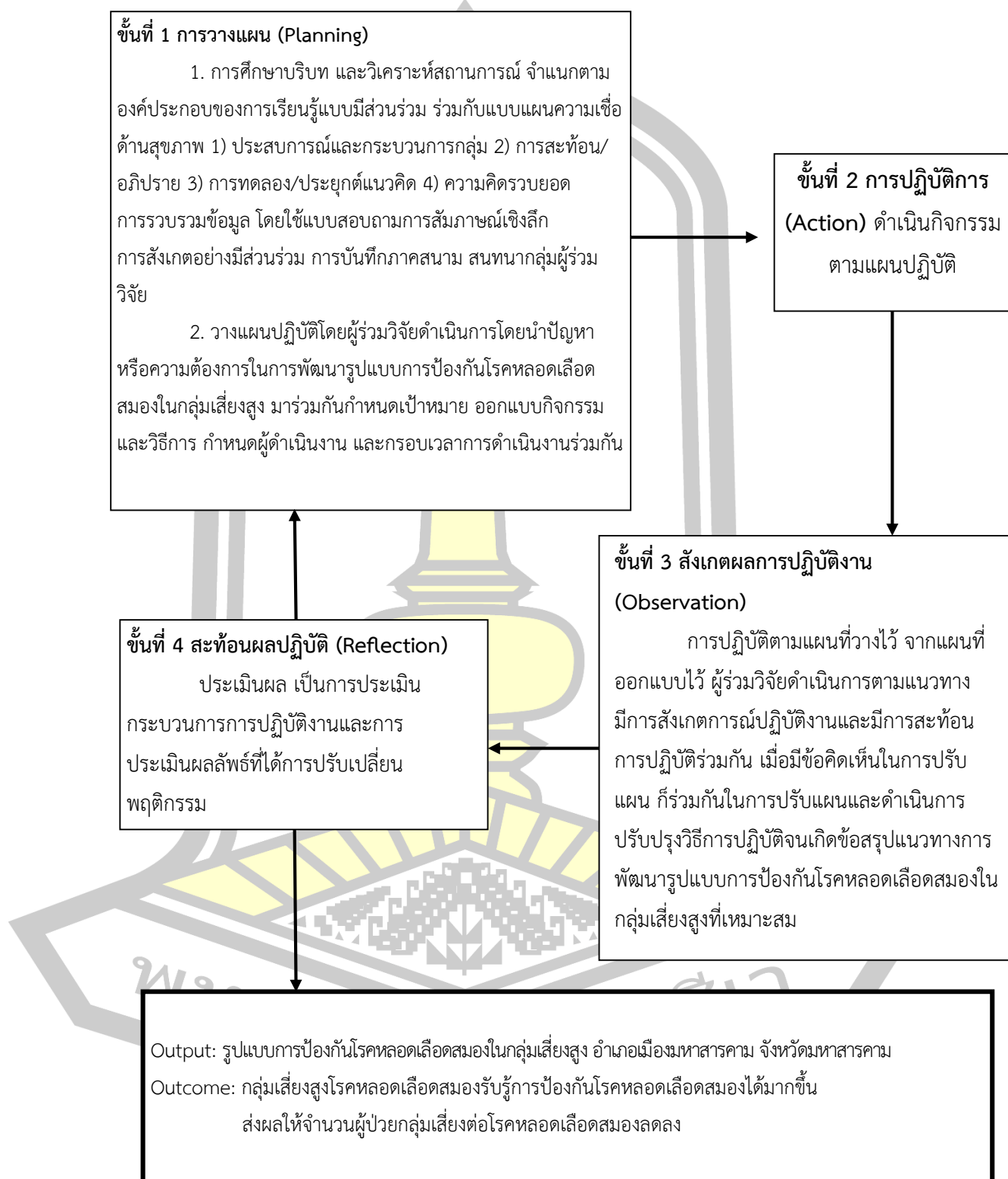
สายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35 - 59 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 420 คน พบปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบ 6 ตัวแปร ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว 3) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6) ระยะเวลาที่ป่วย ตามลำดับ

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และ ทบทวนวรรณกรรม กล่าวโดยสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การจัดการ ความเครียด การออกกำลังกาย และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น เพศ อายุ รวมทั้งปัจจัย สันนิษฐานอื่น ๆ และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่สามารถชะลอโรคแทรกซ้อนได้ด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) พฤติกรรมกา รออกกำลังกาย 3) การควบคุมน้ำหนัก 4) การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) ลดการสูบบุหรี่ และ 6) การ จัดการความเครียดที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าไม่มีคนในครอบครัว หรือญาติ บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยถ้าบุคคลนั้นมีความคาดหวังไว้ จึงมีผลต่อการแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้กล่าวถึง ประสบการณ์เป็นแหล่งเรียนรู้ และพัฒนาเป็น วงจรการเรียนรู้ ที่ได้รับความรู้ที่ศนคติ และทักษะจะอยู่ในกระบวนการ 4 องค์ประกอบคือ 1) ประสบการณ์ (Experience) 2) การสะท้อน และ อภิปราย (Reflection and Discussion) 3) การ ทดลอง และ ประยุกต์แนวคิด (Experimentation and Application) 4) ความคิดรวบยอด (Concept) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด (Kemmis, S. & McTaggart, 1988) Kemmis & Mc Taggart (1992) โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่รับรู้ปัญหา และการ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยกันวางแผน ออกแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมตามแผน และ ประเมินผล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความมั่นใจในแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการป้องกัน ชะลอการเกิดโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น



2.8 กรอบแนวคิดงานวิจัย3440600234933



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในการศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุม โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่ในการวิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis, S & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัย และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบ ให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน เพื่อให้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3.1 กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบทสถานการณ์ จำนวน 28 คน ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD Risk) อายุ 35 – 60 ปี เพศชายและหญิง โดยมีค่า Risk score ในระดับ 3 - 5 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

เกณฑ์การคัดเข้า

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

เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย
- 2) ย้ายออกนอกพื้นที่ เจ็บป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต
- 3) ยกเลิกการสมัครใจ หรือการให้ข้อมูล
- 4) มีอาการทางจิตจำเป็นต้องส่งต่อ

3.3.2 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 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) มีอายุ 35 – 60 ปี
- 2) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้อย่างเข้าใจ
- 3) กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี
- 4) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนใน การให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขได้
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

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

3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตั้งแต่กันยายน 2565 ถึงสิงหาคม 2566 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัย 1 วงรอบ 4 ระยะตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ (1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการจัดการอาการเตือนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (2) วางแผนการปฏิบัติ (3) การปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ และ (4) การประเมินผลซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีการดำเนินงานงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.8.1 ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

3.8.1.1 ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในชุมชนในระยะนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงในบริบทที่เป็นอยู่ โดยดำเนินการเก็บรวบรวม ดังนี้

- 1) เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนสถิติรายงาน ได้แก่ ทะเบียนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ำบกึง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง และจากโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และ อสม. ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ

2) เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ดังนี้

การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลาการสัมภาษณ์เชิงลึกขึ้นอยู่กับความจำเป็นของข้อมูลที่สัมภาษณ์

3) การสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นผู้นำในชุมชน ได้แก่ ตัวแทนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นอย่างไร ปัญหา และความต้องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและ ผู้ดูแลหลักปัญหาที่เกิดจากการไม่ทราบอาการเตือนและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อเปลี่ยนจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร และปัญหาที่ยังคงอยู่ รวมทั้งข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

3.8.1.2 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ นำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3.8.2 ระยะที่ 2 วางแผนการปฏิบัติ (Planning)

หลังจากผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง รวมทั้งผลลัพธ์ที่ศึกษาได้จากระยะที่ 1 เสนอให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ โดยการเปิดโอกาสให้ กลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ดูแล อสม. ผู้ใหญ่บ้านเจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สร้างความเข้าใจและยอมรับร่วมกันโดยดำเนินการ ดังนี้

3.8.2.1 ติดต่อประสานงานและออกหนังสือเชิญประชุม เพื่อนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการประชุม

3.8.2.2 ร่วมวิเคราะห์และวางแผนกิจกรรมหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกับกำหนดบทบาทและหน้าที่ โดยผู้วิจัยเริ่มนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ให้ผู้ร่วมวางแผนทราบ และให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นทำการวางแผนเพื่อสมรรถนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หาแนวทางร่วมกันและร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ กำหนดบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของแต่ละภาคส่วน ในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลหลักและกำหนดวิธีการประเมินผลทั้งการประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์

3.8.3 ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผน (Action) และการสังเกต (Observation) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

3.8.3.1 กิจกรรมให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการขึ้นในวันที่ 20 มิถุนายน 2566 เวลา 10.00 - 12.00 น. มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสามารถจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

3.8.3.2 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ โดยจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการขึ้นในวันที่ 20 มิถุนายน 2566 เวลา 13.00 - 15.00 น. มีวัตถุประสงค์เพื่อกลุ่มแกนนำมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสามารถเฝ้าระวัง และจัดการอาการเตือนของโรคได้อย่างเหมาะสม

3.8.3.3 กิจกรรมติดตามกระตุ้น และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจะกระตุ้นทุกสัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์

3.8.4 ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกระบวนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนดทั้งสิ่งที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแนวทางแก่ผู้ร่วมวิจัย โดยเปิดเวทีให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อหาข้อมูลปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำผลการสะท้อนมาวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติตามวงจรการวิจัยในระยะต่อไป และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีการประเมิน และสรุปผลในภาพรวมอีกครั้ง เพื่อแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) การประเมินกระบวนการ และ (2) การประเมินผลลัพธ์ รายละเอียด ดังนี้

1) การประเมินกระบวนการ จากการสังเกตการมีส่วนร่วม และการแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) การประเมินผลลัพธ์ โดยใช้แบบสอบถาม แล้วเปรียบเทียบก่อนหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

2.1) ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

2.2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

2.3) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

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

3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเป้าหมายในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 4 ส่วน

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ (สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

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 โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ และ

กำหนดคะแนนสำหรับข้อความเชิงบวก ดังนี้ เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และข้อความเชิงลบกำหนดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม (Best, 1977) ตามลำดับ โดยแปลความหมายดังต่อไปนี้

ระดับความเชื่อที่ถูกต้องน้อย คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 39.59 คะแนน)

ระดับความเชื่อที่ถูกต้องปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 80 (39.60 - 52.80 คะแนน)

ระดับความเชื่อที่ถูกต้องมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (52.81 - 66.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ และกำหนดคะแนนสำหรับข้อความเชิงบวก ดังนี้ เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และข้อความเชิงลบกำหนดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม (Best, 1977) ตามลำดับ โดยแปลความหมายดังต่อไปนี้

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 14.40 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 80 (14.41 - 19.20 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องมาก ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (19.21 - 24.00 คะแนน)

3.5.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการรับรู้การเตือนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้

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

ตอนที่ 2 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง (12 ข้อ)

3.5.4 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับ อสม. และกลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเหนือเมืองมีประเด็นคำถามดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (15 ข้อ)

ตอนที่ 2 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (10 ข้อ)

ตอนที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (10 ข้อ)

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

3.6 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมา กำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่า ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นจากทางผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัย พิจารณาใช้สูตรการคำนวณ Rovinelli & Hambleton (1977)

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและ ครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

$$\text{จากสูตร } IOC = \frac{[\sum R]}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามคำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งตามสูตรการคำนวณของ Rovinelli & Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัย กำหนดค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการ ศึกษาครั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ถือว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อ คำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะพิจารณาสร้างปรับแก้ไขหรือสร้างข้อคำถามเพื่อให้ สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ถือว่ามีความถูกต้องและ มี ความตรงในเนื้อหา

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับ พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ซึ่ง

เป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอย่างน้อยที่สุดไม่ควรต่ำกว่า 0.70 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายวิธีร่วมกัน ในการตอบคำถามการวิจัย ที่มีความถูกต้อง ครบคลุม และมีความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยมากที่สุด โดยมีวิธีการ ดังนี้

3.6.1 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะที่ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ตามบริบท และสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ โดยทำการสังเกตพฤติกรรม กิจกรรมของคนและความสัมพันธ์ของคนในเหตุการณ์ที่เลือกสังเกต

3.6.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth Interview) เป็นการถาม หรือพูดคุยอย่างมีเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนดกว้าง ๆ ในเรื่องจะทำเรื่องหนึ่งที่สนใจกับผู้ร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการดูแลหรือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.6.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการพูดคุยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถูกจัดขึ้นมาเพื่อการสนทนาหรืออภิปรายกันโดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะเจาะจงเพื่อหาข้อมูลที่ต้องการตรงประเด็น สำหรับตอบคำถามการวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (ชาย โพธิ์สิตา, 2547)

3.6.4 การบันทึกการสังเกต เป็นการจดบันทึกข้อมูลเรื่องราวต่าง ๆ ที่นักวิจัยเขียนขึ้นอย่างเป็นระบบ ระหว่างการเก็บข้อมูลใน เป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นที่นักวิจัยต้องทำควบคู่กับการสังเกตและการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย การจดบันทึกข้อมูลตามที่เป็นจริงที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์การสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัยจากเหตุการณ์ที่พบและเกิดขึ้นในแต่ละครั้ง โดยทำการระบุสถานที่ วัน เดือน ปี วัตถุประสงค์ รายชื่อ รายละเอียดต่างๆ ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการวิจัย โดยมีอุปกรณ์ ได้แก่ กล้องถ่ายรูป และเครื่องบันทึกเสียง

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลที่ต้องการศึกษาที่สามารถวัดค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือจำนวน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) แล้วนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบสรุปผล แล้วนำเสนอข้อมูลวิเคราะห์แล้วออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

3.9.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

3.9.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

3.9.1.2 สถิติที่ใช้สถิติ Paired Sample T-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.9.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความหมายของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายโดยสรุปเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

3.10 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน กระบวนการวิจัย โดยให้ความสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความเคารพในบุคคลใช้หลักเอกสิทธิ์ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวสิทธิส่วนบุคคลรวมถึงการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจในการให้ข้อมูล 2) ในการป้องกันผลกระทบที่เกิดกับผู้เข้าร่วมวิจัย และเพื่อเป็นไปตามเงื่อนไขด้านจริยธรรมวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่

รับรอง 202-131/2566 รับรองวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 หมดอายุวันที่ 29 พฤษภาคม 2567 จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

3.10.1 ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ที่ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยการสมัครใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพ หรือการบันทึกเสียง และผู้วิจัยจะไม่กระทำการใด ๆ ที่ขัดต่อกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.10.2 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ 1). กลุ่มกลุ่มเสี่ยงสูง 2) กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดำเนินการวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่ก่อให้เกิดอันตราย รวมทั้งระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาดต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3.10.3 ข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ซึ่งใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำการนำเสนอในภาพรวมและนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริง

3.10.4 ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวและไม่เข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้จะไม่มีการบังคับ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นสังเกต (Observation) และ 4) สะท้อนผล (Reflection) ตามแนวคิด P-A-O-R ของแคมมิส และแมคแม็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ผลการวิจัยจะนำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 สถานการณ์และบริบทของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

4.1 สถานการณ์และบริบทของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

การศึกษาสถานการณ์และบริบทของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จากการใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และบันทึกสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหา อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง และมีการวางแผนเชิงปฏิบัติการ และกำหนดโครงการเพื่อปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

พื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เป็นเขตพื้นที่ปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลเก็ง ประกอบด้วย 14 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น 9,923 คน ชาย 4,787 คน หญิง 5,136 คน โดยมีผู้ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) จำนวน

ทั้งสิ้น 386 คน ซึ่งมีค่า Risk Score ระดับ 3 - 5 จำนวน 28 คน ร้อยละ 7.25 (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม, 2566)

การศึกษารุ่นนี้ เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่ชัดเจนในพื้นที่ ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในกลุ่มเสี่ยงสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อย (MEAN = 7.18, SD = 1.19) มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับน้อย (MEAN = 1.44, SD = 0.67) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย (MEAN = 1.54, SD = 0.417) จาก การศึกษานำร่องดังกล่าว ทำให้ได้ทราบถึงสภาพปัญหา เหตุผลและปัจจัยสาเหตุปัญหาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม เพื่อทวนสอบข้อมูล โดยสนทนากลุ่มตามประเด็น สมาชิกกลุ่มมาจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เป็นแกนนำชุมชนหรือเป็นผู้บทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล รายละเอียดผลการศึกษาข้อมูล สรุป ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ ศึกษาเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน

ผลการสนทนากลุ่ม แกนนำได้เสนอความคิดเห็น รวมทั้ง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหา และ ความต้องการในชุมชน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงในเชิงเหตุผล ของปรากฏการณ์ปัญหาโรคหลอดเลือด สมองยิ่งขึ้น แกนนำมีมติเกี่ยวกับการวางแผนและปฏิบัติการแก้ปัญหา โดยแบ่งเป็น 1) การดำเนินการ ในระดับชุมชน 2) ดำเนินการในกลุ่มเฉพาะ โดยที่เป็นผู้ช่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วม โครงการ ขอให้ศึกษาข้อมูลและปฏิบัติการแก้ปัญหา ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลผลการศึกษาขั้นต้นไปนำเสนอให้เห็นภาพรวม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาในผู้ช่วยกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลแก้ง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 28 คน โดยใช้ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง 4) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

ผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 67.90 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.60 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท / เดือน / ครอบครัว ร้อยละ 78.60 ซึ่งรายได้มาจากบุตรหลานที่ไปทำงานรับจ้าง ค่าขาย จากการสัมภาษณ์ บุคคลในพื้นที่ พบว่า มีบางครอบครัวที่มีภาระหนี้สิน คือ เมื่อรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายจะไปกู้ยืม เงินจากกองทุนต่าง ๆ ในหมู่บ้าน อีกทั้งยังไปกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงิน และกู้ยืมนอกระบบ รายละเอียดแสดงในตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (n = 28)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	4 (14.3)
หญิง	24 (85.70)
อายุ	
41-50 ปี	9 (32.10)
51-60 ปี	19 (67.90)
Mean = 54.54, Median = 54, Min = 40, MaMean = 60	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	21 (75.00)
มัธยมศึกษา	6 (21.4)
อนุปริญญาขึ้นไป	1 (3.6)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	6 (21.40)
เกษตรกร	14 (50.00)
ค้าขาย	5 (17.90)
รับจ้าง	3 (10.16)
สถานภาพสมรส	
โสด	6 (21.40)
คู่	22 (78.60)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	
0-5,000 บาท	22 (78.60)
5,001-10,000 บาท	1 (3.60)
10,001-15,000 บาท	5 (17.90)

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าดัชนีมวลกายเกิน (23.01-25.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 32.10 ขนาดรอบเอวเกิน (เพศหญิง > 32 นิ้ว, เพศชาย > 36 นิ้ว) ร้อยละ 32.10 มีประวัติพี่น้องสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.70 ระดับความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ (>140/90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 7.10 ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย พบว่า ระดับน้ำตาลจากหลอดเลือดฝอยควบคุมไม่ดี (>150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร้อยละ 3.60 การได้รับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เคยได้รับ ร้อยละ 100 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 57.10 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (n = 28)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย	
เหมาะสม (18.01-23.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	17 (60.70)
เกิน (23.01-25.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	9 (32.10)
อ้วน (>25.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	2 (7.10)
ขนาดรอบเอว	
เหมาะสม (เพศหญิง < 32 นิ้ว, เพศชาย < 36 นิ้ว)	19 (67.90)
เกิน (เพศหญิง > 32 นิ้ว, เพศชาย > 36 นิ้ว)	9 (32.10)
มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ไม่มี	21 (75.00)
มี	3 (10.70)
ญาติชายเป็นโรคอายุ < 55 ปี	1 (3.60)
ญาติหญิงเป็นโรคอายุ < 65 ปี	2 (7.10)
เป็นโรคในญาติชาย > 55 ปี และหรือหญิง > 65 ปี	1 (3.60)
ระดับความดันโลหิตสูง	
ควบคุมได้ (<140/90 มิลลิเมตรปรอท)	26 (92.90)
ควบคุมไม่ได้ (>140/90 มิลลิเมตรปรอท)	2 (7.10)

ตาราง 3 ตารางข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (n = 28) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้ำตาลจากหลอดเลือดฝอย	
ควบคุมดี (80-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	26 (92.90)
พอใช้ (121-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	1 (3.60)
ควบคุมไม่ดี (>150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	1 (3.60)
การเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ไม่เคยได้รับ	28 (100.00)
เคย	16 (57.10)
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2 (7.10)
-ญาติ/เพื่อนบ้าน	8 (28.60)
- อสม.	2 (7.10)
- วิทยุ	

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 88.50 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์การสังเกต และการสนทนากลุ่มสะท้อนว่า แม้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะมีความรู้ระดับสูง แต่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก็ไม่ใส่ใจ ในการปฏิบัติ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ดีแต่ยังขาดความตระหนักในการรับรู้และปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่เกิดกับตัวเองหรือคนใกล้ชิด ดังคำพูด

"ผมว่า คนป่วยเบาหวานความดันที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรู้ดีว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสาเหตุได้ แต่ปฏิบัติตาม คิดว่ามันบ่เกิดหรอก คนเฮาดี ๆ อยู่ สีเป็นโรคได้จั่งได้ มันเป็นจั่งซีหะ ขึ้นบ่เกิดกับเจ้าของ บ่ย่านหรือกรับ" (อสม., วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

ผลการศึกษาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 39.30 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 และ ระดับต่ำ 7.10 ตามลำดับ ถึงแม้จะมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคไม่ถูกต้อง โดยเชื่อว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ อีกทั้งยังเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

"ผมกะคิดว่าตัวเองกะเสี่ยงคือกัน ปู่อยู่บ้านกะเป็นอัมพาต เพ็นสูบยาหลาย สูบมานต่อมวนเลย ผมแองเป็นโรคความดันสูง แองจะเสี่ยงกว่าสายพันธุ์คือปู่คือย่าอีก" (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังคำพูด

"การที่เฮาป่วยเป็นโรคความดัน กะเสี่ยงต่อการเป็นโรคแนวอื่นอีกเانهะ ถ้าบ่ปฏิบัติตามที่หมอบอก เช่น การกินยา การออกกำลังกาย กินอาหารรสจืด ช้นเอ็ดได้คักกะผมว่า" " (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาจทำให้พิการ หรือถึงแก่ชีวิต แต่ผู้ป่วยกลุ่มเสียงบางคนก็ยังไม่ตระหนัก จนกว่าจะเกิดปัญหากับตนเอง เกิดความพิการตามมา ดังคำพูด

"โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตนี้ ถ้าเป็นแล้วบ่ตาย กะพิการ พอเห็นคนในคุ่มเป็น คนที่เพ็นป่วยเป็นโรคนี้ เพ็นบ่ค่อยกินยา ดื้อ คั้นเว้าสู่ฟังกะว่าเฮาสอน เพ็นกะเลยเป็นจั่งซีละ" (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อน การเห็นความสำคัญของสุขภาพ และเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับฟังมา ดังคำพูด

"คนป่วยจ้ะแม่นี้เนาะ แม่กะบ่ได้เอ็ดหยั่งหลาย เอ็ดตามหมอบอก เอ็ดตาม อสม. เพื่อนกะไปมาด้อยู่ พอได้ไวกัน น้ำตาลในเลือดแม่กะปกติ ความดันกะดี แม่บ่ต้องการหยั่งหลายดอก ขอให้ยู่ดีมีแฮงกะพอแล้ว" (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ยังมีชาวบ้านที่ไม่สามารถจัดการอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม ทำให้การไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลล่าช้า สำหรับคนที่ไปทันเวลา มักเป็นผู้มีความรู้ และรับรู้ประโยชน์หากไปพบแพทย์ทันเวลา ดังคำพูด

"แม่เคยเห็นคนข้างบ้านมีอาการปากเบี้ยวข้างขวา เว้าบ่ซัด เมียเพื่อนมีความรู้ เพื่อนรีบพาไปโรงพยาบาลทันที ต่อมา 2-3 มื้อ กะออกจากโรงบาล เพื่อนกลายมาเป็นปกติ คือเพื่อนปร่อนนรอนี้กะไปรักษาเลย หมออยู่โรงพยาบาลบอกว่า แบบนี้ดีคัก ฮู้วิธีการก่อนสียาย เมียเพื่อนมาเว้าสู่ฟังกะแมนอยู่ดี อีกคนนึ่ง แม่เห็นตา โรคคือกันนี้ละเพื่อนไปหาหมอธรรม พากัน ไปบิ๊ปไปนวดเป็นมือสองมือพันละจ้งไปโรงพยาบาล คือเพื่อนบ่เข้าใจว่า ไปหาหมอไวกที่สุดสิแก้ไขได้ คั่นสิว่าแล้วกะคือเพื่อนบ่มีความฮู้โรค" (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนปัญหาอุปสรรคที่ยังคงมี เนื่องจาก การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับแบบแผนที่ไม่เคยชิน การเป็นภาระของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ศึกษา อสม. เป็นกลุ่มแกนนำสำคัญที่ช่วยแบ่งเบา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ อุปสรรคข้างต้นลดน้อยลง ดังคำให้สัมภาษณ์ ที่ว่า

"พอว่าการกินยา ไปตรวจตามนัด กินอาหารจิตตามที่หมอบอกนี้ บางครั้งกะเฮ็ดยาก แต่กะต้องเฮ็ด บางครั้งกะคิดเสียว่าเป็นหน้าที่ของเฮาเนาะ แต่บางครั้งบ่มีคนว่างพาไปตรวจตามนัดกะบอก อสม. มาวัดความดันให้แล้ว อสม.เพื่อนกะไปเอายาที่อนามัยมาให้ โดน ๑ เพื่อจ้งได้ใช้เพิ่นดอกคั่นลูกติดธุระพุ่นละ" (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่า ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากวิธีการเก็บที่หลากหลาย ยังมีความแย้งกัน นั่นคือ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อจากแบบสอบถามนั้น แม้จะมี

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อในระดับที่ปานกลาง แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่า ประชาชนแม้มีความรู้มีการรับรู้ในระดับสูง แต่เมื่อนำมาปฏิบัติจริงไม่สามารถทำได้ ซึ่งสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น การมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการจัดการอาการเตือนของโรค การรับรู้ตามความเชื่อด้านไสยศาสตร์ ซึ่งเป็นวิถีของประชาชนในชุมชนที่ถือเป็นการเชื่อส่วนบุคคลที่ได้รับรู้ และมีการปฏิบัติตามแบบอย่างที่ดีสืบทอดต่อ ๆ กันมา

ผลการศึกษาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาปฏิบัติตัวระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.1 ตามลำดับ

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบางคนไม่มีการควบคุม และ ใส่ใจในรสชาติของอาหารมากกว่า แม้จะรู้ว่าเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนดังเช่น

"ผงซุส หรือรสดี ถ้าบใส่ในอาหารจะรู้ทันทีว่าอาหารบ่ถูกปาก กินจั่งได้กับแชบ แม้รู้ว่าลูกสิบใส่แม่กะใส่ตอนกินนั้นละ" (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

"บางครั้งแม่รู้ว่าอาหารที่กินเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก แต่แม่กะต้องกินเพราะว่าลูกซื้อมาจากตลาด ชันสิมาเฮ็ดเอง ลูกกะบมีเวลา หละกะสิ้นเปลืองซื้อ ๆ " (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

"อาหารที่มีรสหวาน หมอบอกให้กินน้อย ๆ แม่กะรู้แต่มันอดบ่ได้ จ้งหน้าบักม่วง บักขามหวานจ้งซี้ กะอดบ่ได้" (กลุ่มเสียงสูง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

จากการสนทนากับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงขึ้น จากอัตราอุบัติการณ์และอัตราความชุกของโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในหลอดเลือด รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึง สะท้อนภาระงานบริการที่ล้นมือเมื่อเปรียบเทียบกับอัตรากำลังที่มีน้อย การจัดบริการสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นไปตามนโยบาย โดยเน้นที่

การคัดกรอง การให้ความรู้ในคลินิกที่ให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตามนัด และ การส่ง อสม. ไปรับการอบรมตามโครงการที่จัดโดยหน่วยบริการระดับสูงขึ้นไป ดังคำให้สัมภาษณ์

"การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน รพสต. ของเรานั้น เรามีการป้องกันอยู่แล้ว โดยเจ้าหน้าที่ของเราจะให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจบริการทุกครั้ง และ รพสต. ของเราก็มมีการให้อสม. ไปอบรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่อำเภอประจำเมื่อมีการจัดอบรม" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็ง, วันที่ 6 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

สรุปผลการศึกษาสถานการณ์และบริบทข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคแต่ขาดความตระหนัก สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองบางคนที่มีความรู้ไม่เพียงพอขาดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และมีความตระหนักเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วไม่สามารถจัดการอาการเตือนได้ทันเวลา จนทำให้เกิดความพิการตามมา อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ไม่เห็นความสำคัญของโรค ประชาชนรับรู้ว่าจะส่งผลต่อความรุนแรงและความพิการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ หากไม่มีการวางแผนในการป้องกันตั้งแต่เนิ่น ๆ หลังการประชุมกลุ่มแกนนำทุกท่านได้เห็นความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัย ร่วมกับกลุ่มแกนนำจึงได้วางแผนนัดหมาย ในวิธีการแก้ปัญหาโดยการทำงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่รูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้ในพื้นที่เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ต่อไป

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

การศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ตามที่ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกัน และดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้แทนแต่ละภาคส่วนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาในพื้นที่ ดังนี้

1. ตัวแทนภาคประชาชน โดยเชิญผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล เนื่องจากบุคคลดังกล่าว เป็นกลุ่มแกนนำหลักด้านสุขภาพ ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ และเคยเห็นผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อนำสิ่งที่ได้รับรู้จากการทำกิจกรรมไปถ่ายทอดให้ผู้ป่วย ผู้ที่มีความเสี่ยง และประชาชนทั่วไปได้รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น

2. ตัวแทนภาคท้องถิ่น โดยเชิญผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งบุคคลดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่บำบัดทุกข์ บำรุงสุขของทุกคนในหมู่บ้าน พร้อมทั้งเป็นตัวแทนของกระทรวงมหาดไทย เป็นผู้ปกครองผู้ดูแลความ

ปลอดภัย แก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน ได้แก่ 1) เป็นผู้นำที่คอยดูแลเอาใจใส่ ยึดถือความเป็นธรรมและดูแลความเรียบร้อย ความปลอดภัย 2) ประสาน และอำนวยความสะดวกแก่ราษฎรในหมู่บ้าน 3) เป็นผู้รับฟังปัญหา และความเดือดร้อน ความทุกข์ ความสุข เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

3. อสม. มีบทบาทหน้าที่ เป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง อสม. จะคอยให้คำปรึกษา และการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน อสม. ได้รับการยอมรับจากประชาชนว่าเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในชุมชน และยังมีหน้าที่แจ้งข่าวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และยังเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

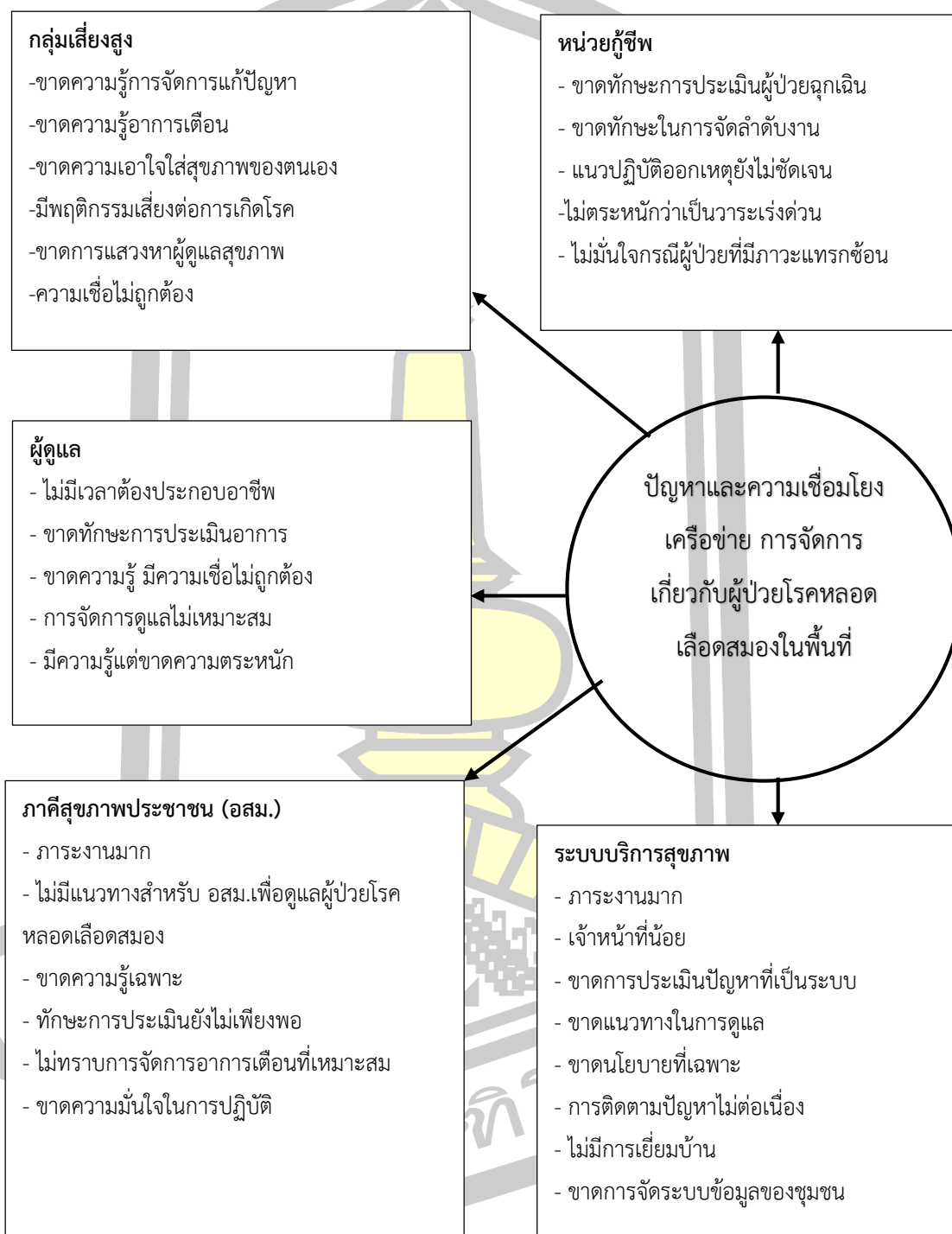
4. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ โดยเชิญเจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล ซึ่งบุคคลดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่เป็นบุคลากรด่านหน้า จะเป็นบุคคลแรกที่พบผู้ป่วย จำเป็นต้องมีความรู้ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ ซึ่งกู้ชีพประกอบด้วย 1) พนักงานขับรถ ต้องผ่านการอบรมการขับรถ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 2 คน ซึ่งได้ผ่านการอบรมในการดูแลรักษาเบื้องต้น และการเคลื่อนย้าย ซึ่งเจ้าหน้าที่กู้ชีพเป็นศูนย์กลางในการนำผู้ป่วยส่งต่อไปสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถือเป็นแกนนำสำคัญที่จะประสานความร่วมมือในชุมชน โดยในระยะก่อนดำเนินการวิจัย ได้ทำหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น และได้นำเสนอให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยภายหลังดำเนินโครงการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนดบทบาทของตนเองได้ชัดเจนขึ้น มองเห็นสภาพปัญหา และประสานงานกับชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยสนับสนุนด้านองค์ความรู้ แนวทางการเขียนโครงการเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ชัดเจน เหมาะสมกับสภาพชุมชน รวมทั้งติดตามเยี่ยม และติดตามงานจาก อสม. ที่เกี่ยวข้องตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ

กระบวนการดำเนินกิจกรรมในการวางแผนเป็น ดังนี้

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ บริบทชุมชน ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รวบรวมในระยะแรก เพื่อเป็นการทวนสอบข้อมูลร่วมกัน หลังจากการรับฟังกลุ่มเป้าหมาย โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น จนทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ ทั้งนี้ การแสดงความคิดเห็นตามประสบการณ์ของแต่ละคนช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์และเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีออกไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งผลการสรุปปัญหาหลัก ๆ ที่มีในพื้นที่ตำบลเก็ง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากและปฏิบัติตัวยังไม่เหมาะสม 2) ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคดี แต่ไม่มีความตระหนักเพราะไม่ได้เกิดกับตนและคนใกล้ชิด 3) ไม่รู้ว่าเมื่อมีอาการเตือนแล้วจะจัดการ

อย่างไร จากผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการอภิปรายอย่างกว้างขวาง ทำให้ได้ข้อสรุป ปัญหาและ
เครือข่ายกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการจัดการ ที่จะนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมในระยะต่อไป ซึ่งแสดงดัง
ภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ปัญหาและความเชื่อมโยงเครือข่ายการจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

จากการดำเนินกิจกรรม เพื่อวิเคราะห์หาแนวทาง วิธีการดำเนินการแก้ปัญหา โดยการแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อทำการสนทนากลุ่มรวม 3 กลุ่ม ผลการทำกิจกรรม สรุปเป็นภาพรวม แขนงนำเห็นด้วยว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาของพื้นที่ จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการกำหนดกิจกรรมร่วมกัน คือ แผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง และแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในแกนนำชุมชนแสดงดังตาราง 4 และตาราง 5

ตาราง 4 แผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเวลา
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมาก และปฏิบัติตัวยังไม่เหมาะสม	1.หลังการอบรม ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เพิ่มขึ้น 2.หลังการอบรม ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดีขึ้น 3.หลังการอบรม ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น	1. จัดอบรมให้ความรู้ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1.1 ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.2 พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ 1) พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร งดอาหารรสเค็ม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้ลดอาหารประเภทแป้ง ผลไม้ที่มีรสหวาน และเพิ่มผัก หรือผลไม้ที่มีรสจืดแทน 2) พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก แนะนำอาหารอีสานที่มีไขมันน้อย และให้เติมเครื่องปรุงรสลงครึ่งหนึ่งจากที่เคยปรุง เพิ่มการรับประทานผัก 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้วยการบรรยายและฝึกปฏิบัติ การเดินแก่งแขน /เดินเร็ว และออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้ ได้แก่ รำวง และแอโรบิค	ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย	20 มิ.ย.66

ตาราง 4 แผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเวลา
		4) พฤติกรรมการจัดการความเครียด		
		5) พฤติกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
		2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้		
		ประสบการณ์การปฏิบัติ ด้วยการประเมินพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของตนเองทั้งที่ปฏิบัติได้ และไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้		
		1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง		
		ทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม การปรุงอาหาร และการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารรสหวานจัด รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมัน และคอเลสเตอรอลสูง		
		แบ่งกลุ่มละ 12 คน และให้เลือดเขียนอาหารที่ปรุงสำเร็จ รวมทั้งวิธีการปรุงอาหารกลุ่มละ 1 อย่าง		
		2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ให้แต่ละกลุ่มเขียนการออกกำลังกายที่เคยปฏิบัติ		
		3) พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินให้ทบทวนการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่		

ตาราง 4 แผนการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเวลา
		4) พฤติกรรมการจัดการความเครียด ทบทวนการจัดการความเครียดที่ เผชิญอยู่		
		5) พฤติกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์		
		6) พฤติกรรมการควบคุมบุหรื		
		3. อภิปรายกลุ่มใหญ่เกี่ยวกับอาการ เตือนโรคหลอดเลือดสมองและการ ป้องกันการเกิดโรค โดยผู้วิจัย สะท้อนคิด		

ตาราง 5 แผนการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในแกนนำชุมชน

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเวลา
ประชาชนและ กลุ่มเสี่ยงมี ความรู้ เกี่ยวกับโรคตี แต่ไม่มีความ ตระหนัก เพราะไม่ได้ เกิดกับตน และคนใกล้ชิด	ประชาชนและ กลุ่มเสี่ยงมี ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือด สมอง สามารถ จัดการอาการ เตือนโรคหลอดเลือด สมองได้ อย่างเหมาะสม	1. ผู้วิจัยจัดอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับอาการเตือน การ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2. อสม.กระตุ้นเตือนโดย การติดตามเยี่ยมให้ คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ใน รายที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูง	ผู้วิจัย -แกนนำ (ผู้ใหญ่บ้าน อสม. กู้ชีพ) -ประชาชน	20 มิ.ย.66

ตาราง 5 แผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในแกนนำชุมชน (ต่อ)

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเวลา
		3. จัดกิจกรรมให้แกนนำได้มี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่เพื่อให้เกิดเครือข่าย ความรู้ และให้กลุ่มเป้าหมาย ได้อภิปรายในกลุ่มเพื่อแสดง ความคิดเห็นและสะท้อนคิด		

อย่างไรก็ตาม ในระยะการวางแผน ผลการอภิปรายอย่างกว้างขวางในช่วงสุดท้าย ที่ประชุมกลุ่มแกนนำมีความมั่นใจ เกี่ยวกับการออกแบบกิจกรรมการแก้ปัญหาการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่มีการดำเนินการ 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง นั่นคือ กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด 2) การจัดการแก้ปัญหาดำเนินการโดยแกนนำในชุมชนร่วมกัน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องจากปัญหาโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถดำเนินการป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพหากอาศัยเฉพาะเจ้าหน้าที่ และการแก้ปัญหาควรจัดกิจกรรมในกลุ่มแกนนำ และผู้ที่มีบทบาทในชุมชนที่กว้างขวางมากขึ้น ไม่เน้นเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองตามตารางที่ 4.3 และแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในแกนนำชุมชนตามตารางที่ 4.4 รายละเอียดการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติการสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสามารถจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นที่ การแจ้งเหตุทาง 1669 ได้ทันเวลา

การดำเนินกิจกรรม : โดยการจัดกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการบรรยาย โดยใช้สื่อด้วยการเปิดวิดีโอทัศน์ ผู้วิจัย และแกนนำได้ดำเนินการจัดกิจกรรม ในวันที่

20 มิถุนายน 2566 เวลา 10.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง
อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ดังกิจกรรม ต่อไปนี้

1) กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแล โดยการบรรยาย ดังนี้

- 1.1) ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
- 1.2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ด้วยการบรรยายภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับ
โซเดียมที่ได้รับในแต่ละวัน ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น แกงหน่อไม้ส้ม ปลาต้ม เป็น
ต้น ยกตัวอย่างฉลากเครื่องปรุงอาหาร ซองขนม โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฝึกรับฉลาก เพื่อเลือกบริโภค
ได้อย่างถูกต้อง เค็ม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้ลดอาหารประเภทแป้ง ผลไม้ที่มีรสหวาน และเพิ่มผัก
หรือผลไม้ที่มีรสจัดแทน
- 1.3) พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ด้วยการบรรยายของผู้วิจัย การรับประทานอาหาร
อาหารพื้นบ้านที่มีไขมันน้อย เพิ่มปริมาณผักในอาหารแต่ละมื้อ และลดปริมาณคาร์โบไฮเดรต พร้อม
ภาพตัวอย่างประกอบ
- 1.4) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้วยการบรรยาย และฝึกปฏิบัติการเดินแกว่ง
แขนเดินเร็ว และออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้ ได้แก่ รำวง และแอโรบิค
- 1.5) พฤติกรรมการจัดการความเครียด แนะนำให้ทำสมาธิ หายใจเข้าออกยาว ๆ
ทำบุญตักบาตร และออกกำลังกาย
- 1.6) พฤติกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการบรรยายปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมโดยการดื่มให้น้อยลง ไม่ดื่มแก้เหล้า เลือกดื่มน้ำและหาเวลาพักผ่อนแทน และเปลี่ยน
ขนาดแก้วให้เล็กลงพร้อมดื่มควบคู่กับน้ำเปล่า
- 1.7) พฤติกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ คือ
หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีบุหรี่ ดื่มน้ำอุ่นตอนเช้า 2 แก้ว บ่าย 2 แก้ว เมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ให้ฝึกลึก
หายใจเข้าลึก ๆ 3-4 ครั้ง และจิบน้ำทีละนิด แล้วค่อย ๆ กลืน

2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเล่าเกี่ยวกับ อาการของโรค
หลอดเลือดสมอง ที่เคยปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้านการ
บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คาเฟอีน ด้านการจัดการความเครียด และด้านการสูบบุหรี่

ผลการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินกิจกรรม มีการตอบแบบสอบถามภายหลังการให้ความรู้
นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรค
หลอดเลือดสมองมากขึ้น และมีความมั่นใจในการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ดังคำพูด

"คิดว่าการจัดให้ความรู้แบบนี้ดีหลายคัก เฮ็ดให้เฮามีความฮู้ แล้วฮู้ว่าเฮียะจังได้ เมื่อมี อาการผิดปกติ เฮียะจังได้ จังสืบเป็นหล่อย" (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, วันที่ 20 มิถุนายน 2566; สันทนา กลุ่ม)

เป็นที่สังเกตว่า การจัดกิจกรรมดังกล่าวสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแล ทำให้เกิดการ ตื่นตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพราะผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้กลุ่มรับรู้ถึงความ รุนแรงของการเกิดโรค และสิ่งสำคัญคือ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ทั้งนี้ กลุ่มมีความคิดเห็นว่า การ ปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงนั้นมีข้อจำกัดสำหรับบางราย ที่ไม่มีผู้ดูแล มีปัญหารายได้ มีข้อจำกัดด้านเวลา เป็นต้น

2. การปฏิบัติการระดับชุมชนเพื่อจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ

เป้าหมาย : กลุ่มแกนนำมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในการจัดการ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเฝ้าระวัง และจัดการอาการเตือนของโรคได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรม : โดยการจัดกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองด้วย การบรรยาย และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีเพื่อพัฒนาความรู้ในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยและกลุ่มแกนนำได้จัดขึ้นในวันที่ 20 มิถุนายน 2566 เวลา 13.00 - 15.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็ง ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จ.ยะลา จังหวัด ยะลา ดังกิจกรรมต่อไปนี้

1) ให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำ โดยการเกี่ยวกับ ปัจจัย สาเหตุ การเกิดโรค การ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และแนวทางการแจ้งเหตุทาง 1669 โดยในกลุ่มนี้ เน้นเรื่อง การจัดการ แก่ปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อมีประชาชนมีอาการเตือนที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ การออก ปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเจ้าหน้าที่กู้ชีพ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของตนเอง ทั้งที่ปฏิบัติได้ และไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม การปรุงอาหาร และการเลือก ซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารรสหวานจัด รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมัน และคอเลสเตอรอลสูง 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก 4) พฤติกรรมการจัดการความเครียด 5) พฤติกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) พฤติกรรมการควบคุมบุหรี่

2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่มีเพื่อพัฒนาเครือข่ายความรู้ และ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการรักษาเบื้องต้น

3) การติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

3.1 การกระตุ้นเตือนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจะติดตามออกเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และคอยติดตามสอบถามพฤติกรรม

3.2 การให้ความรู้ที่บ้านหลังจากอบรมเสร็จ 1 สัปดาห์ อสม. จะดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับผู้วิจัย

ผลการดำเนินงาน

กลุ่มแกนนำมีความรู้ และสามารถจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและมีความมั่นใจในการประเมินอาการ และการแจ้งเหตุทาง 1669 สามารถเฝ้าระวังในชุมชนได้ดังคำพูด

"เมื่อก่อนปู้ว่า อาการของโรคเป็นจั่งได้ อาการที่เกิดแบบได้จั่งไปโรงพยาบาล ไปนี้จั่งสิเอ็ดจั่งได้ บาดนี้รู้แล้วว่าอาการจั่งต้องไปโรงพยาบาล กตโร 1669 กู้ชีพตำบลเขาได้ตลอด" (ผู้นำชุมชน, วันที่ 20 มิถุนายน 2566; สัมภาษณ์)

"มีการให้ความรู้แบบนี้ดีคัก ทุกคนรู้ได้ต้นโต ได้ระวังโตไว้ คนที่พบเห็นกะได้รู้ว่า สิเอ็ดจั่งได้สิป้องกันได้ขึ้น เขาทุกคนให้ความสำคัญ หมู่บ้านของเฮาบ่อมีคนพิการหลายขึ้นกะบาดนี้ละ" (อสม., วันที่ 20 มิถุนายน 2566; สังเกตการณ์)

ในการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ มีการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน ตลอดกระบวนการปฏิบัติการผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติร่วมกัน โดยยึดขั้นตอนต่าง ๆ ตามกรอบของวิจัยเชิงปฏิบัติ ทั้งนี้ มีการประเมินผลเป็นระยะ ด้วยการ สังเกตและการสะท้อนการปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องกันไป โดยผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายที่ร่วมปฏิบัติการมีความเข้าใจ และรับรู้ ว่า อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้กิจกรรมการแก้ปัญหา มีความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ดังนั้น ผลการสะท้อนข้อมูลระหว่างกันจึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเข้าสู่จรรใหม่

3. การปฏิบัติการหลังจากสะท้อนข้อมูล

การปฏิบัติการหลังจากสะท้อนข้อมูล และปรับเปลี่ยนจากปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยร่วมกับแกนนำ และกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ได้มีการประเมินผลเป็นระยะ และมีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะ อสม. ออกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านไม่ได้ตามเวลา เนื่องจากติดภารกิจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังปฏิบัติไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหารยังต้องซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จจากตลาด เนื่องจากบุตรหลานซื้อมาจากตลาด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและ สะท้อนการปฏิบัติ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2566 เวลา 9.00- 12.00 น. จึงได้ร่วมกันหาแนวทางในการยืดหยุ่นการออกเยี่ยม

โดยสามารถออกก่อน หรือหลังวันที่กำหนดในตาราง และ ได้มีการสาธิต อาหารพื้นบ้านที่ได้ และการ
 ประชุมโดยให้สดเกลือ หรือเครื่องปรุงรสลงครึ่งหนึ่ง จากที่เคยปรุงอาหาร และผู้วิจัยร่วมกับ อสม. ให้
 ความรู้เพิ่มเติมรายบุคคลที่บ้าน ดังนี้

ตาราง 6 แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
1.กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ได้	1. ติดตามเยี่ยมบ้าน ทุก 1 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรค 2. ติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ อสม. และพยาบาลวิชาชีพ โดยให้ คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงผู้ดูแล และให้มีส่วนร่วมในการร่วม วางแผนในการป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3.พัฒนาศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยในด้านการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กาย งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ 4. ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบลผู้ดูแล และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดการ เรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม เพื่อให้เกิดกำลังใจ และความมั่นใจใน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5. พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6. พูดคุยเพื่อให้กำลังใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล
2.กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้	1. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหา และความต้องการการดูแลช่วยเหลือ 2. ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาเป็นรายกรณี โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมโดยเน้นเกี่ยวกับความรู้ เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ อาการแสดง และความสำคัญของการป้องกันโรค 3. กระตุ้นการปฏิบัติตัว และการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อ ป้องกันการเกิดโรค 4. ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้นำชุมชน อสม. เพื่อให้เกิดกำลังใจในการ ป้องกัน และการปฏิบัติตัว

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

4.3.1 จากการใช้แบบสอบถามวิจัย แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกสังเกต และแบบบันทึกสังเกต การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินการ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยความเพิ่มมากขึ้น ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 7.18 คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 14.32 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีระดับความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ดังตาราง 4.6

ตาราง 7 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลัง ดำเนินโครงการ

ประเด็นความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.71	0.71	5.79	0.42	13.48	<0.001*
อาการเตือนและสัญญาณเตือนโรค	1.75	0.52	5.25	7.41	2.51	<0.001*
การปฏิบัติการป้องกันโรค	1.71	0.54	3.29	0.46	10.53	<0.001*
ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	7.18	1.19	14.32	7.42	5.11	<0.001*

2. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 1.44 คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 2.59 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ดังตาราง 4.7

ตาราง 8 เปรียบเทียบการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ก่อน-หลัง ดำเนินโครงการ

ประเด็นการรับรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		ระดับการรับรู้	
	Mean	SD	Mean	SD	ก่อน	หลัง
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	1.50	0.16	2.82	0.39	น้อย	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.14	0.90	2.66	0.57	น้อย	มาก
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	1.47	0.103	2.57	0.62	น้อย	มาก
อุปสรรคในการป้องกันโรค	1.45	0.11	2.41	0.11	น้อย	มาก
ภาพรวมการรับรู้	1.44	0.67	2.59	0.55	น้อย	มาก
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						

3. การปฏิบัติตัวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.54 คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.44 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ย ของการปฏิบัติตัวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีระดับการปฏิบัติตัวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ดังตาราง 4.8

พญ. ปณ. จิต ชีวะ

ตาราง 9 เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน ก่อน-หลัง ดำเนินโครงการ

ประเด็นการปฏิบัติตัว	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การปฏิบัติตัวการป้องกันโรค	1.54	0.147	2.44	0.12	32.48	<0.001*

จากการประเมินผลลัพธ์ข้างต้น จะเห็นว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งระดับความรู้ ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับการปฏิบัติตัวการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเห็นว่าการที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้นนั้น ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อาจกล่าวได้ว่าการดำเนินงานได้มาซึ่งรูปแบบการพัฒนาในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน มีการประยุกต์ใช้แนวคิดสำคัญ ได้แก่ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นการสนับสนุนให้ภาคีที่เข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการพัฒนาอยู่ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนร่วมกัน การกำหนดกิจกรรมร่วมกัน การปฏิบัติตามแผน การสะท้อนผลการปฏิบัติ การปรับแผนการปฏิบัติ และการประเมินผล หลังจากการปฏิบัติตามแผนได้มีการปรับปรุง และได้แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วม ในกลุ่มเสี่ยงสูง พื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน

ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ร่วมดำเนินการ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ มีดังนี้

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยทุกภาคส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดกระบวนการกลุ่มทำให้ภาคส่วนต่าง ๆ ได้นำประสบการณ์ที่มีอยู่แสดงความคิดเห็นร่วมกัน นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ทุกคนในพื้นที่ปฏิบัติได้ตามบริบทของชุมชนแต่ละบุคคล สอดคล้องกับทักษะความสามารถ และข้อสรุปร่วมกันให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด จำนวน 28 คน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการแจ้งเหตุ มีการตระหนักในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่งและต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่มีรสจืด มีความสนใจในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติ โดยมีผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมวางแผนกิจกรรมร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจ มีความกระตือรือร้นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นำประสบการณ์ที่มีอยู่มาใช้ในการสนทนากลุ่ม วางแผนกิจกรรมร่วมกัน ทำให้มีความมั่นใจเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการรับแจ้งเหตุทาง 1669 ผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เกิดความมั่นใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการเตือน การป้องกันการเกิดโรค และการแจ้งเหตุทาง 1669 ร่วมวางแผนกิจกรรม และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ประสานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้นำชุมชน ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและกระบวนการกลุ่ม ร่วมวางแผนกิจกรรม ผู้นำชุมชนเป็นคนประสานงานระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้แนวทางพัฒนาเป็นแนวทางเดียวกันและต่อเนื่อง

เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล มีการเรียนรู้ร่วมกันกับกลุ่มแกนนำในการออกรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการทำแผนที่บ้าน ทำธงปักที่หน้าบ้าน ทำให้เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบลมีความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือในการปรับแผนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ระบบบริการสุขภาพ องค์กรในชุมชนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้รับรู้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลเก็ง โดยร่วมกันวางแผน ออกแบบบริการร่วมกัน ร่วมพัฒนา และร่วมประเมินผล มีการจัดให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีการจัดแฟ้มประวัติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีการป้องกันที่ยั่งยืนในชุมชน

"การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน รพสต. ของเรานั้น เรามีการป้องกันอยู่แล้ว โดยเจ้าหน้าที่ของเรายกให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจบริการทุกครั้ง การที่คนในชุมชนให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นเรื่องที่ดีอย่างยิ่ง เป็นการนำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่อง ตรงตามบริบทของชุมชน และมีความยั่งยืนอย่างแท้จริง" (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, วันที่ 9 สิงหาคม 2566; สนทนากลุ่ม)

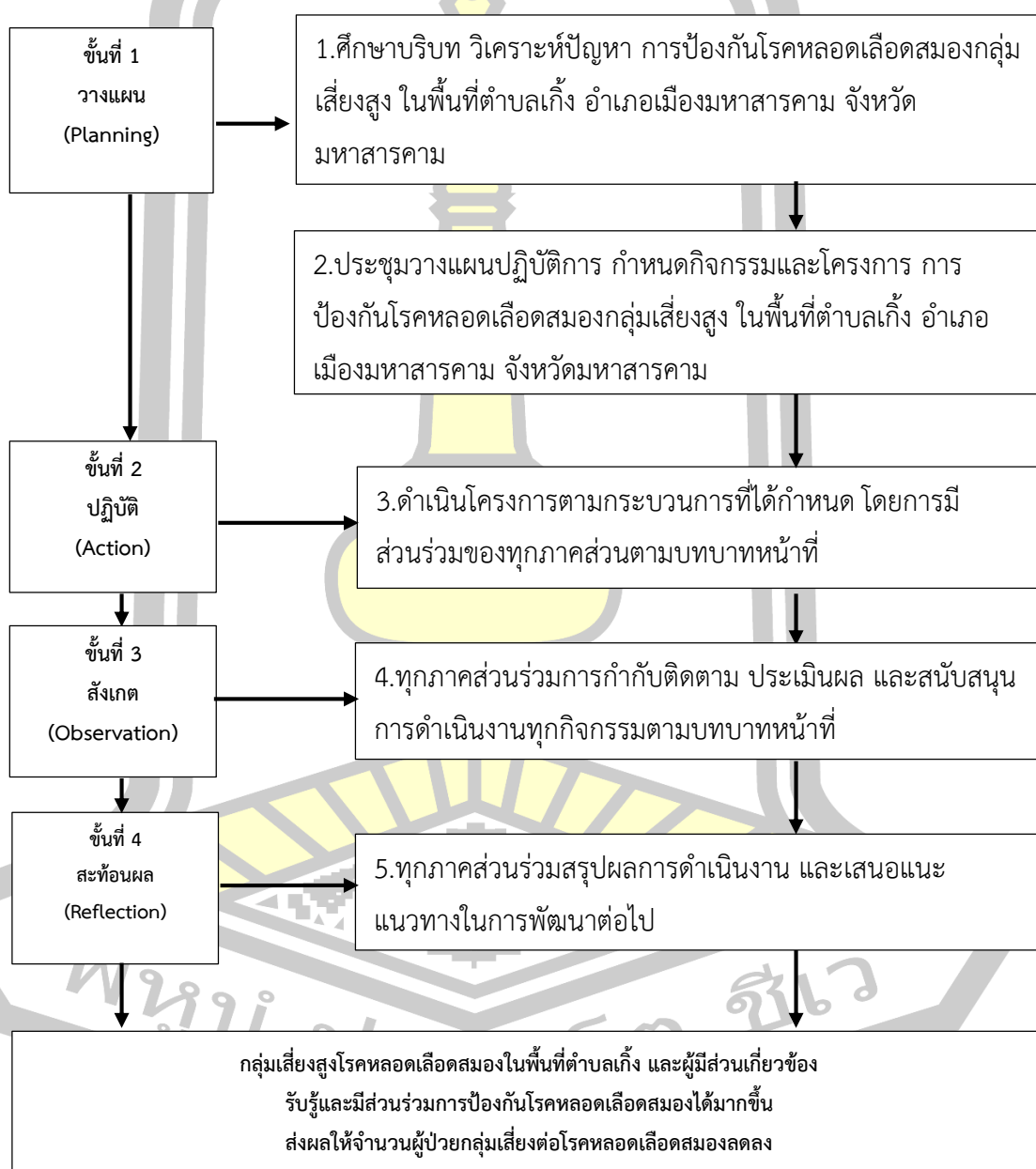
"เมื่อเราก็ได้คุยกันแล้วว่า เราจะทำยังไงให้กิจกรรมแบบนี้เรามีต่อ ๆ ไป ถ้ามันจะมีต่อไปได้มันก็จะเกิดจากพวกเราทุกคนเนี่ยแหละครับ มีตัวอย่างและทุกคนลุกขึ้นมาทำ ลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลง ทุกคนร่วมกัน ทำ คำว่าชุมชนสุขภาพดีมันก็จะเกิดขึ้นมาเอง" (เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล, วันที่ 9 สิงหาคม 2566; สนทนากลุ่ม)

"ฉันดีใจ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้ชุมชนของเขา มีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทุกคนช่วยกัน ดูแลกัน ทุกคนให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ฉันเชื่อว่าทุกคนในชุมชนของเขาต้องปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมอง" (อสม., วันที่ 9 สิงหาคม 2566; สนทนากลุ่ม)

"ฉันในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดีใจหลายค่ะ ต้องขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมมือร่วมใจกัน ช่วยกันดูแลพ่อของฉัน เป็นความปลื้มใจค่ะ อย่างน้อยก็รู้สึกได้ว่าป่ได้สู้กับปัญหาอยู่คนเดียว" (ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, วันที่ 9 สิงหาคม 2566; สนทนากลุ่ม)

"พ่อใหญ่คิดว่าการจัดให้ความรู้แบบนี้ดีหลายคัก เฮ็ดให้เขามีความฮู้ แล้วฮู้ว่าสิเฮ็ดจั่งไ้เมื่อมีอาการผิดปกติ เฮ็ดจั่งไ้ จั่งสิบเป็นหล่อย คนในครอบครัว คนที่อยู่ใกล้ๆ เขา เพิ่นกะมีความรู้ เพิ่นกะฮ่อยจอบฮ่อยเตือนเฮา" (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, วันที่ 9 สิงหาคม 2566; สนทนากลุ่ม)

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุปรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 การพัฒนาแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอมะหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย 1) ขั้นการวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกต (Observation) 4) ขั้นสะท้อนผล (Refletion) ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988)

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีจำนวน 48 คน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากร คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 28 คน และกลุ่มผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1)แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง 2)แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

จากการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วม ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) สรุปผลการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Planning)

ลงพื้นที่ศึกษาบริบท ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลแก้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 28 ราย ที่

อยู่ในชุมชนที่มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา พบว่าผู้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 67.90 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.60 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 78.60

ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเหมาะสม ร้อยละ 60.70 ส่วนขนาดรอบเอวส่วนใหญ่มีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 67.90 และผู้ป่วยที่มีขนาดรอบเอวเกิน ร้อยละ 32.10 ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 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) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมาก
- 2) มีความรู้เกี่ยวกับโรคแต่ไม่มีความตระหนัก เพราะไม่ได้เกิดกับตนและคนรอบข้าง
- 3) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ไม่ค่อยออกกำลังกาย บริโภคอาหารสำเร็จรูป

จากตลาด

ขั้นปฏิบัติ (Action)

ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการร่วมวางแผนของผู้ร่วมวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเก็ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม แบ่งกิจกรรมเป็น 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล โดยจัดอบรมให้ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- 1) ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้แก่

2.1 พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร งดอาหารรสเค็ม สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ให้ลดอาหารประเภทแป้ง ผลไม้ที่มีรสหวาน และเพิ่มผัก หรือผลไม้ที่มีรสจืดแทน

2.2 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ด้วยการบรรยายของผู้วิจัย อธิบายอาหารอีสานที่มีไขมันน้อย และให้เดิมเครื่องปรุงรสลงครึ่งหนึ่งจากที่เคยปรุง เพิ่มการรับประทานผัก

2.3 พฤติกรรมในการออกกำลังกาย ด้วยการบรรยาย และฝึกปฏิบัติ การเดินแกว่งแขน /เดินเร็ว และออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้ ได้แก่ รำวง และแอโรบิก

2.4 พฤติกรรมในการจัดการความเครียด

2.5 พฤติกรรมในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติ ด้วยการประเมินพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของตนเองทั้งที่ปฏิบัติได้ และไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

1) พฤติกรรมในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม การปรุงอาหาร และการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารรสหวานจัด รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมัน และคอเลสเตอรอลสูง

2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการให้คำแนะนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การกระตุ้นและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นสังเกต (Observation)

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ประเมินผลลัพธ์หลังจากมีการให้ความรู้ผู้ร่วมวิจัยทุกท่านมีความรู้ หลังจากประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ร่วมวิจัย นำประสบการณ์ที่มีอยู่แสดงความคิดเห็นด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกันทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ทุกคนในพื้นที่ปฏิบัติได้ตามบริบทของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มแกนนำได้ร่วมกันจัดกิจกรรมตามรูปแบบโดยนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 28 ราย มีการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำในชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

การศึกษาในขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล ภายหลังการดำเนินงานตามโครงการการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง พบว่า การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้านโดย

แกนนำในชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ โดยได้รับความร่วมมือ และสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง พื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Rural Appraisal: PRA) ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อภิปรายผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง จำนวน 28 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเป็นเพศหญิง 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 ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนในเขตตำบลเกิ้ง เป็นสังคมกึ่งเมือง ประกอบอาชีพนอกบ้านไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย มีพฤติกรรมซื้ออาหารสำเร็จรูปจากตลาด มีร้านค้า ร้านอาหารหลายแห่ง มีตลาดสด ตลาดนัดทุกวันที่มีความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ สาวิตรี สิงหา (2554) และ วิณา เทียงธรรม และคณะ (2554) และ พวงเพชร จันท์บุตร (2555) ที่ศึกษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษานี้

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค หนองเลือดสมองผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทุกขั้นตอนในการพัฒนา กิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหนองเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในขั้นตอนการศึกษา สถานการณ์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคหนองเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีความแตกต่าง แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความรู้สูง ไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันได้ เนื่องจากไม่มีเวลา ทำงาน นอกบ้าน มีตลาดหลายแห่ง มีร้านขายอาหารทั้งอาหารสด และอาหารสำเร็จรูป ผลการดำเนิน กิจกรรมทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ มีการนำข้อมูลที่ได้รับไป ประยุกต์ ใช้ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหนองเลือดสมอง เป็นไปตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb (1984; อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544: 14 - 16) ที่กล่าวไว้ว่า วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบการเรียนรู้ที่มี ประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ หลังจากประยุกต์ใช้แนวคิดการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้วกระบวนการกลุ่ม ทำให้บุคคลในทุกภาค ส่วนต่าง ๆ ได้นำประสบการณ์ที่มีอยู่แสดงความคิดเห็นด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน ทำให้ได้ แนวทางปฏิบัติที่ทุกคนในพื้นที่ปฏิบัติได้ ตามบริบทของชุมชนแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับทักษะ ความสามารถ ทำให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัย และกลุ่มแกนนำได้ตกลง ร่วมกันว่าให้จัดกิจกรรมดังนี้ 1) การจัดประชุมวิชาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหนองเลือดสมอง การ จัดการเมื่อพบอาการเตือนและแนวทางการแจ้งเหตุ 2) การสนทนากลุ่ม นำประสบการณ์ที่มีมา ร่วมกันคิด และวางแผนร่วมกัน และ 3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งร่วมกันคิดและนำ ประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสัมพันธ์กับ การศึกษาของ จิราภรณ์ ชวงศ์ (2555) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภค อาหาร ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้

ผลของการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อป้องกันโรคหนองเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเกี่ยวกับการเกิดโรคหนอง เลือดสมอง โดยแกนนำในชุมชนได้กำหนดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคใน กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหนองเลือดสมอง จำนวน 78 ราย โดยกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษา พบว่าภายหลังดำเนินการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหนองเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการ รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า ก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การ เปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหนองเลือดสมอง เป็นผลมาจากการให้ความรู้ และร่วมอภิปรายกลุ่มให้ความรู้ถึงสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคหนองเลือดสมอง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหนองเลือดสมองสูง สำหรับการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมส่วนบุคคลนั้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ของ Becker & Maiman (1975)

สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร หุตากร (2549) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร อ่อนอภัย (2551) พบว่า การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ โดยการให้ความรู้ และนำเสนอตัวแบบด้านลบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเสี่ยง ทำให้ค่าคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงสูงขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาของบุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล (2554) พบว่า การใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ สัมพันธ์กับการศึกษาของ รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกษแก้ว สอนดี (2554) ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทำให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง

สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลยา ทองน้อย (2554) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน ได้รับกิจกรรมโดยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิตการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกเอกสารแผ่นพับ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ กลุ่มแกนนำเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีความรับผิดชอบ และความยืดหยุ่นในการทำงานร่วมกัน ความสามัคคีของกลุ่มและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย

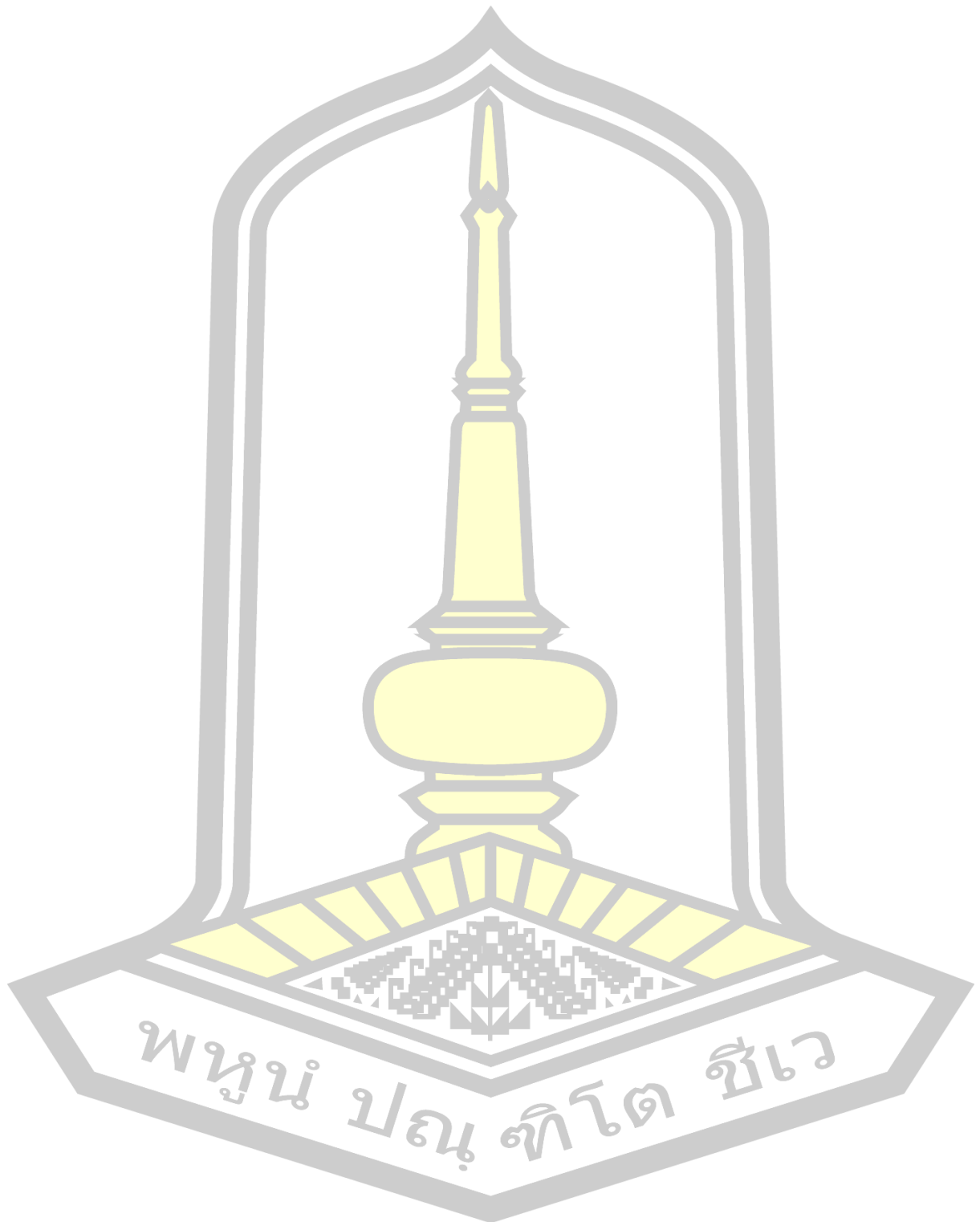
1. ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรร่วมกันดำเนินโครงการและส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการดำเนินการวิจัย เช่น โครงการอาหารสุขภาพ และขยายแนวทางการให้ความรู้เพื่อสร้างสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสรรงบประมาณ และจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละปี เพื่อให้การดูแลครอบคลุม ต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุม เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ยั่งยืน
2. ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ เงินดี. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรกร. (2553). *ประสาทวิทยาทันยุค*. กรุงเทพฯ: พราวเพรส (2002).
- เกษราวัลณ์ นิลรวงกูร. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพพยาบาล*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จรินทร์ ดวงแสง. (2551). ผลของการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นแผลเปปติกระเรื้อรัง. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- จิราภรณ์ ชวงค์. (2555). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 30-37.
- ข้อผกา ไชยมงคล. (2553). การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นแอนด์พับลิชชิง.
- ญนัท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 121-129.
- นิพนธ์ พงษ์วินทร์. (2554). *ชีววิทยาของเซลล์ต้นกำเนิดระบบประสาทและการรักษาโรคระบบประสาทด้วยเซลล์ต้นกำเนิดบำบัด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม.
- บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนสราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 13(1), 122-134.
- ปิยะวรรณ เพียรภายลุน. (2554). ความรู้ ทักษะและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไพรินทร์ พัสสุ. (2562). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน กลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. (2554). ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือด ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. การพยาบาลสาธารณสุข, 25, 23-45.
- วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมักร, สิริพร ชัยทอง, และศิริษา โคตรบุตรดา. (2564). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14 (12), 25-35.
- วัฒนศักดิ์ สุกใส, ชุศักดิ์ นิธิเกตุกุล และธีรยุทธ อุดมพร. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วาสนา เสนาหน่อ. (2562). การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลสามพร้าว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2551). ผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศิริานี อินทรหนองไผ่. (2554). *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนั้จัดการสุขภาพองค์กรรวม เพื่อวิวัฒน์ และพัฒนาสุขภาพปฐุมภูมิ*. พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับปรับปรุง). มหาสารคาม: คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิรินาถ ตงศิริ. (2556). บุหรีกับโรคหลอดเลือดสมอง: ยิ่งสูบยิ่งเสี่ยง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(3), 296-311.
- ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ. (2560). *การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะทุม ตำบลจันทิก อำเภอบางช่อง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาต้านป้องกันโรคและภัยสุขภาพของ ประเทศ ไทย พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: นิธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- สายสุนี เจริญศิลป์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานประจำปี 2554: Annual Report 2011*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *คู่มือประเมินการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพร หุตการ. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขัง ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 22(3), 105-113.
- สุรียา หล้ากำ. (2564). *การพัฒนาแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบล เหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- เสกสรรค์ จวงจันทร์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการแพทย์*, 29(3), 205-216.
- อภิรดี ศรีวิจิตรกมล. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และดัชนีสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(1), 7-18.
- อารีย์ พลภูเมือง. (2560). การพัฒนาระบบคัดแยกมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเขตเทศบาล ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(พิเศษ), 147-167.
- Asplund, M. et al. (2009). The chemical composition of the Sun. *Astrophysics and Space Science*, 328(1), 179-183.
- Becker, M.H., & Miman, L.A. (1975). A new approach to explaining sick role behavior in low income population. *American of Public Health*, (3), 330-3.
- Becker, M. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366.
- Benjamin, E. J. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 7(10), e146-e603.
- Bloom, B. (1976). *Human Characteristics and School Learning*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Green wood, D.J. & Levin, M. (2007). *Introduction to action research: Social research for social change*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hochbaum, G. M. (1987). Public Participation in Medical Screening Program. *PHS Publication*. 10, 241-250.
- Holloway, I. (2010). Meaning not measurement. *International Journal of Event and Festival Management*, 1(1), 74-85.
- Holter, I. M., & Schawartz, B. D. . (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1981). *Measures and Concepts of Social Support*. In: *Social Support and Health*. Editor by Cohen S, Syme SI. Orlando: Academic Press. p.42-49.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. 3rd ed. Victoria: Deakin University.

Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. (2011). *Action research in healthcare*. London: SAGE.

Kurth, L. A. et al. (2002). The Case of Carla: Dilemmas of Helping All Students to Understand Science. *Science Education*, 86(3), 287-313.

Plengvidhya, N. et al. (2006). Thailand diabetes registry (TDR) project: clinical status and longterm vascular complications in diabetic patients. *J Med Assoc Thai*, 89(1), S1-9.

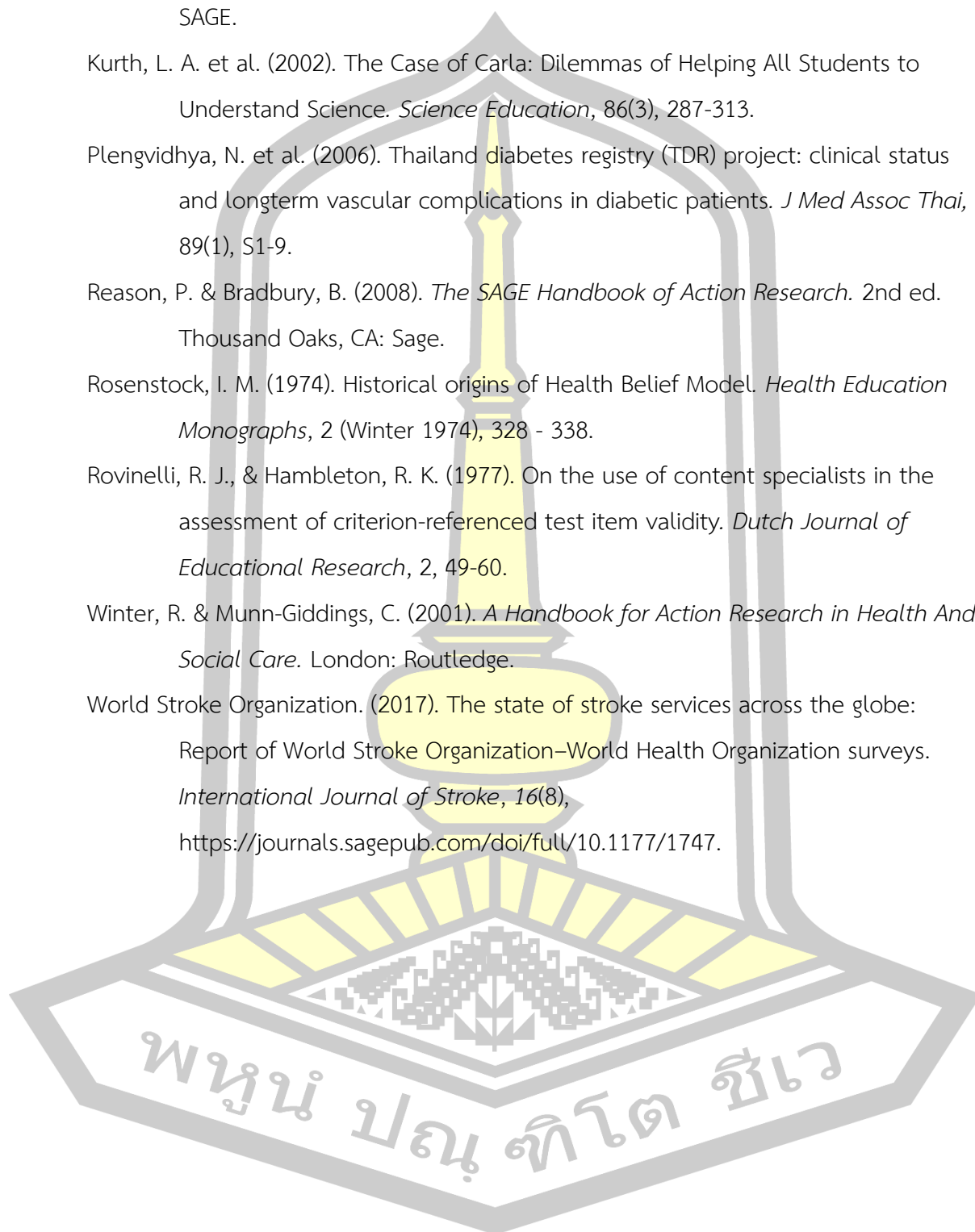
Reason, P. & Bradbury, B. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

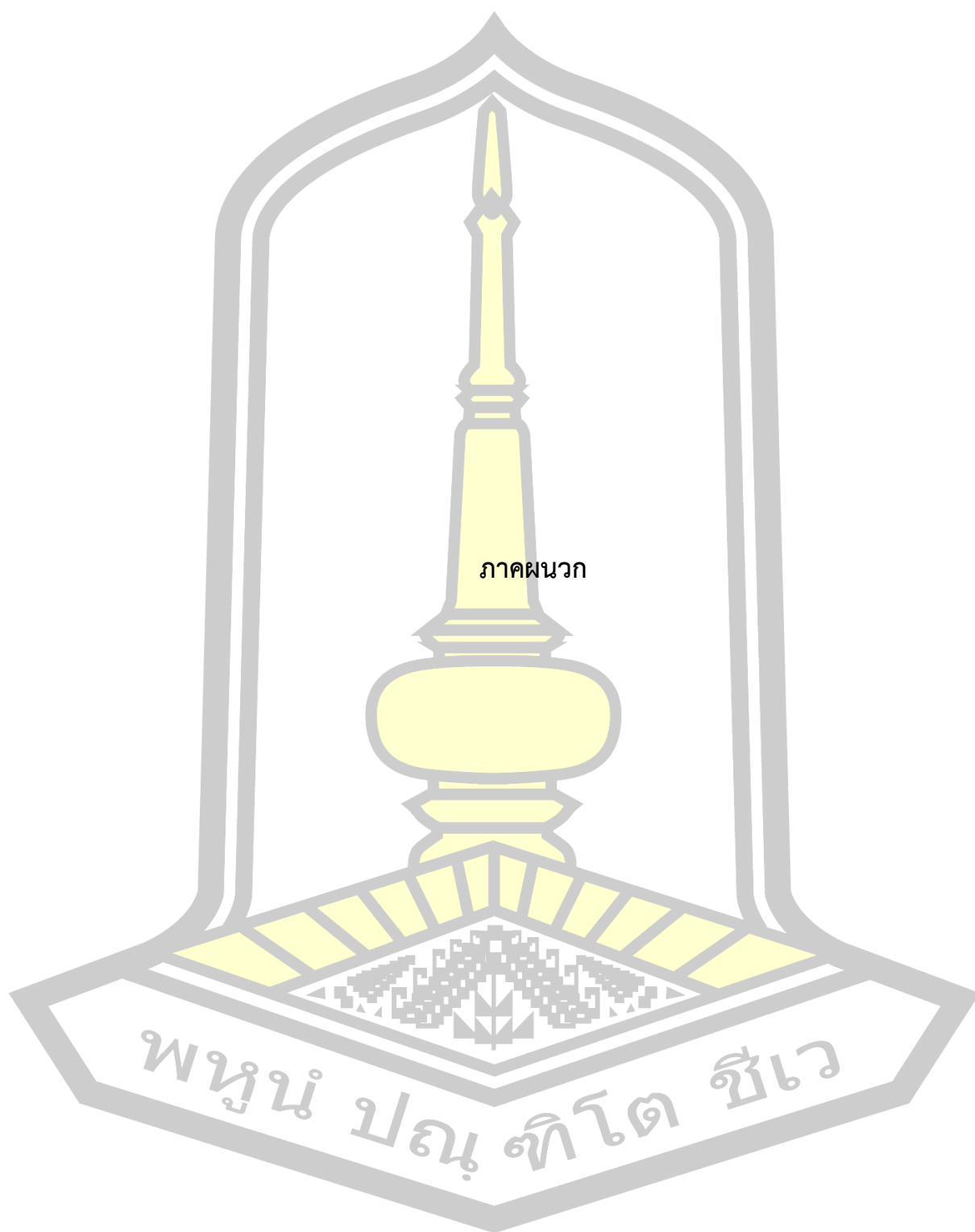
Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2 (Winter 1974), 328 - 338.

Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.

Winter, R. & Munn-Giddings, C. (2001). *A Handbook for Action Research in Health And Social Care*. London: Routledge.

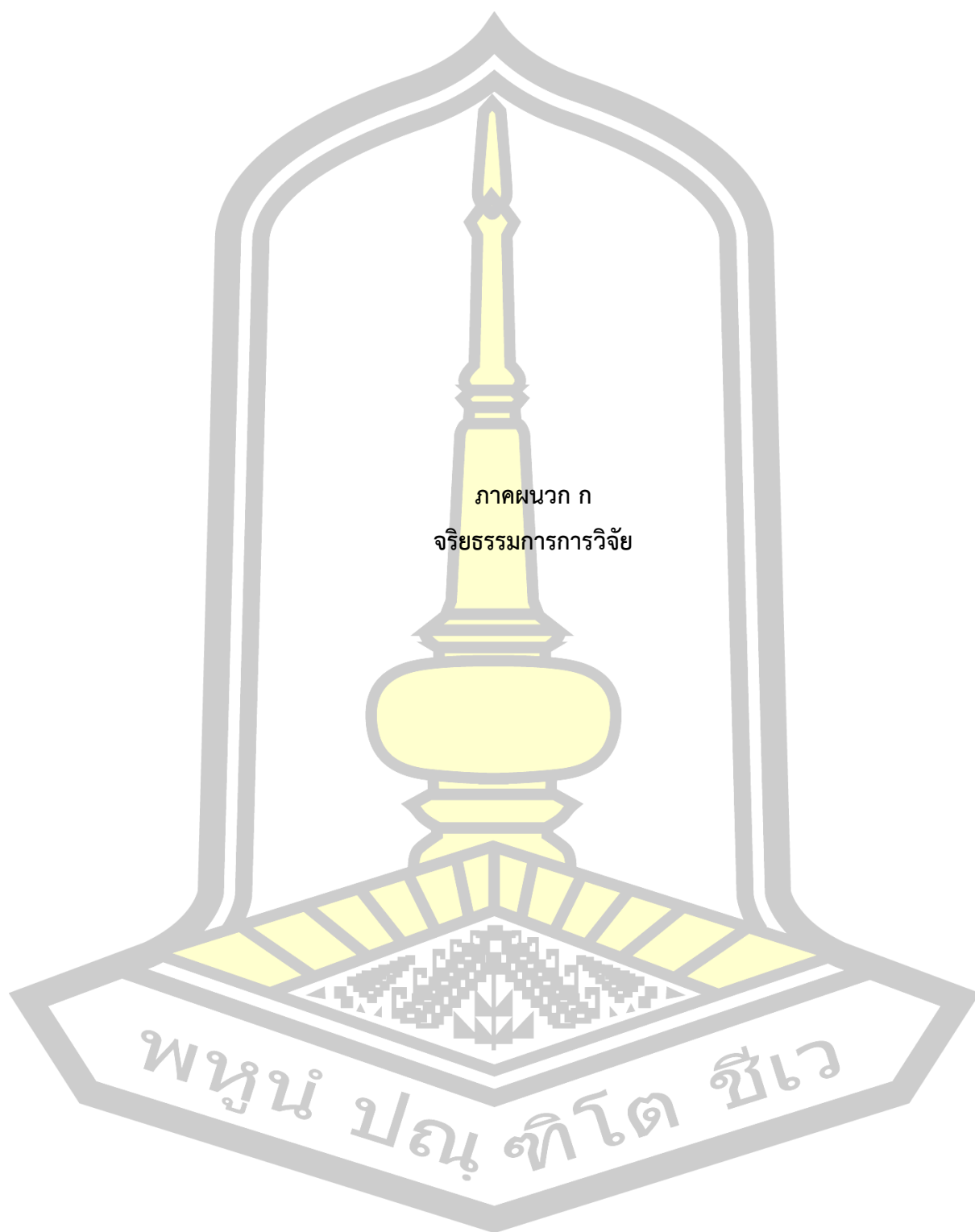
World Stroke Organization. (2017). The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization–World Health Organization surveys. *International Journal of Stroke*, 16(8), <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1747>.





ภาคผนวก

พูน ปณ จิต ชีเว





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 202-131/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of Prevention Model for Stroke in High Risk Patient Mueang Mahasarakham District Mahasarakham Province.

ผู้วิจัย : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 30 พฤษภาคม 2566

วันหมดอายุ : 29 พฤษภาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์วรพจน์ พรหมสัถยพรต)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์/เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....



ECMSU01-05.03 Update 2021

**เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)**

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม (Development of Prevention Model for Stroke in High Risk Patient Mueang Mahasarakham District Mahasarakham Province) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลง

“ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม”



ECMSU01-05.03 Update 2021

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถาม ชุดที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1.1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 15 ข้อ |
| 1.2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 14 ข้อ |
| 1.3 ข้อมูลด้านการรับรู้แบบแผนความเชื่อ 4 ด้าน | |
| 1.3.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 7 ข้อ |
| 1.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 8 ข้อ |
| 1.3.3 การรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 8 ข้อ |
| 1.3.4 อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 10 ข้อ |
| 1.4 ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 12 ข้อ |

2. แบบสอบถาม ชุดที่ 2 ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| 2.1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 8 ข้อ |
| 2.2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 14 ข้อ |

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืน โดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โทร. 06 2645 6541

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

Van

(นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์)

ผู้วิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวเพรพณิต สอนสิทธิ์ นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม (Development of Prevention Model for Stroke in High Risk Patient Mueang Mahasarakham District Mahasarakham Province) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลง

“ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม”

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ จำนวน 2 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ และ 2) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยจะขอสัมภาษณ์ในขณะที่ท่านสะดวก

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาต บันทึกเสียง ถ่ายภาพ และจะดำเนินการทำวิจัยโดยไม่เปิดเผยข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย



ECMSU01-05.04

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โทร. 06 2645 6541

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

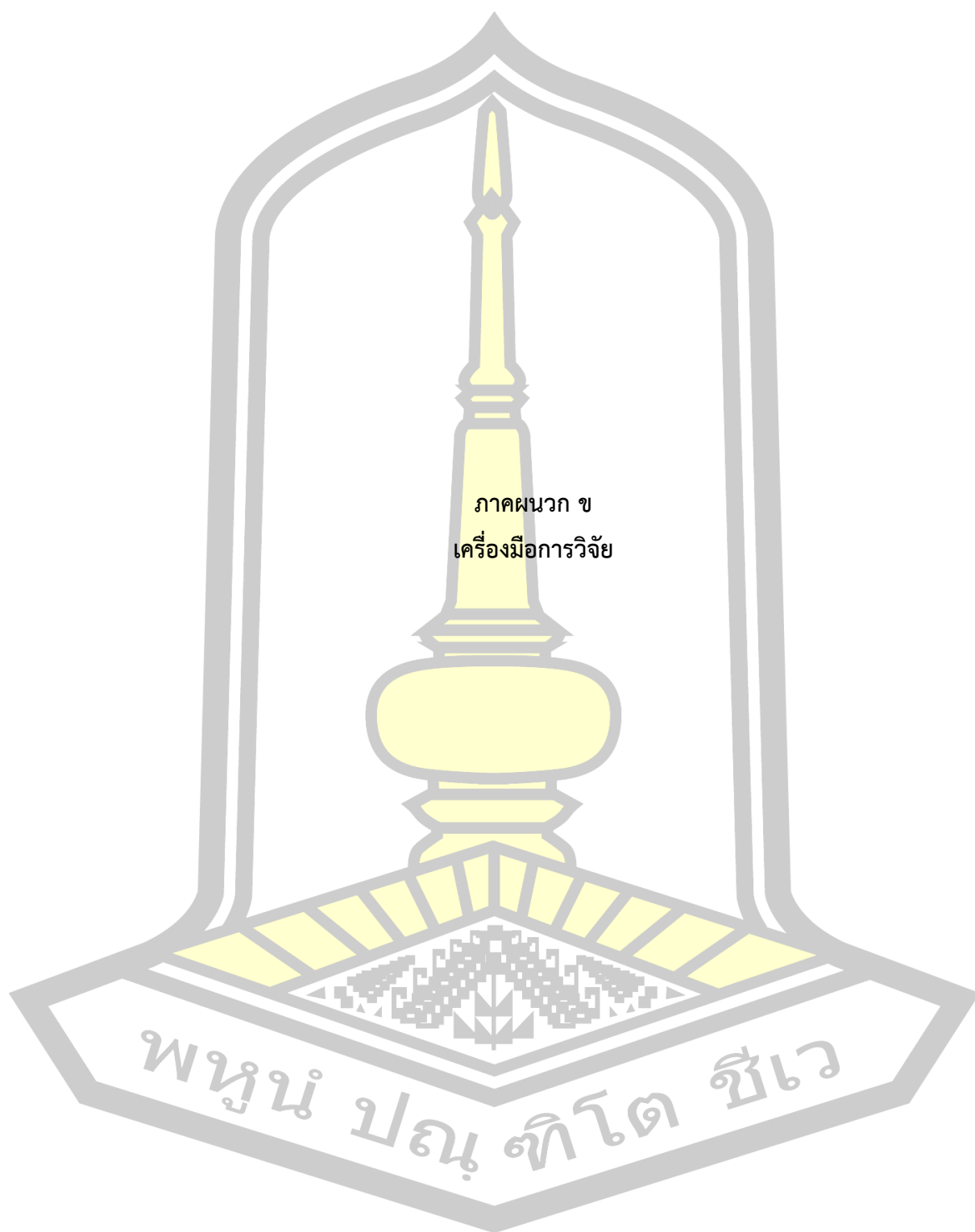
ขอขอบพระคุณอย่างสูง

VPF

(นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์)

ผู้วิจัย





ภาคผนวก ข
เครื่องมือการวิจัย

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 1

สำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| 1. ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 15 ข้อ |
| 2. ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 14 ข้อ |
| 3. ข้อมูลด้านการรับรู้แบบแผนความเชื่อ 4 ด้าน | |
| 3.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 7 ข้อ |
| 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 8 ข้อ |
| 3.3 การรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 8 ข้อ |
| 3.4 อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 10 ข้อ |
| 4. ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 12 ข้อ |

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์

นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเลขโทรศัพท์ 06 2645 6541

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย P ในช่อง ☐ ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

☐ 1) ชาย

☐ 2) หญิง

2. อายุ ปี (บริบูรณ์)

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ 2) ชั้นประถมศึกษา

☐ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

☐ 6) ปริญญาตรีขึ้นไป

4. อาชีพหลัก (ตอบเพียงข้อเดียว)

☐ 1) เกษตรกรรม

☐ 2) ค้าขาย

☐ 3) ทำงานบ้าน (แม่บ้าน)

☐ 4) รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ 5) รับจ้างภาคอุตสาหกรรม

☐ 6) รับจ้างภาคเกษตรกรรม

☐ 7) ไม่ได้ทำงาน

☐ 8) อื่น ๆ ระบุ

5. สถานภาพสมรส

☐ 1) โสด

☐ 2) คู่

☐ 3) หม้าย /หย่า /แยก

6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

7. ปัจจุบันมีกิโลกรัม

มีส่วนสูง.....เซนติเมตร

8. ขนาดรอบเอววัดได้.....นิ้ว

9. ท่านมีญาติสายตรง (พ่อหรือแม่/พี่หรือน้อง) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตหรือไม่

☐ 1) มี

☐ 2) ไม่มี

☐ 3) ไม่ทราบ

ถ้ามี ☐ 1.1) ญาติชายเป็นโรคอายุน้อยกว่า 55 ปี

☐ 1.2) ญาติหญิงเป็นโรคอายุน้อยกว่า 65 ปี

☐ 1.3) เป็นโรคในญาติชายตั้งแต่ 55 ปี และหรือหญิงอายุตั้งแต่ 65 ปี

10. ปัจจุบันท่านป่วยเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ เป็นมานานเท่าใด

☐ 1) โรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลา.....ปี

☐ 2) โรคเบาหวาน เป็นเวลา.....ปี

☐ 3) ไขมันในเลือดสูง เป็นเวลา.....ปี

☐ 4) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นเวลา.....ปี

☐ 5) โรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลา.....ปี

☐ 6) อื่น ๆ ระบุ เป็นเวลา.....ปี

11. ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ล่าสุด (โดยเจ้าหน้าที่)

ตรวจวัดได้.....มิลลิเมตรปรอท วันที่.....

12. ระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอยที่วัดได้ล่าสุด (โดยเจ้าหน้าที่)

ตรวจวัดได้.....มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ วันที่.....

13. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1) ไม่สูบ

2) เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว

3) เคยสูบนาน..... ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่.....มวน/วัน

14. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยตรวจสอบสุขภาพดังต่อไปนี้หรือไม่

ความดันโลหิต ☐ 1) ไม่เคย ☐ 2) เคยระบุผลการตรวจ.....วันที่.....

ไขมันในเส้นเลือด ☐ 1) ไม่เคย ☐ 2) เคยระบุผลการตรวจ.....วันที่.....

เบาหวาน ☐ 1) ไม่เคย ☐ 2) เคยระบุผลการตรวจ.....วันที่.....

15. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาตหรือไม่

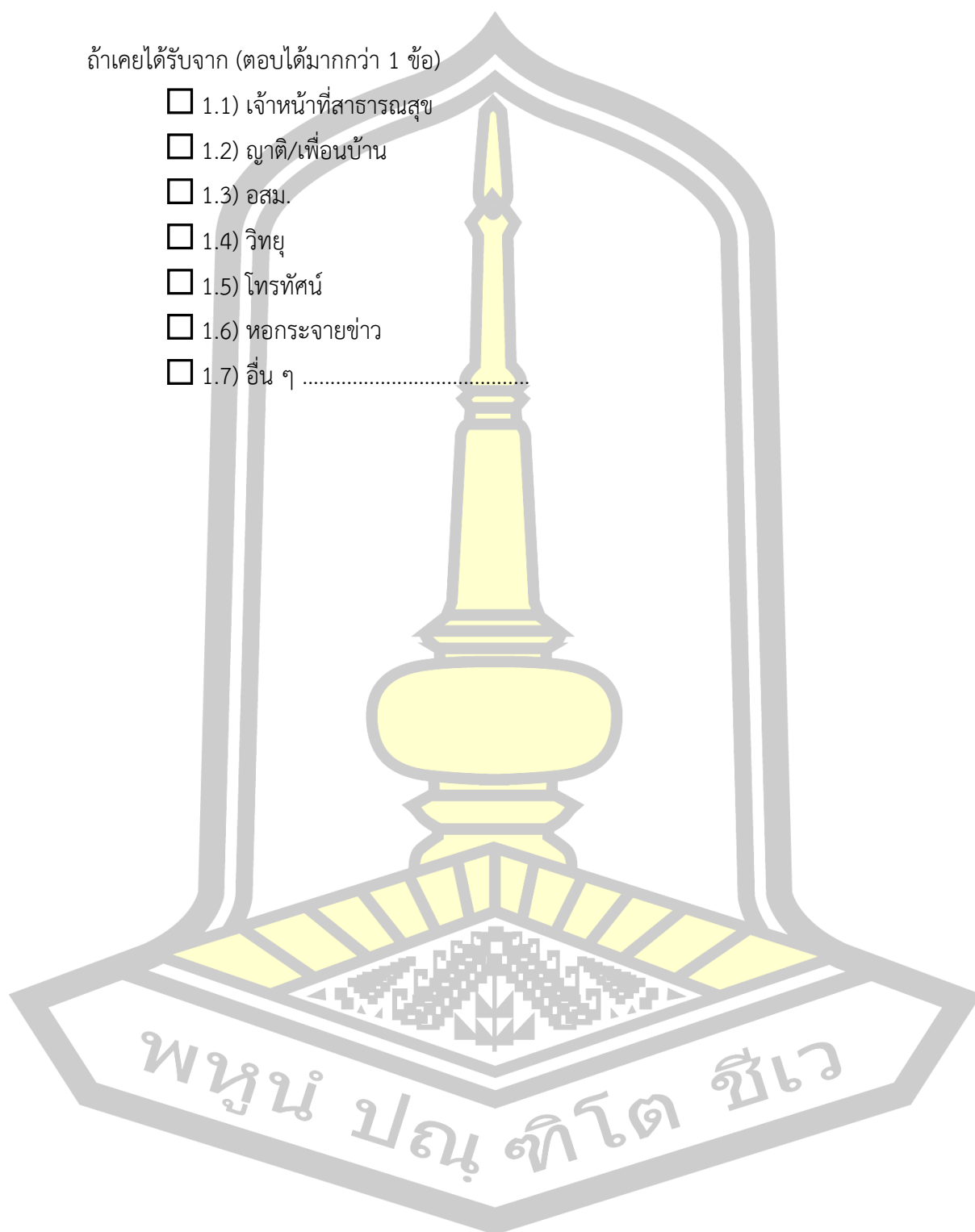
☐ 1) เคยได้รับ (ตอบข้อ 1.1 - 1.7)

☐ 2) ไม่เคยได้รับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ถ้าเคยได้รับจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1.1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ☐ 1.2)ญาติ/เพื่อนบ้าน
- ☐ 1.3) อสม.
- ☐ 1.4) วิทยุ
- ☐ 1.5) โทรทัศน์
- ☐ 1.6) หอกระจายข่าว
- ☐ 1.7) อื่น ๆ



ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย P ในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
ความเข้าใจของท่าน

คำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
2. โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
3. ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
4. การสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
5. ญาติสายตรงเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
6. ภาวะอ้วนไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
อาการเตือนหรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง		
7. สัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง		
8. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
9. อาการมึนชาใบหน้า เป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
10. อาการแขนขาอ่อนแรง เดินเซ เป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
การปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
11. การรับประทานผักผลไม้เป็นประจำเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
12. การรับประทานอาหารมากเกินไปทำให้อ้วน เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
13. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไปรับยาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัด เป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
14. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้แบบแผนความเชื่อ

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย P ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น น้อย

คำถาม	คำตอบ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าโรคเบาหวาน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตมากกว่าคนปกติ			
2. ท่านคิดว่าไขมันในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต มากกว่าคนปกติ			
3. ท่านคิดว่ารับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็ม หวาน มัน เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าปกติ			
4. ท่านคิดว่าโรคความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตสูงกว่าคนปกติ			
5. ท่านคิดว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว			
6. ท่านคิดว่ามีพ่อแม่พี่น้องที่เป็นญาติสายตรง มีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้เท่า ๆ กับคนอื่น			
7. ท่านคิดว่าคนที่ชอบรับประทานอาหารปิ้ง นึ่ง อบ หรือย่าง จะมีโอกาสเสี่ยง เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตสูง			

ส่วนที่ 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย P ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น น้อย

คำถาม	คำตอบ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย			
2. ท่านคิดว่าเมื่อท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต จะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และการดูแลระยะยาว			
3. ท่านคิดว่าเมื่อท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต อาจจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น รายได้ เป็นภาระในการดูแล			
4. ท่านคิดว่าเมื่อมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ต้องรีบไปทำการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อป้องกันความพิการ			
5. ท่านคิดว่าส่วนใหญ่ผู้ที่หายป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์อัมพาต จะไม่พบภาวะแทรกซ้อนจนถึงพิการ จึงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ			
6. ท่านคิดว่าผู้ที่เคยหายป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต แล้วจะไม่กลับมาป่วยซ้ำอีก			
7. ท่านคิดว่าเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงาน หรือความสามารถในการทำงานลดลง			
8. ท่านคิดว่าการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา และตรวจตามนัดไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			

ส่วนที่ 3.3 การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย P ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น น้อย

คำถาม	คำตอบ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าการจำกัดรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต			
2. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายทุกประเภทเพราะจะทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้ง่าย			
3. ท่านคิดว่าการทำจิตใจให้สงบ ไม่เครียดสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้			
4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคอื่นเพราะว่ามีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว			
5. ท่านคิดว่าการหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทันทีที่หยุดสูบ			
6. ท่านคิดว่าการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะทำให้จิตใจอ่อนคลาย และช่วยลดภาวะเครียดได้			
7. ท่านคิดว่าการจำกัดอาหารที่มีเกลือ น้ำตาล และไขมันสูงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้			
8. ท่านคิดว่าการมาตรวจตามนัด และรับยาต่อเนื่องป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			

ส่วนที่ 3.4 อุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย P ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น น้อย

คำถาม	คำตอบ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. การรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลาทำงาน			
2. การหายาสมุนไพรมารับประทานควบคู่กับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น			
3. หากพบอาการที่เป็นสัญญาณเตือนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขน หรือขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันที ควรสังเกตอาการ 1-2 วันก่อนไปพบแพทย์เพื่อให้แน่ใจ			
4. การมาตรวจตามนัดทำให้ท่านเสียเวลาและสิ้นเปลือง			
5. การออกกำลังกายทำให้เกิดความยุ่งยากและเสียเวลามาก			
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถออกกำลังกายได้ทุกชนิดได้เหมือนคนปกติทั่วไป			
7. การคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองไม่จำเป็นเพราะมาตรวจตามนัดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นประจำและเสียเวลา			
8. ท่านคิดว่าโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
9. ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากเพราะต้องรับประทานอาหารที่มีอยู่			
10. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำได้ลำบากเพราะต้องทำมาหากิน			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย P ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น น้อย

คำถาม	คำตอบ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ไข่เค็ม ปูเค็ม			
2. ท่านชอบเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกลือป่นลงในอาหารระหว่างการรับประทาน			
3. ท่านชอบรับประทานขนมหวาน ขนมเค้ก ช็อกโกแลต ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียวหน้าต่าง ๆ			
4. ท่านชอบรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ผัด หรือทอด			
5. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น			
6. ท่านชอบอ่านหนังสือธรรมะ หรือเข้าวัดฟังธรรม นั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ			
7. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ทำสวน ทำงานบ้าน ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที			
8. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำ			
9. ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอ			
10. ท่านดื่มสุรา หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ			
11. ท่านเข้ารับการรักษานัดเป็นประจำ			
12. ท่านรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่งประจำ			



ภาคผนวก ค แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)
สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ผู้ให้ข้อมูล..... วันที่.....

ประเด็นคำถาม	แนวคำถาม
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	1. ท่านคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคืออะไร 2. ท่านคิดว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร 3. ท่านคิดว่าเมื่อทราบอาการแล้วท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร 4. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตอย่างไร 5. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองควรทำอย่างไรบ้าง
2. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	6. ท่านมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรบ้าง 7. ท่านเคยได้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ 8. ท่านมีปัญหาการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง 9. ท่านคิดว่าจะแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร 10. ท่านต้องการให้ใครช่วยเหลือท่าน อย่างไร

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2

สำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสียงสูง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสียงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสียงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1. ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 8 ข้อ |
| 2. ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 14 ข้อ |

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์

นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเลขโทรศัพท์ 06 2645 6541

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย P ในช่อง ☐ ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - ☐ 2) ชั้นประถมศึกษา
 - ☐ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
 - ☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - ☐ 5) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 - ☐ 6) ปริญญาตรีขึ้นไป
4. อาชีพหลัก (ตอบเพียงข้อเดียว)
 - ☐ 1) เกษตรกรรม
 - ☐ 2) ค้าขาย
 - ☐ 3) ทำงานบ้าน (แม่บ้าน)
 - ☐ 4) รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - ☐ 5) รับจ้างภาคอุตสาหกรรม
 - ☐ 6) รับจ้างภาคเกษตรกรรม
 - ☐ 7) ไม่ได้ทำงาน
 - ☐ 8) อื่น ๆ ระบุ.....
5. สถานภาพสมรส
 - ☐ 1) โสด ☐ 2) คู่ ☐ 3) หม้าย /หย่า /แยก
6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
7. ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - ☐ บิดา - มารดา
 - ☐ คู่สมรส
 - ☐ พี่น้อง
 - ☐ บุตร
 - ☐ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน
 - ☐ เจ้าหน้าที่กู้ชีพ
 - ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย P ในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
ความเข้าใจของท่าน

คำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
2. โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
3. ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
4. การสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
5. ญาติสายตรงเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
6. ภาวะอ้วนไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
อาการเตือนหรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง		
7. สัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง		
8. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็น สัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
9. อาการมึนชาใบหน้า เป็น สัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
10. อาการแขนขาอ่อนแรง เดินเซ เป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
การปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
11. การรับประทานผักผลไม้เป็นประจำเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
12. การรับประทานอาหารมากเกินไปทำให้อ้วน เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
13. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไปรับยาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
14. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		

แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions)

สำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประเด็นคำถาม	แนวคำถาม
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	1. ท่านคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคืออะไร 2. ท่านคิดว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร 3. ท่านคิดว่าเมื่อทราบอาการแล้วท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร 4. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตอย่างไร 5. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ ผ่านทางช่องทางใดบ้าง
2. แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	6. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนของท่าน 7. ท่านมีกิจกรรมหรือการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตอย่างไรบ้าง 8. ท่านมีปัญหาในการดำเนินงาน อย่างไรบ้าง 9. ท่านเคยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟู และการส่งต่อผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร 10. ท่านคิดว่าในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมอะไรบ้าง ในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

พูน ปณ จิต ชีเว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางเพราพนิต สอนสิทธิ์
วันเกิด วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2526
สถานที่เกิด อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 514 หมู่ที่ 11 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2558 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ภัโต ชีเว