

Received: 22 Apr. 2023, Revised: 18 May 2023

Accepted: 24 May 2023

บทความวิชาการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับบริการฉีดวัคซีนที่หน่วยบริการ
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.บุรีรัมย์

กรรณิการ์ รอดกลาง¹, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์^{2*}

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา: ผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ยังไม่มีการสรุปแน่ชัดและยังไม่มีข้อมูลการติดตามผลในระยะยาว

วัตถุประสงค์: เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน ในประชาชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จ.บุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย: Analytical retrospective cohort study 384 คน หาความสัมพันธ์โดยโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model, GLM) นำเสนอค่า Adjusted RR พร้อม 95% CI

ผลการศึกษา: พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน 30 วัน เป็นร้อยละ 31.25 (ช่วงความเชื่อมั่น 95 % 26.79 ถึง 36.08) อาการที่พบสูงสุด ได้แก่ ไข้ ร้อยละ 20.35, ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.02 และปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด ร้อยละ 10.16 ตัวแปรเพศ อายุ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ เพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดอาการ เป็น 1.77 เท่าของเพศชาย (Adjusted RR=1.77; 95% CI =1.21-2.59; $p=0.003$), ทุก ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการ ลดลง 2 % (Adjusted RR =0.98; 95% CI = 0.97-0.99) และ พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการเป็น 1.49 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (Adjusted RR = 1.49; 95% CI = 1.10-2.02)

สรุป: เพศ อายุ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในประชาชนที่มารับบริการฉีดวัคซีน

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, อาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน, วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ / คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

*Corresponding author: kannika.ro@kkumail.com

Original Article**Factors Related to Adverse Events Following Immunization for COVID-19 in People Who Received Vaccination at Chalermprakiat Hospital Service Unit, Chalermprakiat District, Buriram Province**Kannika Rodklang¹, Lertchai Chareerntanyarak^{2*}**Abstract**

Background and rationale: Side effects of the COVID-19 vaccine in various areas are not yet conclusive and because it is a new vaccine and there is no long-term follow-up data.

Objective: This study aimed to determine the incidence rate and factors related to factors related to adverse events following Immunization for COVID-19 in people who received vaccination at Chalermprakiat Hospital service unit, Buriram Province

Methods: A analytical retrospective cohort study was conducted among 384 people. We estimated the data by Generalized Linear Models (GLM), reporting Adjusted RR and their 95% confidence interval (95% CI).

Results: The incidence of adverse events after vaccination was 31.25 (95% CI: 26.79 - 36.08). The most common adverse reaction was fever, about 20.35% muscle pain, about 13.02% injection site reaction, about 10.16%. The factors associated with adverse effects were female sex (Adjusted RR=1.77; 95% CI =1.21-2.59; p=0.003), For every 1 year increase in age, the risk of developing symptoms decreases by 2%.(Adjusted RR =0.98; 95% CI = 0.97-0.99), People with underlying disease had a 1.49 times greater risk of developing symptoms than those without underlying disease. (Adjusted RR = 1.49; 95% CI = 1.10-2.02)

Conclusions: Gender, age and congenital disease were factors that correlated with adverse events after vaccination against COVID-19. in people who received COVID-19 vaccine.

Keywords : Incidence, Adverse Events Following Immunization, COVID-19 Vaccines

¹Master's student / Master of Public Health Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

²Associate Professor / Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

*Corresponding author: kannika.ro@kkumail.com

บทนำ

ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 พบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นสาเหตุของโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019, Covid-19) ครั้งแรกในนครอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ทำให้การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ และมีรายงานการป่วยหนักที่ปอดอักเสบรุนแรงและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยที่โรคโควิด-19 ติดต่อกันจากคนสู่คน แพร่กระจายเชื้อผ่านละอองฝอยขนาดเล็กจากการไอ จาม หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย และยังสามารถติดต่อกันได้อย่างรวดเร็ว¹ สำหรับประเทศไทยได้มีมาตรการในการป้องกันโรคหลายประการ และหนึ่งในมาตรการหลักที่สำคัญ คือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ให้แก่ประชาชน และเริ่มฉีดวัคซีนครั้งแรกในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564² จากการติดตามผลการให้บริการวัคซีนโควิด 19 พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย จำนวนการได้รับวัคซีนสะสมตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 - วันที่ 7 สิงหาคม 2565 ยอดสะสมทั้งหมด 141,913,395 โดส ใน 77 จังหวัด ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนดังนี้ เข็มที่ 1 (82.2%), เข็มที่ 2 (77%) และ เข็มที่ 3 ขึ้นไป (44.8 %)³ สำหรับสถานการณ์การฉีดวัคซีนของจังหวัดบุรีรัมย์จำนวนประชากร 1,356,674 คน ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 (81%), เข็มที่ 2 (75.3%) และเข็มที่ 3 ขึ้นไป (40.7%)⁴ ส่วนในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรทั้งหมด 40,357 คน ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน เข็มที่ 1 (92.09%), เข็มที่ 2 (86.16%), เข็มที่ 3 (39.91%) และเข็มที่ 4 (4.09%)⁵ สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ทุกชนิด ที่มักพบได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้/อาเจียน ปวดเมื่อยตามตัว แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่การฉีดวัคซีนเหล่านี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรงได้ในอัตราที่แตกต่างกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่มีการรายงานการเสียชีวิตได้แก่ อาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 90 ราย เสียชีวิต 2 ราย อัตราการเสียชีวิตรายงานต่อแสนโดสดังนี้ Sinovac (0.17), AstraZeneca (0.05), Sinopharm (0.03) และ Pfizer (0.03) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis/Pericarditis) จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 49 ราย เสียชีวิต 1 ราย อัตราการเสียชีวิตรายงานต่อแสนโดสดังนี้ AstraZeneca (0.004, Sinopharm (0.01) และ Pfizer (0.11) ภาวะกล้ามเนื้อตื้อตันร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT) จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 7 ราย เสียชีวิต 3 ราย อัตราการเสียชีวิตรายงานต่อแสนโดสดังนี้ AstraZeneca (0.01) และ วัคซีน Pfizer (0.002) (ข้อมูล ณ วันที่ 24 กรกฎาคม 2565) ส่วนผลข้างเคียงของวัคซีนในด้านต่าง ๆ ยังไม่มีการสรุปแน่ชัดและเนื่องจากวัคซีนโควิด 19 เป็นวัคซีนใหม่ ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนจึงยังมีไม่มากและยังไม่มีข้อมูลการติดตามผลในระยะยาว⁶ และในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จ.บุรีรัมย์ ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างน้อย 1 เข็ม มีจำนวน 3,191 ราย (7.91%)⁵ (ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2565) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนไม่เข้ารับการฉีดวัคซีน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับการฉีดวัคซีนจึงเป็นเรื่องสำคัญเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการฉีดวัคซีนและเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเข้ารับวัคซีน รวมถึงเห็นประโยชน์ในการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ส่งผลให้ลดการป่วยรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ตลอดจนรักษาระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.บุรีรัมย์

3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.บุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Retrospective cohort study

ประชากร

ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 – 19 กันยายน 2565 โดยไม่รวมถึงผู้ที่มีปฏิกิริยาการแพ้วัคซีนที่รุนแรงที่เกิดขึ้นภายใน 30 นาทีภายหลังการฉีดวัคซีน ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 406 คน (ข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP วันที่ 19 กันยายน 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยพื้นฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายตัวแปร (Multiple analysis) แล้วปรับขนาดจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF)⁷ ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษา รวมทั้งหมด 384 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจัดทำบัญชีรายชื่อของผู้ที่มารับวัคซีนจัดเรียงรายชื่อตามตัวอักษรพยัญชนะไทย กำหนดหมายเลขกำกับแต่ละหน่วยตั้งแต่เลข 1 ถึงเลข 406 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel จำนวน 384 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถามนำโดยนำแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 อาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์หลังการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ โดยเป็นอาการหลังรับการฉีดวัคซีนภายใน 30 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 15 มีนาคม 2566 โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บข้อมูลและแบบสอบถามการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยส่งกลับแบบสอบถามมายังผู้วิจัย ภายใน 20 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามในโปรแกรม Microsoft office Excel 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นำเข้าข้อมูลที่เป็นอิสระต่อกันตรวจสอบความตรงของข้อมูลหากพบข้อมูลที่ไม่ตรงกัน จะดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถามและแก้ไขข้อมูลให้ตรงกัน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Released 10.1 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

สถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ข้อมูลเป็นตัวแปรแจกแจง (Categorical Variable) นำเสนอค่าความถี่ (Frequencies) และค่าร้อยละ (Percentage) กรณีที่ข้อมูลเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable) นำเสนอ ค่าเฉลี่ย (Mean : $\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

1.2 การวิเคราะห์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับบริการฉีดวัคซีนนำเสนอการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนเป็นค่าอุบัติการณ์ โดยใช้สูตร

$$\text{อัตราอุบัติการณ์} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา}}{\text{จำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในช่วงเวลาที่กำหนด}}$$

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ใช้สถิติการวิเคราะห์สถิติโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model: GLM) การแจกแจงแบบทวินาม (Binomial family) ฟังก์ชันการเชื่อมโยงโดยใช้โมเดลเชิงเส้น (log) นำเสนอค่า Adjusted RR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า p-value

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ISH GCP) เลขที่ HE652250 ลงวันที่ 10 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 384 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.06 อายุเฉลี่ย 51.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 19.37 ปี) ค่ามัธยฐาน 52 ปี (อายุต่ำสุด 18 ปี : อายุสูงสุด 95 ปี) ระดับการศึกษาส่วนมากเป็น ระดับประถมศึกษา จำนวน 155 คน (ร้อยละ 40.36) น้อยที่สุด คือ ไม่ได้ศึกษา จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.56) อาชีพที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรม จำนวน 124 คน (ร้อยละ 32.29) และพบน้อยที่สุดคือ รัฐวิสาหกิจ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.78) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68.49 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 79.17 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.06

1.2 ปัจจัยด้านการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

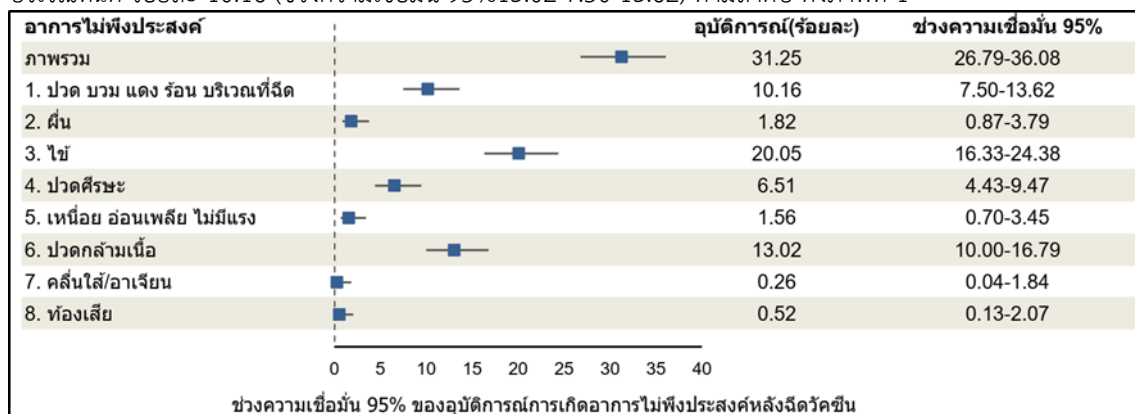
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับวัคซีน Comirnaty (Pfizer) ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ฉีดเข็ม 3 ร้อยละ 52.08

2. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ภาพรวมอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นร้อยละ 31.25 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 26.79-36.08)

2.1 อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนจำแนกตามลักษณะอาการแสดง

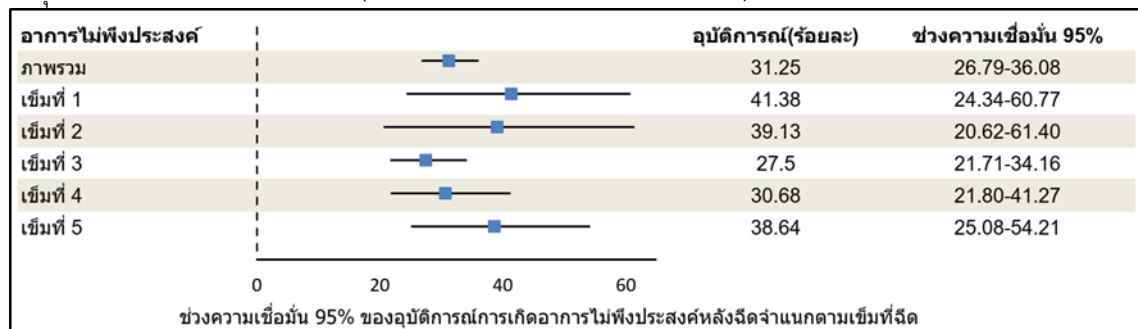
อาการหลังฉีดวัคซีนที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดคือ มีไข้ร้อยละ 20.05 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 16.33-24.38) รองลงมาคือ ปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 13.02 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 10.00-16.79) และ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด ร้อยละ 10.16 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 7.50-13.62) ตามลำดับ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Forest plot อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนจำแนกตามลักษณะอาการแสดง

2.2 อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนจำแนกตามปัจจัยด้านการรับวัคซีน

เข็มที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดคือ เข็มที่ 1 เป็นร้อยละ 41.38 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 21.71 ถึง 34.16) และต่ำสุดคือเข็มที่ 3 เป็นร้อยละ 27.50 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 21.71 ถึง 34.16) ภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Forest plot อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนจำแนกตามเข็มวัคซีน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: การวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรเพศ และตัวแปรอายุ และตัวแปรโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นั่นคือเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.77 เท่าของเพศชาย (Adjusted RR=1.77; 95% CI =1.21-2.59; $p=0.003$), ตัวแปรอายุ พบว่า ทุก ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 2 % (Adjusted RR =0.98; 95% CI = 0.97-0.99) และตัวแปรโรคประจำตัว พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.49 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว(Adjusted RR = 1.49; 95% CI = 1.10-2.02)

ในขณะที่ตัวแปรการศึกษา และ ตัวแปรจำนวนเข็มวัคซีน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนเป็น 1.09 เท่าของผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (Adjusted RR = 1.09; 95% CI = 0.70-1.70) ผู้ที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไปมีโอกาสร้อยในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.28 เท่า ของผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (Adjusted RR = 1.28; 95% CI = 0.78-2.10) และยังพบว่าทุก ๆ จำนวนเข็มของการรับวัคซีนที่เพิ่มขึ้น 1 เข็ม มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลง 7 % (Adjusted RR = 0.93; 95% CI = 0.79-1.10) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multiple analysis) โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น (n=384)

ปัจจัย	เกิดอาการไม่พึงประสงค์		ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์		Crude RR (95%CI)	Adjusted RR (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. เพศ							0.003
ชาย	26	21.67	112	42.42	1	1	
หญิง	94	78.33	152	57.58	2.03(1.39-2.97)	1.77(1.21-2.59)	
2. อายุ (ปี)							<0.001
ทุก ๆ อายุ ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี					0.98(0.97-0.99)	0.98(0.97-0.99)	
3. การศึกษา							0.5667
ประถมศึกษา-							

ปัจจัย	เกิดอาการไม่พึงประสงค์		ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์		Crude RR (95%CI)	Adjusted RR (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
หรือต่ำกว่า	36	30.00	94	47.35	1	1	
มัธยมศึกษา	58	48.33	35.61	52.65	1.70(1.20-2.43)	1.09(0.70-1.70)	
อนุปริญญาขึ้นไป	26	21.67	45	17.05	1.64(1.08-2.49)	1.28(0.78-2.10)	
3. โรคประจำตัว							0.010
ไม่มี	82	68.33	181	68.56	1	1	
มี	38	31.67	83	31.44	1.01(0.73-1.39)	1.49(1.10-2.02)	
5. จำนวนเข็ม							0.396
ทุก ๆ จำนวน					0.98(0.84-1.15)	0.93(0.79-1.10)	
เข็มวัคซีนที่เพิ่มขึ้น							
1 เข็ม							

สรุปและอภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ใน 30 วัน หลังการรับวัคซีน เป็นร้อยละ 31.25 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน Coronavac, AstraZeneca, BBIP-CorV (Sinopharm) และ Cominaty (Pfizer) เป็นร้อยละ 31.42⁸ แต่ยังเป็นอุบัติการณ์ที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในอเมริกาหลังจากฉีดวัคซีน Pfizer-BioNTech, Moderna และ Johnson & Johnson พบอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 0.04, 0.06 และ 0.35 ตามลำดับ⁹ ส่วนการศึกษาที่พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์สูงกว่า คือการศึกษาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 Oxford-AstraZeneca และอาการไม่พึงประสงค์ในประเทศเนปาล พบอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ระดับเล็กน้อยร้อยละ 46.6 และระดับปานกลางร้อยละ 53.4¹⁰ และการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนโควิด-19 ของ Oxford/AstraZeneca ประเทศเอธิโอเปีย พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 68.35% (95%CI 63.58-72.77)¹¹ ทั้งนี้เนื่องมีการเก็บข้อมูลแตกต่างกัน กล่าวคือข้อมูลที่ไดจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามรายบุคคล ซึ่งอาจพบได้สูงเพราะเข้าถึงกลุ่มผู้ที่ไม่มีสมาร์ตโฟน และเนื่องจากเป็นการแจกแบบสอบถามย้อนหลังและถามถึงอาการภายใน 30 วันหลังฉีดวัคซีน ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดอาจเกิดร่วมกับเหตุการณ์อื่น ๆ เช่น มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ในช่วงเวลาที่ได้รับวัคซีน ซึ่งอาจส่งผลให้มีอัตราอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น และวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ฉีดให้กับประชาชนที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษาจะเป็นวัคซีน Comirnaty (Pfizer) ชนิดเดี่ยวทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชที่พบว่า วัคซีนที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์สูงสุด คือ Comirnaty (Pfizer) ร้อยละ 51.91⁸

เพศ การศึกษานี้พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือเพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.76 เท่าของเพศชาย (Adjusted RR=1.76; 95% CI =1.21-2.59; p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาประเภทของวัคซีนป้องกันโควิด-19 และอาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีนในอังกฤษ ที่พบว่า เพศกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= <0.001) เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 1.65 เท่า ของเพศชาย (OR=1.65, 95% CI : 1.53-1.78, P < .001)¹² และการศึกษาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

Oxford-AstraZeneca และอาการไม่พึงประสงค์ในประเทศเนปาล พบว่าเพศกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$) กล่าวคือ เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 2.369 เท่า ของเพศชาย ($OR=2.369$, $95\% \text{ CI}: 1.398\text{-}4.014$, $P=0.001$)¹⁰ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.06 อาจทำให้พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่สูงกว่า

อายุ การศึกษาในครั้งนี้พบว่าตัวแปรด้านอายุ ทุก ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง 2 % ($\text{Adjusted RR} = 0.98$; $95\% \text{ CI} = 0.97\text{-}0.99$) สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่พบว่า อายุกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <0.001$) กล่าวคือ กลุ่มอายุ 18 – 29 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนเป็น 2.076 เท่าของกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป($AOR = 2.076$, $95\% \text{ CI}: 1.870\text{-}2.306$, $p = <0.001$), กลุ่มอายุ 30 – 39 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนเป็น 2.04 เท่าของกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป($AOR = 2.040$, $95\% \text{ CI}: 1.848\text{-}2.251$, $p = <0.001$) และกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนเป็น 1.531 เท่าของกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป($AOR = 1.531$, $95\% \text{ CI}: 1.383\text{-}1.696$, $p = <0.001$)⁹ และจากการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนโควิด-19 ของ Oxford/AstraZeneca ในหมู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า อายุกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.003$) กล่าวคืออายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลง 3.0% ($AOR = 0.97$; $95\% \text{ CI}: 0.95\text{-}0.99$, $P = 0.003$)¹¹ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ส่วนมากอยู่ในช่วง 40-59 ปีร้อยละ 40.36 รองลงมาอายุ 18-39 ปี ร้อยละ 27.34 ทำให้พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่สูงกว่า

โรคประจำตัว การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 1.49 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ($\text{Adjusted RR} = 1.49$; $95\% \text{ CI} = 1.10\text{-}2.02$) สอดคล้องกับการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนโควิด-19 ของ Oxford/AstraZeneca ในหมู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Tigray ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคร่วมกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคร่วม (เบาหวาน, ความดันโลหิต, หอบหืด, โรคหัวใจและอื่น ๆ) มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน เป็น 2.28 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคร่วม ($AOR = 2.28$; $95\% \text{ CI}: 1.04 - 5.01$, $p = 0.040$)¹¹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีโรคประจำตัว จะมีประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะร่างกายเสื่อมลง ภูมิคุ้มกันในร่างกายจึงลดลงด้วย อาจทำให้มีอาการมากกว่าคนปกติทั่วไปที่ไม่มีโรคประจำตัว

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสมการสุดท้ายได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ข้อเสนอแนะ

การให้บริการฉีดวัคซีนแก่ผู้มารับบริการ ผู้ให้บริการควรมีการให้ความรู้อาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนแก่ผู้มารับบริการเพื่อลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้มารับบริการ ตลอดจนเป็นข้อปฏิบัติในการดูแลตนเอง และ จัดทำข้อเสนอแนะ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้ารับวัคซีน ทางสื่อออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ [ออนไลน์]. 2563 [15 สิงหาคม 2565]. สืบค้นจาก : <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no10-130163.pdf>
2. กรมควบคุมโรค. รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลกและในประเทศไทย [ออนไลน์]. 2564 [17 สิงหาคม 2565]. สืบค้นจาก : <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประจำสัปดาห์ที่ 31 ของปี 2565 [ออนไลน์]. 2565 [18 สิงหาคม 2565]. สืบค้นจาก : <https://ddc.moph.go.th/vaccinecovid19/getFiles/9/1660620699383.pdf>
4. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประจำวันอาทิตย์ที่ 7 สิงหาคม 2565 [ออนไลน์]. 2565 [18 สิงหาคม 2565]. สืบค้นจาก : <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/10/1660016361918.pdf>
5. Buriram Immunization Center. (2022). Retrieved August 7, 2022, from https://app.brhealth.go.th/whitelist_brm/index.php
6. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 [ออนไลน์]. 2565 [19 สิงหาคม 2565]. สืบค้นจาก : https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Wk29AEFI%20Situation_COVID-19%20Vaccine_24072022_web.pdf
7. Hsieh, F.Y., Bloch, D.A., Larsen, M.D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*, 17, 1623–34.
8. พิมพ์ภา อินทวงศ์. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา* 2565, 2(1), 28–40
9. Singh, A., Khillan, R., Mishra, Y., & Khurana, S. (2022). The safety profile of COVID-19 vaccinations in the United States. *American Journal of Infection Control*, 50(1), 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.10.015>
10. Gautam, A., Dangol, N., Bhattarai, U., Paudel, S., Poudel, B., Gautam, S., et al., (2021). ChAdOx1nCoV-19 vaccine and its self-reported adverse events: A cross-sectional study from Western Nepal. *Journal of Global Health Reports*, 5, e2021069. <https://doi.org/10.29392/001c.25471>
11. Tequare, M. H., Abraha, H. E., Adhana, M. T., Tekle, T. H., Belayneh, E. K., Gebresilassie, K. B., et al., (2021). Adverse events of Oxford/AstraZeneca's COVID-19 vaccine among health care workers of Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Tigray, Ethiopia. *IJID Regions*, 1, 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2021.10.013>
12. Beatty, A. L., Peyser, N. D., Butcher, X. E., Cocohoba, J. M., Lin, F., Olgin, J. E., Pletcher, M. J., & Marcus, G. M. (2021). Analysis of COVID-19 Vaccine Type and Adverse Effects Following Vaccination. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140364. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40364>

Received: 22 Apr. 2023, Revised: 18 May 2023

Accepted: 24 May 2023

บทความวิชาการ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11

อรอนงค์ เอี่ยมขำ¹ วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบประกอบด้วย ผู้แทนครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อปท. อบต. ผู้นำชุมชน จำนวน 35 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบรูปแบบ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 370 คน เก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบฯ และสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 30-45 นาที วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 1 เดือน โดยใช้สถิติการทดสอบ ที่แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample t-test) ส่วนข้อมูลคุณภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับสูง ร้อยละ 61.4 และมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.1 2) ขั้นตอนออกแบบและพัฒนาแบบ พบว่า ผู้ป่วย ควรมีบทบาทหลักในการดูแลตนเอง ครอบครัว ควรมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อนบ้านนำความรู้แลกเปลี่ยนกัน อสม. ฝักระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข และ อปท. อบต. และผู้นำชุมชนช่วยเหลือ ประสานงานกรณีมีเหตุฉุกเฉิน 3) ขั้นตอนทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 12.9 และหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 14.6 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=61.6, p<0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 55.7 และหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 66.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=243.4, p<0.001$) และมีความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ในระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 64.3 และ ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 11.2 (SD 2.3) ดังนั้นชุมชนควรมีการติดตามประเมินผลความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากใช้รูปแบบฯ อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือทุก 3 เดือน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, กระบวนการมีส่วนร่วม, ครอบครัว-ชุมชน

^{1,2} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11

*Corresponding author Email: oranong.aeim@gmail.com

Original Article

Development of Stroke Prevention and Control Model through Participatory Processes of Patients, Families and Local Communities in Regional Health 11.

Oranong Aeimkhum¹, Walailuck Sittibun²

Abstract

This Research aimed to development and evaluate of stroke prevention and control model through participatory processes of patients, families and local communities in Regional Health 11. The 35 samples for model developing were represent of family member, neighbor, health volunteer, health personal and local communities. The 370 samples for evaluate the model who new cases of hypertension patient in 2022 of Regional Health 11 were responded the knowledge and prevention and control of stroke questionnaire before and after developing model. The samples for developing model were focus group around 30-45 min for investigate the measure of prevention and control of stroke. Descriptive statistics including frequency percentage, mean, minimum, maximum and standard deviation were used to analyze the data. Paired sample t-test was used to analyze the differences. The qualitative data were used content analysis technique.

The 4 steps of model developing following; 1) quantitative survey found that knowledge of stroke was high level with 61.4% and prevention and control of stroke were middle level with 81.1%. 2) design and develop found that patient should emphasis on self-care, family should look after the patient, neighbor should be learning and sharing, health volunteer and health personal should be monitoring risk of stroke and local communities should coordinate when emergency occur. 3) experimental model and 4) evaluated model finding revealed that the average score of knowledge of stroke before and after using model was statistically significant with 12.9 and 14.6 respectively ($t=61.6$, $p<0.001$). The average score of prevention and control of stroke before and after using model was statistically significant with 55.7 and 66.8 respectively ($t=243.4$, $p<0.001$). The possibility of model were middle level and high level with 64.3% and 27.8% respectively, mean 11.2 (SD 2.3). Thus, the community should be monitor and evaluate knowledge and prevention and control of stroke with using model at least 1 time/month or every 3 months.

Keywords: Stroke, Participatory Processes, Family-Community

^{1,2} Office of Disease Prevention and Control Region 11

*Corresponding author Email: oranong.aeim@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในทางการแพทย์เรียกว่า CVD (Cerebrovascular Disease) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “Stroke” เป็นโรคที่พบบ่อย มักพบใน ผู้มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป และเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ⁽¹⁾ เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการต่างๆ ทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการทันทีทันใด และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยดังกล่าว มีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต โดยร้อยละ 70 พบว่า มีปัญหาในด้านการพูดสื่อสารกับผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วย และครอบครัว⁽²⁾ อย่างไรก็ตามโรคนี้สามารถป้องกันได้ และถ้ารีบรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ก็อาจช่วยให้รอดชีวิต และมีความพิการน้อยลงหรือกลับไปทำงานตามปกติได้

สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 มีอัตราป่วยร้อยละ 0.65 0.69 และ 0.73 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ส่วนอัตราความชุกต่อแสนประชากรของโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 275.1 333.2 363.3 382.3 และ 382.3 ตามลำดับ โดยพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 11 ข้อมูลจาก HDC ปี 2564 เท่ากับ 43 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยรายใหม่ของประเทศ (41.1 ต่อแสนประชากร) จังหวัดชุมพร พบอุบัติการณ์สูงสุด เท่ากับ 167.1 ต่อแสนประชากร รองลงมา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา นครศรีธรรมราช ระนอง และภูเก็ต เท่ากับ 63.2 34.5 13.8 12.9 5.1 และ 4.3 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า อัตราตายต่อแสนประชากรของโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 41.4 56.4 58.5 63.3 และ 63.6 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาของกัลย์สุตา สารแสน และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR=2.46, 95%CI:1.01-5.97) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (OR=9.07, 95%CI :1.74-47.24) ความเครียดจากการทำงาน (OR=13.43, 95% CI : 5.56-32.46) นอกจากนี้ ดวงธิดา โสดาพรม⁽⁶⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ กระบวนการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 11 ที่ผ่านมานั้นการดำเนินงานด้านการรักษาในโรงพยาบาล ที่เน้นการพัฒนากระบวนการ Stroke unit ของแต่ละสถานบริการ เพียงเพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนกระบวนการด้านการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีจุดอ่อนที่สำคัญ คือ การติดตามควบคุมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การคัดกรองไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ขาดการประสานความร่วมมือและติดตามกำกับผลการดำเนินงานกับส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะเมื่อมีการ ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่ส่วนท้องถิ่น⁽⁷⁾ ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการถอดบทเรียนพบว่า การนำองค์ความรู้และแนวทางการพัฒนางาน การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดเครือข่ายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม รวมทั้งมีการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น เพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development [R&D])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 11 แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรสำหรับสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 11 ตามฐานข้อมูลผู้ป่วย HDC จำนวน 45,767 ราย

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากร⁽⁸⁾

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 370 คน และแจกแจงขนาดตัวอย่างไปตามขนาดของจำนวนประชากร ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา โดยทำการสุ่มเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มเลือกตัวอย่าง ในแต่ละจังหวัด และสุ่มเลือกประชากรตัวอย่างให้ได้ตามจำนวนประชากร ที่ได้แจกแจงไว้ เพื่อเป็นตัวอย่างในการเก็บข้อมูล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสังกัดเขตสุขภาพ ที่ 11 ในปีงบประมาณ 2565

2) มีสติสัมปชัญญะดีและสามารถสื่อสารได้ปกติ

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1) มีภาวะแทรกซ้อน

2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการวิจัย

ประชากรสำหรับร่วมพัฒนารูปแบบ รวมจำนวน 35 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วย ครอบครัว และเพื่อนบ้าน 2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จนท.สธ.) 4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และผู้นำชุมชน และ 5) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา Stroke เขตสุขภาพที่ 11 ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังตาราง

ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1) ผู้ป่วย ครอบครัว และเพื่อนบ้าน	- คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน - เป็นผู้ป่วย HT และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับครอบครัว - เพื่อนบ้าน อาศัยอยู่ในชุมชนหรือละแวกเดียวกัน กับผู้ป่วย HT - มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	- คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน - เป็น อสม. ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี - มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	- คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน

- | | |
|--|---|
| 4) อปท. อบต. และ
ผู้นำชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่การวิจัยอย่างน้อย 1 ปี - มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ - คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน - เป็น อปท. อบต. และผู้นำชุมชน ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี - มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ |
| 5) คณะกรรมการพัฒนาระบบ
การสุขภาพ (Service plan)
สาขา Stroke เขตสุขภาพที่ | <ul style="list-style-type: none"> - คัดเลือกผู้แทนคณะกรรมการฯ จำนวน 5 คน - เป็นคณะกรรมการฯ อย่างน้อย 1 ปี - มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ |
- 11

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย
 - 1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การพบแพทย์ตามนัด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และค่าความดันโลหิต
 - 1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย สาเหตุ อาการของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ข้อ คะแนนเต็ม 17 คะแนน โดยเลือกตอบได้สามตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ กรณีตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน (ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87) การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom⁽⁹⁾ มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนน ร้อยละ 80-100 ของคะแนนเต็ม (14-17 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ได้คะแนน ร้อยละ 60-79.9 ของคะแนนเต็ม (10-13 คะแนน)
ระดับต่ำ	ได้คะแนน ร้อยละ 0-59.9 ของคะแนนเต็ม (0-9 คะแนน)
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดปริมาณความถี่ในการปฏิบัติ การตอบคำถามจะมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้ตอบเพียง 1 ตัวเลือก (ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก (Positive statement)

- | | | |
|------------------|--|-------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง ปฏิบัติ >7 ครั้งต่อสัปดาห์หรือทุกครั้งที่มีโอกาส | ให้ 3 คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง ปฏิบัติ 1-6 ครั้งต่อสัปดาห์ | ให้ 2 คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติ | หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย | ให้ 1 คะแนน |

ข้อความด้านลบ (Negative statement)

- | | | |
|------------------|--|-------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง ปฏิบัติ >7 ครั้งต่อสัปดาห์หรือทุกครั้งที่มีโอกาส | ให้ 1 คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง ปฏิบัติ 1-6 ครั้งต่อสัปดาห์ | ให้ 2 คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติ | หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย | ให้ 3 คะแนน |

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือด ใช้วิธีอิงกลุ่มของ Best⁽¹⁰⁾ ดังนี้

- | | |
|--------------|------------------------------|
| ระดับสูง | ค่าคะแนนเฉลี่ย 60-75 คะแนน |
| ระดับปานกลาง | ค่าคะแนนเฉลี่ย 45-59.9 คะแนน |
| ระดับต่ำ | ค่าคะแนนเฉลี่ย 3-44.9 คะแนน |

3. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹¹⁾ มาเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

จากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. และผู้นำชุมชน

4. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยผู้วิจัยประเมินกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบรูปแบบ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาเองประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความง่ายในการนำไปใช้ 2) ความชัดเจนของเนื้อหา 3) ความเหมาะสม 4) ความต่อเนื่องและยั่งยืน และ 5) การนำไปถ่ายทอดเพื่อใช้ในพื้นที่ยื่น ลักษณะคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) คือ น้อย ปานกลาง และมาก โดยเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่กำหนดและต้องตอบให้ครบทุกข้อ จัดระดับความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ โดยใช้วิธีอิงกลุ่มของ Bloom⁽⁹⁾

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 66-0043 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2566

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานความร่วมมือในการศึกษาวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 11 ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
2. ประสานงานกับ อบต. อบต. และผู้นำชุมชน เพื่อขอความร่วมมือและเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง
4. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ร่วมงาน รวมอย่างน้อย สถานบริการละ 2 คน เข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติการเป็นวิทยากรและการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
5. ดำเนินการวิจัยตามแนวทางการวิจัยและพัฒนา (R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	ผลที่ได้รับ
ขั้นตอนที่ 1 สํารวจข้อมูลเชิงปริมาณ (R1)	1) สํารวจข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง	ข้อมูลพื้นฐาน
ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (D1)	1) ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการตอบแบบสอบถาม มาร่างต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง	ร่างรูปแบบฯ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์
	2) สันทนากลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. และผู้นำชุมชน	
	3) ร่างรูปแบบการพัฒนาฯ ตามแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่ม	
	4) เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของร่าง	

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	ผลที่ได้รับ
	รูปแบบการพัฒนา	
ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ (R2)	5) ปรับปรุงร่างรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะ 1) นำรูปแบบฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและประเมินผล	รูปแบบที่ผ่านการทดลองใช้
ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (E)	1) ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง หลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ 1 เดือน 2) ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยผู้วิจัย	รูปแบบการพัฒนาที่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample t-test) ส่วนข้อมูลคุณภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.9 มีอายุเฉลี่ย 56.5 ปี (SD 12.9) อายุต่ำสุด 25 ปี และสูงสุด 87 ปี กลุ่มอายุ 49-60 ปี ร้อยละ 39.5 รองลงมา กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.7 สมรสแล้ว ร้อยละ 80.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.8 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 24.6 รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว 21,400.9 บาท (SD 14,968.9) มีรายได้ต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 100,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้แต่ละเดือน 15,001-30,000 บาท ร้อยละ 44.1 รองลงมา 1,000-15,000 บาท ร้อยละ 36.8 มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.6 โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 65.0 รองลงมา โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.6 มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.1 รองลงมา โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.6 ใน 1 ปีที่ผ่านมาไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 85.9 มีอาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้บ่อยๆ ร้อยละ 29.7 รองลงมา ขาปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 25.4 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.6 และดื่มสุรา ร้อยละ 14.3 มีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 27.8 และน้ำหนักเกิน ร้อยละ 23.0 มีรอบเอว ระดับอ้วนลงพุง (ผู้หญิง ≥ 80 ; ผู้ชาย ≥ 90) ร้อยละ 57.0 และมีระดับความดันโลหิต ในระดับปกติ ($<140/90$ mmHg) ร้อยละ 74.9 รองลงมา เริ่มสูง ($>140/90$ mmHg) ร้อยละ 23.2

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Development: D1)

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11

ผลการสนทนากลุ่มนำมาสรุปเป็น (ร่าง) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 ดังนี้

1. ผู้ป่วย ควรมีบทบาทหลักในการดูแลตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา ตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที การจัดการอารมณ์ผ่อนคลาย ความเครียด และการพักผ่อนที่เพียงพอ

2. ครอบครัว ควรมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเตือนให้ไปพบแพทย์ตามนัด การชักชวนออกกำลังกาย การดูแลด้านอารมณ์มิให้ผู้ที่มีความวิตกกังวล และการดูแลด้านการนอนหลับที่เพียงพอ และที่สำคัญการให้กำลังใจผู้ป่วย

3. เพื่อนบ้าน เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย แบบเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น เพื่อนบ้านจะนำความรู้แลกเปลี่ยนกัน เช่นคนที่ เป็นโรคเดียวกันมาแบ่งปันความรู้กัน แนะนำ และให้กำลังใจกัน

4. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควรมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข คือ เมื่อพบภาวะผิดปกติแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเครื่องวัดความดันโลหิตไว้ประจำตัวเพื่อสะดวกในการวัดและส่งข้อมูลให้ จนท. ช่วยแนะนำผู้ป่วย/บุคคลในครอบครัว เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการพักผ่อนที่เพียงพอ และการร่วมเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. ผู้นำชุมชน ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และช่วยประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จท.สธ.) ควรมีบทบาทในการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ สามารถติดต่อได้ใน SMART PHONE มีไลน์กลุ่ม และมีการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่มไลน์ร่วมกันทั้ง จนท.สธ. และ อสม. อีกทั้งยังใช้ช่องทางนี้ในการสื่อสารความรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่จำเป็นต่อการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6. อปท. อบต. และผู้นำชุมชน ควรมีบทบาทที่สำคัญ คือ ช่วยเหลือ ประสานงานกรณีมีเหตุฉุกเฉิน และการเข้าถึงบริการสายด่วน 1669 การจัดรถ-รับส่งผู้ป่วย ในกรณีจำเป็น การออกเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมเยี่ยม การมอบของที่ระลึกให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

ผลการเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ

ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา Stroke ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 ดังนี้

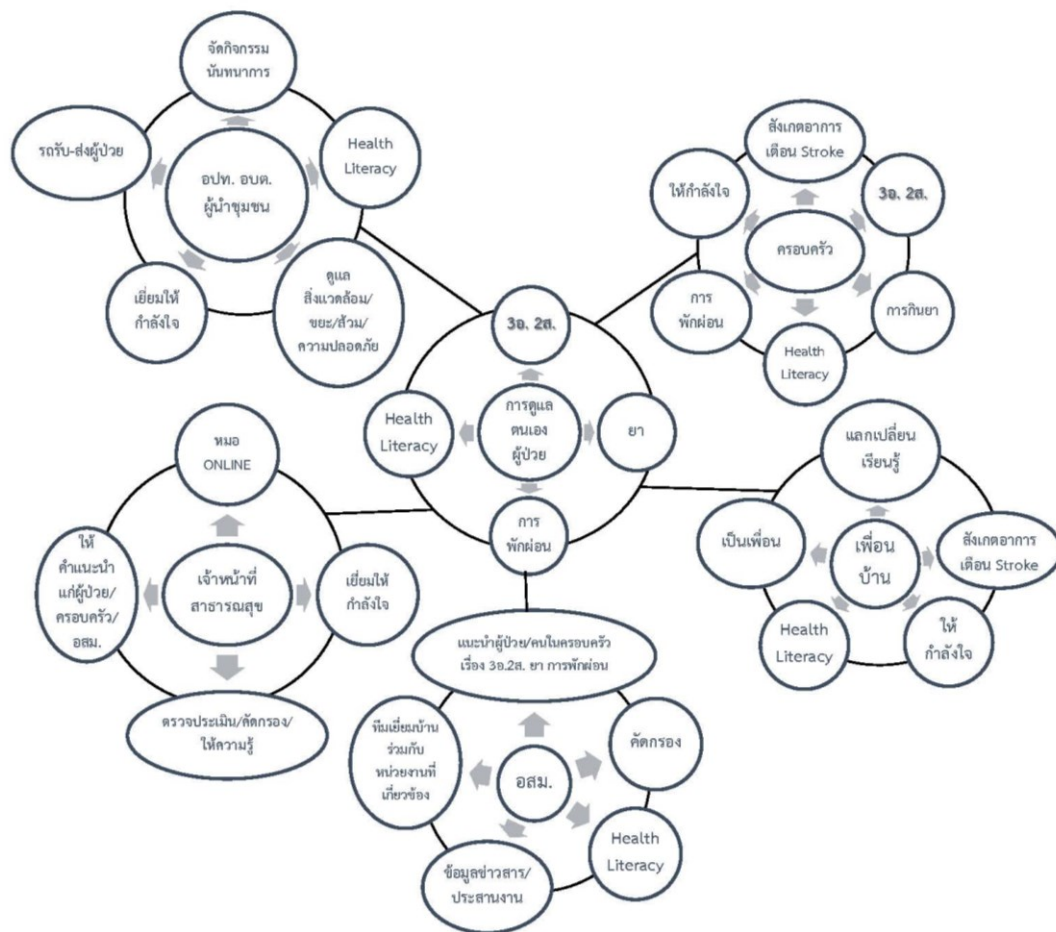
1. ผู้ป่วย ควรเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
2. ครอบครัว และเพื่อนบ้าน ควรเพิ่มเติมการให้ความรู้เรื่องอาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยได้ และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

3. อสม. ควรปรับในส่วนของ “แนะนำผู้ป่วย/คนในครอบครัว เรื่องอาหาร ยา ออกกำลังกาย อารมณ์ การพักผ่อน” เป็น “แนะนำผู้ป่วย/คนในครอบครัว ตามหลัก 3อ 2ส การรับประทานยา และการพักผ่อน”

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ (R2)

ผลจากนำรูปแบบฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้การดูแลสุขภาพของตนเอง และมองเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเอง รวมทั้งการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนร่วมรับรู้ถึงสภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของตัวบุคคล การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

สรุปรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 ดังภาพที่ 1



ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (Evaluation: E)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการนำรูปแบบไปใช้ เท่ากับ 12.9 และหลังการนำรูปแบบไปใช้ เท่ากับ 14.6 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=61.6, p<0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อนการนำรูปแบบไปใช้ เท่ากับ 55.7 และหลังการนำรูปแบบไปใช้ เท่ากับ 66.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=243.4, p<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน-หลัง การนำรูปแบบฯ ไปใช้ (n=370)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนการนำรูปแบบไปใช้	12.9	4.0	61.6	<0.001
หลังการนำรูปแบบไปใช้	14.6	2.4		
พฤติกรรมການป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนการนำรูปแบบไปใช้	55.7	4.4	243.4	<0.001
หลังการนำรูปแบบไปใช้	66.8	4.6		

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ

พบว่า ระดับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 มีความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 27.8 คะแนนเฉลี่ย 11.2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.3) คะแนนต่ำสุด 2 และคะแนนสูงสุด 5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 (n=370)

ระดับคะแนน		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(3-8 คะแนน)	29	7.8
ระดับปานกลาง	(9-12 คะแนน)	238	64.3
ระดับสูง	(13-15 คะแนน)	103	27.8

Mean 11.2, SD 2.3, Median 10.0, Min-Max 5-15

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่า หลังการนำรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการนำรูปแบบฯ (14.6:12.9) โดยผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ในประเด็น “ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถหยุดยาเองได้ถ้ารู้สึกสบายดี” (ร้อยละ 94.1) และทราบว่า “การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมัน เค็ม หวานมาก เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้” (ร้อยละ 93.0) อธิบายได้ว่า ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าว เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบมากขึ้น ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. จนท.สธ. และชุมชนท้องถิ่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความห่วงใยและปรารถนาดีจากบุคคลรอบข้าง มีความใส่ใจดูแลซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ์ แสนสุข และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับดูแลอย่างทันท่วงที ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้รูปแบบฯ ได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ นันทิมา⁽¹³⁾ ที่ได้กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะ

บุคคล ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

ด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ (66.8:55.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=243.4$, $p<0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติประจำ ในประเด็น “การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและรับประทานยาลดความดันโลหิตของคนอื่น” (ร้อยละ 96.5) และ “การรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาเอง” (ร้อยละ 94.1) อธิบายได้ว่าผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ มีทักษะในการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. จนท.สธ. และส่วนท้องถิ่น ได้ส่งเสริมสนับสนุนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการให้การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจ อสม.ที่เป็นแรงหนุนเสริมในการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ช่วย จนท.สธ.คัดกรอง ออกเยี่ยมบ้านวัดความดันโลหิต และการคอยสังเกตอาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นกระบวนการสำคัญในการให้การดูแล เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ และลัษวิ ปิยะบัณฑิตกุล⁽¹⁴⁾ พบว่า กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมเติมเต็มความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

หลังจากได้ทดลองนำรูปแบบฯ ไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.3) รองลงมา ระดับสูง (ร้อยละ 27.8) คะแนนเฉลี่ย 11.2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.3) ต่ำสุด 2, สูงสุด 5 (จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากในประเด็น “เจ้าหน้าที่สามารถนำไปใช้ได้จริง” (ร้อยละ 35.4) และ “มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปถ่ายทอดเพื่อใช้ในพื้นที่อื่น” (ร้อยละ 33.8) จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการ ในการมีส่วนร่วมยังต้องการความต่อเนื่องยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้ ประเมินผลหลังจากพัฒนารูปแบบฯ ในช่วงระยะเวลาเพียง 1 เดือน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าความเป็นไปได้เพียงระดับปานกลาง และบุคคลที่จะนำไปใช้ได้จริงต้องเริ่มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการที่จะเป็นบุคคลสำคัญในการกระตุ้นบุคคลอื่นๆ ทั้งในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. และชุมชนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้มีสุขภาพดี ลดภาวะเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1. จากการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยได้รับรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบมากขึ้น ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. จนท.สธ. และชุมชนท้องถิ่น ดังนั้น ควรส่งเสริมการใช้รูปแบบฯ ในชุมชน และควรมีการติดตามประเมินผลความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากใช้รูปแบบฯ อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือทุก 3 เดือน
2. ในการพัฒนารูปแบบฯ ได้ส่งเสริมให้ผู้มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) ดังนั้น ควรจัดให้มีการอบรม และเพิ่มพูนทักษะในด้านการให้สุศึกษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับอาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน
3. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. และชุมชนท้องถิ่น ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้

การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีสุขภาพดี ลดภาวะเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างยั่งยืน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน และสนับสนุนการให้บริการเชิงรุก ในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมโดยการประยุกต์ทฤษฎีรูปแบบกระบวนการ ในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนและกระบวนการกลุ่มสามารถไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวาน
2. ศึกษาประสิทธิภาพการต่อยอดเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อบต. อบต. และผู้นำชุมชน ที่เข้าร่วมและมีส่วนช่วยในการศึกษาวิจัย โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved from [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). 2023.
2. โรชนี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. ภาวะเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง. Rajabhat J.Sci. Humanit. Soc. Sci. 2558;16(1): 87-94.
3. World Health Organization. Situation Report. Retrieved December 3, 2022, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>. 2020.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี. 2565.
5. กัลย์สุตา สารแสน และคณะ. ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพนักงานธนาคาร กลุ่มเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2652;(33)1:92-106.
6. ดวงธิดา โสตาพรหม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563.
7. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565. ัญลักษณ์การพิมพ์: สุราษฎร์ธานี. 2566.
8. อรุณ จิรวรรณกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
9. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company. 1971.
10. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc. 1977.
11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน: นนทบุรี. 2560.

12. สุวรรณิ์ แสนสุข และคณะ. ศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(4):195-204.
13. Nutbeam, D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072-78.
14. ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ และลัษมิ์ ปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนกึ่งเมือง. วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4(3):325-40.