

# รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี Health Literacy Development Model for Preventing Stroke Disease among Patients with High Risk of Stroke in Primary Care Units, Phetchaburi Province

ฉัตรชัย สมานมิตร ศศ.ม., (การพัฒนาสังคม)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

อุไรรัชต์ บุญแท้ ปร.ด., (ยุทธศาสตร์การพัฒนา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

นงนภัท รุ่งเนย ค.ด., (อุดมศึกษา)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Chatchai Samanmit M.A., (Social Development)

Phetchaburi Provincial Public Health Office

Urairach Boontae Ph.D., (Development Strategy)

Phetchaburi Provincial Public Health Office

Nongnaphat Rungnoei Ph.D., (Higher Education)

Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี

**วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research & development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563 การวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี 117 แห่งจำนวน 228 คน โดยใช้แบบสอบถาม (2) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี โดยการสัมภาษณ์เจ้าของกิจการ ผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งหมด 40 คน (3) พัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี (4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 49 คน และ (5) วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา:** รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย กระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ วิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. เสริมสร้างความ

ฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 2) พัฒนาความรู้และทักษะโดยใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้น 3) องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกความสามารถเชิงกระบวนการคิด การสื่อสารความรู้ทั่วไป และการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค 3) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง 3. เยี่ยมบ้านติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดย อสม., อสค. และ caregiver และ 4. ให้คำปรึกษาและประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ผลของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 49 คนพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรคและการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 49.73$ ,  $t = -41.581$ ,  $t = 45.829$ ,  $p = .001$  ตามลำดับ)

**สรุป:** ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างเพียงพอ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดย การฝึกความสามารถเชิงกระบวนการคิด ทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยงและสังเกตอาการเตือนโรค ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและทัศนคติที่ดีของภาคีเครือข่ายในระดับปฐมภูมิจะช่วยให้สามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ :** ความฉลาดทางสุขภาพ รูปแบบ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการปฐมภูมิ

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 344-363.

## ABSTRACT

**Objective:** The purpose was to develop and evaluate the effectiveness of the health literacy development model for stroke prevention among high-risk patients at primary care units in Phetchaburi Province.

**Method:** This research and development project was conducted between October 2019 and June 2020 on the high-risk patients at the primary care units in Phetchaburi Province. The research consisted of five steps: (1) exploring health literacy in preventing stroke of 228 patients in 117 primary care units by using questionnaires; (2) identifying the current conditions and problems in the prevention of stroke in patients of primary care units by in-depth interviews of 40 participants (executives, healthcare providers, network partners): (3) developing a model for the development of health literacy in the prevention of stroke among high-risk patients of primary care units; (4) evaluating the effectiveness of the model, by the experiment on participants of 49 high risk patients and (5) analyzing the key success factors of developed model and developing the policy proposals for stroke prevention. The data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation), t-test, and content analysis.

**Result:** The developed model consisted of four main processes as follows: (1) preparation and promotion of participation of health team administrators and network partners in primary care units, namely simple analysis needs for development of stroke prevention operations in the community, promoting good attitudes for caring for at-risk patients in the community, developing the capacity of the health team and network partners in the primary care unit; (2) strengthening health literacy in preventing stroke of high-risk patients by assessing problems and needs of them, and developing knowledge and skills by using the program that created three components which were 1) the training of cognitive abilities, 2) communication of general knowledge and 3) development of specific health-related knowledge to continually change behavior of high-risk patients; (3) continuously visiting homes by public health volunteers and caregivers; and (4) providing consultation and evaluation to improve provincial, district, and sub-district levels. Forty-nine high-risk patients who were experimented based on the developed model had higher score regarding health literacy in stroke prevention, health behaviors for stroke prevention and risk awareness. knowing the warning symptoms and preliminary risk assessment for stroke occurrence of high-risk patients than before the experiment with statistical significance at the level of .01 ( $t = 49.73$ ,  $t = -41.581$ ,  $t = 45.829$ ,  $p = .001$  respectively).

**Conclusion:** The results provide the policy recommendations for the provincial public health office and related agencies to support sufficient resources and budgets. They should strengthen the health teams and the attitude of the network partners at the primary level. In addition, the health teams should develop health literacy in stroke prevention. Training cognitive abilities and skills in risk assessment and warning symptoms together with ongoing behavioral change of high-risk patients will help to increase the capacity of patients at high risk for stroke prevention.

**Keyword :** health literacy, model, high-risk patients, stroke prevention, primary care unit

*Received : June 1 , 2020 Revised : June 10 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020*

*Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 344-363.*

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทเนื่องจากระบบไหลเวียนเลือดในสมอง และส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก<sup>1</sup> องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าทุกๆปี จะมีผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน มีความพิการถาวร 5 ล้านคน และเสียชีวิต 5 ล้านคน 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า<sup>2</sup> สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุและมะเร็ง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น<sup>3</sup> จากสถิติในปี 2560 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจาก

โรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 31,172 ราย (47.8 ต่อแสนประชากร) เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี (ก่อนวัยอันควร) จำนวน 15,863 ราย (44.6 ต่อแสนประชากร) โดยที่การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบในผู้ชายเป็น 2 เท่าของผู้หญิง<sup>4</sup> จากรายงานพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15-74 ปี พบว่า ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน (BMI  $\geq$  25.0) ร้อยละ 21.3 ภาวะอ้วน (BMI  $\geq$  30) ร้อยละ 4.4 และการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7<sup>5</sup> จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้ที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประชากรในจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสถิติตั้งแต่ปี 2558 ถึง 2561 พบอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 35.12, 33.80, 38.99, 44.17 และ 38.81 ต่อแสนประชากร (ตามลำดับ) โดยในปี 2562 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูง เท่ากับ 41.87 ต่อแสนประชากร สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค<sup>6</sup> ซึ่งสำหรับผู้รอดชีวิตส่วนหนึ่งอาจมีความพิการหลงเหลือ จึงต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลระยะยาว เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย<sup>7</sup> แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้และความสามารถในการประเมินอาการแสดงหรืออาการเตือน

ภาวะฉุกเฉินทางหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จะทำให้ได้รับการรักษาทันเวลา สามารถป้องกันความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตได้<sup>8</sup>

ประเทศไทยมีนโยบายและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง โดยกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจน ทั้งการประเมินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน<sup>9</sup> ในงานนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีตระหนักถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง และดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคตามนโยบายและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา โดยมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 8 อำเภอ 93 ตำบล ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น 117 แห่ง อย่างไรก็ตามพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้น และระบบการบริการยังดูแลได้ไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง<sup>6</sup> การเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) จึงมีความจำเป็นในการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงตามมาตรการที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตการมีความฉลาดทางสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้<sup>10</sup> ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ บริการสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ<sup>11</sup> บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและการเข้ารับบริการสุขภาพ<sup>12</sup> รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่วัยน้อยและมักจะมีสุขภาพมากกว่าหรือรุนแรงจนต้องเข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า<sup>13</sup> ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ<sup>14</sup> ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การที่ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น<sup>15</sup> จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้คนไทยทุกคนมีความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น<sup>16</sup> กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพว่า เป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว<sup>17</sup> พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ โดยที่ Lee<sup>18</sup> อธิบายว่าปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การตรวจสุขภาพและการพบแพทย์ และ 4) การรับประทายยาต่อเนื่อง

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและยังไม่มีรูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับลักษณะของโรคและการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะและยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดการลดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาที่ถูกต้องต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

และประเมินประสิทธิผลโดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกระบวนการ-ความรู้ของความฉลาดทางสุขภาพของ Chin<sup>19</sup> และแนวคิดความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ<sup>20</sup> บูรณาการร่วมกับแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม<sup>21</sup> มาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตลอดจนรับรู้ภาวะเสี่ยง สามารถเฝ้าระวังอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เพื่อสามารถดูแลรักษาได้ทันท่วงทีลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความพิการหรืออัตราการเสียชีวิตได้เพิ่มขึ้น

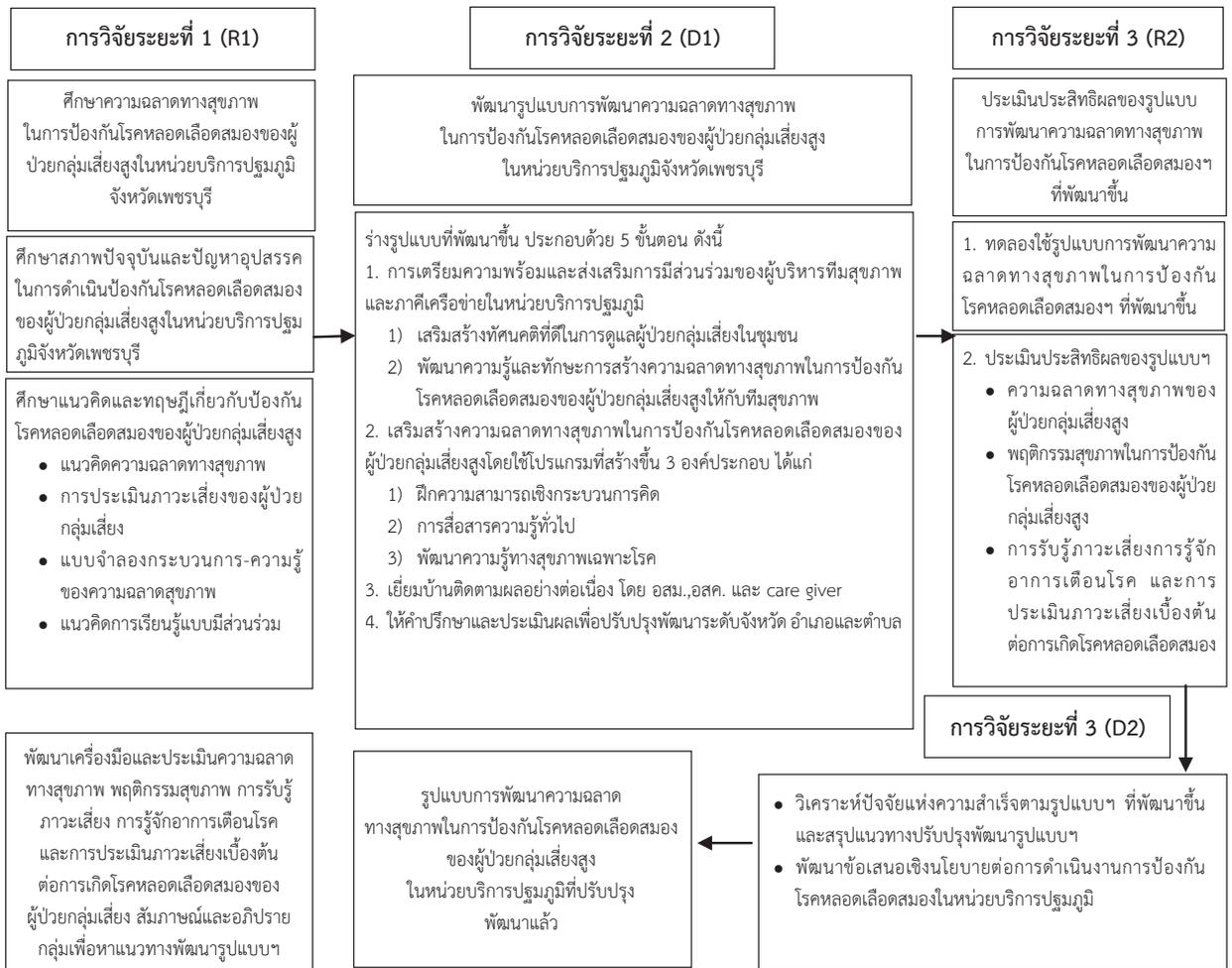
### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี
5. เพื่อสรุปสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองกระบวนการความรู้ของความฉลาดทางสุขภาพ ของ Chin<sup>19</sup> แนวคิดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม<sup>20</sup> และ

และเครื่องมือประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข<sup>22</sup> คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข<sup>23</sup> ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม<sup>21</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี หมายเลข คคม.พบ.ที่ 2/2563 ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563 โดยดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2562 ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี 117 แห่ง จำนวน 228 คน และศึกษาวิจัยในประชากรทั้งหมดโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) โดยใช้ตารางสีของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558)<sup>7</sup> พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี<sup>19,20,21,22,23</sup> ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การวิตกกังวลหรือเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการเคยรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้วิจัยปรับจากแนวคิดความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ<sup>20</sup> จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (2) ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (3) ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (5) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และ (6) ด้านการจัดการตนเองที่เหมาะสม ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือประเมินความรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ<sup>22</sup> จำนวน 40 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการรับประทานยาที่ถูกต้องต่อเนื่อง 5) ด้านการสูบบุหรี่ และ 4) ด้านการดื่มสุรา มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือน และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้วิจัยปรับปรุงจากคู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข<sup>23</sup> จำนวน 20 ข้อ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะเสี่ยง 2) การรู้จักอาการเตือน และ 3) การประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

สำหรับการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ใช้เกณฑ์ของ Best<sup>24</sup> แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00-1.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด, 1.51-2.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย, 2.51-3.50 หมายถึง อยู่ในระดับ

ปานกลาง, 3.51-4.50 หมายถึง อยู่ในระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item-objective congruence index: IOC) ที่ยอมรับได้ คือ ตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป<sup>25</sup> คำนวณหาค่า IOC ได้เท่ากับ 0.6-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือทั้งสามชุด โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.86 และ .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้รับคืนแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนทั้งหมด 228 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

**ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี** โดยการสำรวจพื้นที่ ศึกษาสถิติข้อมูล เอกสารรายงานต่างๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. ศึกษาสถิติข้อมูลและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสำรวจพื้นที่เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถิติข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี จาก (1) ผลการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) และ (2) ผลการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามแนวทางของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup>

หน่วยที่ศึกษา ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่กำกับดูแลและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรีปีงบประมาณ 2562 จำนวน 8 เครือข่าย ได้แก่ อำเภอเขาย้อย เมืองเพชรบุรี แก่งกระจาน ชะอำ ท่าทางบ้านแหลม บ้านลาด และหนองหญ้าปล้อง

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) และ 2) แบบประเมินผลดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามขั้นตอนการบริการหลังประเมินของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup>

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์การประเมินและการแปลความหมายคะแนนผลลัพธ์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup>

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินและศึกษาข้อมูลจากเอกสารรายงานประจำปี

2. การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ เป็นผู้ที่รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานตามนโยบายการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอิ่มตัวของข้อมูล<sup>26</sup> ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 40 คน ได้แก่

1) กลุ่มผู้บริหาร คือ ผู้ที่มีส่วนกำหนดนโยบายการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 คน ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายชุมชน  
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล  
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22 คน  
ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข  
และผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (care manager) และภาคี  
เครือข่ายชุมชน จำนวน 10 คน ได้แก่ อาสาสมัคร  
สาธารณสุข (อสม.หมอบประจำบ้าน) อาสาสมัครประจำ  
ครอบครัว (อศค.) และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (caregiver)  
เครื่องมือในการวิจัยเป็นแนวทางการสัมภาษณ์  
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบ  
ความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามที่ใช้ในการ  
สัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและนำไป  
ทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง  
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไข  
ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวม  
ข้อมูลด้วยตนเองโดยประสานและนัดหมายวันเวลา  
สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาครั้งละ 45 นาทีถึง  
1 ชั่วโมง และขออนุญาตบันทึกเทปเสียงขณะสัมภาษณ์  
ข้อมูลเสียงจากการสัมภาษณ์จะทำลายทิ้งภายใน 1 ปี  
ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือยุติการสนทนาได้ตลอด  
เวลา การรายงานผลการวิจัยไม่ระบุชื่อ และรายงานผล  
สรุปในภาพรวม

**ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการพัฒนา  
ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด  
สมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จังหวัดเพชรบุรี** โดยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1  
และ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎี<sup>19,20,21,22,23</sup>  
เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบ และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ  
จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณา  
ตามแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของ  
รูปแบบฯ

**ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ  
การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกัน  
โรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วย  
บริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี** ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง  
และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่เดือนมกราคม  
ถึงเดือนมิถุนายน 2563 เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้  
แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและ  
วัดหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test  
design)

1. กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย  
(simple random sampling) โดยการคำนวณขนาดของ  
กลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power version 3.1.9.2  
ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก  
Means: Differences between two independent  
means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง  
(Effect size) = 0.5<sup>27</sup> ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05  
และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ทั้งผู้วิจัย  
เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการ  
สูญหายของข้อมูล จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม  
ทดลอง 49 คน

2. พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา สุ่มตัวอย่างแบบง่าย  
โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอจำนวน  
8 อำเภอ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณ  
สัดส่วนร้อยละ 25<sup>28</sup> จำนวน 2 อำเภอ และจับฉลากผู้ป่วย  
กลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิได้จำนวน 49 คน ที่ใช้  
ทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) แบบสอบถาม  
ชุดเดิมในขั้นตอนวิจัยที่ 1-2 และ (2) รูปแบบฯ  
ที่พัฒนาขึ้น

**การทดลองใช้รูปแบบฯ และการเก็บรวบรวม  
ข้อมูล**

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่หน่วยบริการปฐม  
ภูมิที่ใช้ในการทดลอง และขอความร่วมมือในการดำเนินการ  
ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ดำเนินการทดลองตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเตรียมการโดยจัดประชุมชี้แจงกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง ก่อน 1 สัปดาห์

2) การอบรมเชิงปฏิบัติการและฝึกปฏิบัติจริง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตามกระบวนการ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถเชิงกระบวนการคิด การสื่อสารความรู้ทั่วไป และความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค โดยการบรรยาย ฝึกปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบจัดอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มย่อยและนำเสนอประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้ รวม 5 วัน

3) เยี่ยมติดตามประเมินผลการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในชีวิตประจำวันหลังการฝึกอบรม สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครประจำครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง

4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง คือ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี ที่อยู่ในพื้นที่ทดลองรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 6 เดือน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก<sup>29</sup> และการอิมตัวของข้อมูล<sup>26</sup> ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ ใช้สำหรับการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 25 คน ประกอบด้วย (1) ผู้บริหาร 10 คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) ผู้ให้บริการ 15 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้จัดการดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.หมอประจำบ้าน) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2. กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 15 คน ประกอบด้วยตัวแทนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรีที่เป็นพื้นที่ทดลองรูปแบบฯ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจงจากผู้ที่อยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ ครบถ้วนตามกำหนด

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจัดประชุมเพื่ออภิปรายกลุ่มสำหรับกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ โดยขอความร่วมมือและประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่สะดวก ใช้เวลาในการอภิปรายกลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมง สำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้รับบริการ ผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที-1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยสถิติ paired t-test

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.1) มีอายุอยู่ระหว่าง 54-66 ปี (ร้อยละ 48.3) อายุเฉลี่ย 60.05 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 74.6) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 64.5) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 26.3) ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 67.1) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 81.1) เบาหวาน (ร้อยละ 50.4) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 47.4) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.2) ไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 68.4) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวันโดยการ

ทำงานบ้าน งานครัว การเกษตร (ร้อยละ 66.2) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างชอบรับประทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม (ร้อยละ 57.9) มีระดับความดันโลหิตปกติค่อนข้างไปทางสูง (130-139/85-89 มม.ปรอท) ร้อยละ 31.58 มีระดับน้ำตาลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (100-125 มก./ดล.) ร้อยละ 47.4 และมีระดับน้ำตาลมากกว่า 125 มก./ดล. ร้อยละ 29.4 ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 1. ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (N = 228)

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง	M	SD	ระดับ
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.02	0.56	น้อย
2. ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.89	0.67	ปานกลาง
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	1.90	0.55	น้อย
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	1.94	0.61	น้อย
5. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.81	0.63	ปานกลาง
6. ด้านการจัดการตนเองที่เหมาะสม	1.94	0.59	น้อย
รวม	2.29	0.61	น้อย

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (M = 2.29, SD = 0.61) ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

(M = 2.89, SD = 0.67) รองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (M = 2.81, SD = 0.63) และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (M = 1.90, SD = 0.55)

## ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (N = 228)

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD	ระดับ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.14	0.48	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.89	0.92	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการความเครียด	3.41	0.61	ปานกลาง
4. ด้านการรับประทานยา	3.97	0.72	มาก
5. ด้านการลดสูบบุหรี่	3.65	1.73	มาก
6. ด้านการลดดื่มสุรา	3.62	1.71	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.35</b>	<b>0.45</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.35, SD = 0.45) ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากได้แก่ด้านการ

รับประทานยา (M = 3.97, SD = 0.72) รองลงมา คือ ด้านการลดสูบบุหรี่ (M = 3.65, SD = 1.73) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (M = 2.89, SD = 0.92)

## ตารางที่ 3 การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (N = 228)

การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้น ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD	ระดับ
1. ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง	2.12	0.56	น้อย
2. ด้านการรู้จักอาการเตือนโรค	2.14	0.49	น้อย
3. ด้านการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง (FAST)	2.16	0.52	น้อย
<b>รวม</b>	<b>2.14</b>	<b>0.52</b>	<b>น้อย</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอยู่ในระดับน้อยทุกด้าน ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.14 (SD = 0.52) ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง (M = 2.12, SD = 0.56)

### 2. สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ผลการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) ของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2562 ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอ 8 เครือข่าย พบว่าผลการดำเนินงานในภาพรวมผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 88.11 เครือข่ายสุขภาพที่มีผลการ

ดำเนินงานมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 93.42 รองลงมา คือ ร้อยละ 93.11 เครื่องช่วยสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานมีคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับร้อยละ 83.51 พบผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในภาพรวม ร้อยละ 1.21 ของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด

ผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เครื่องช่วยสุขภาพอำเภอ 8 เครื่องช่วย ปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีผลการดำเนินงานในภาพรวมร้อยละ 84.2 เครื่องช่วยสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คะแนนเท่ากับร้อยละ 95.0 รองลงมา คือ ร้อยละ 88.9 เครื่องช่วยสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานน้อยที่สุด คะแนนเท่ากับร้อยละ 64.3 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีภาวะเสี่ยงลดลง ในภาพรวมร้อยละ 39.1 เครื่องช่วยสุขภาพที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีภาวะเสี่ยงลดลงมากที่สุด ร้อยละ 66.7 เครื่องช่วยสุขภาพที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีภาวะเสี่ยงลดลงน้อยที่สุด ร้อยละ 22.2

ผลการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี พบว่ามีสภาพปัญหาและอุปสรรค สรุปได้ดังนี้

1. ด้านนโยบาย พบว่า ผู้บริหารระดับสูงสุดให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประชุมชี้แจงนโยบายสู่การปฏิบัติ แต่พบว่ายังประสานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นระบบการประสานดำเนินงานเฉพาะเรื่องหรือเป็นครั้งคราวการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างเป็นระบบยังไม่ต่อเนื่อง และมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกน้อย

2. ด้านการดำเนินงาน ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ตามตารางสี) และการแปลค่าระดับความเสี่ยง แต่ยังไม่ได้กำหนดเป้าหมายผลลัพธ์

การบริการและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับผู้ป่วยองค์ประกอบที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม ได้แก่ การให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจัดการตนเองเพื่อควบคุมและชะลอความก้าวหน้าของโรคและโรคร่วม

3. ด้านงบประมาณ พบว่าการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ได้แก่ งบประมาณสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการติดตามผลหลังจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการวินิจฉัยโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนที่แฝงอยู่ และได้รับการรักษาล่าช้า

4. ด้านระบบข้อมูล ระบบการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ต้องลงบันทึกข้อมูลหลายขั้นตอนแต่ไม่สามารถเชื่อมโยงได้ทั้งระบบ ไม่สามารถดึงข้อมูลของผู้ป่วยที่บันทึกในระบบอื่นๆ แล้วมาใช้ประโยชน์ได้

5. ด้านผู้รับบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง รวมถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรคและการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขาดการกำหนดปริมาณและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

6. ด้านภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลทุกระยะตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

### 3. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี

รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ วิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเสริมสร้างทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. เสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดย

- 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
- 2) พัฒนาความรู้และทักษะโดยใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกความ

สามารถเชิงกระบวนการคิดการสื่อสารความรู้ทั่วไป และการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค

3) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง

3. เยี่ยมบ้านติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดย อสม., อสค. และ caregiver

4. ให้คำปรึกษาและประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาระดับจังหวัด อำเภอและตำบลผลการตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบฯ ในด้านความเหมาะสมและสอดคล้องกันของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.8, SD=0.2$ ) มีข้อเสนอให้เพิ่มขึ้นตอนเพิ่มรายละเอียดการให้คำปรึกษา

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

**ตารางที่ 4** ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 49)

ประสิทธิผลของรูปแบบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		T	P
	M	SD	M	SD		
<b>ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง</b>						
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.04	0.23	2.84	0.28	22.921	.001
2. ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.85	0.36	4.41	0.47	29.860	.001
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	1.90	0.44	2.87	0.30	25.148	.001
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	1.99	0.36	2.90	0.25	28.065	.001
5. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.83	0.39	3.72	0.42	12.846	.001
6. ด้านการจัดการตนเองในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตน	1.96	0.27	2.93	0.14	34.327	.001
<b>โดยรวม</b>	<b>2.30</b>	<b>0.24</b>	<b>3.32</b>	<b>0.19</b>	<b>49.731</b>	<b>.001</b>

**ตารางที่ 4** ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย  
กลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 49) (ต่อ)

ประสิทธิผลของรูปแบบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		T	P
	M	SD	M	SD		
<b>พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง</b>						
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.20	0.42	4.01	0.30	32.962	.001
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.88	0.92	3.75	0.46	11.250	.001
3. ด้านการจัดการความเครียด	3.38	0.54	4.17	0.28	18.544	.001
4. ด้านการรับประทานยา	4.00	0.77	4.32	0.46	5.985	.001
5. ด้านลดการสูบบุหรี่	2.83	0.39	4.85	0.36	27.781	.001
6. ด้านลดการดื่มสุรา	2.96	0.29	4.87	0.38	42.633	.001
<b>โดยรวม</b>	<b>3.29</b>	<b>0.36</b>	<b>4.19</b>	<b>0.24</b>	<b>41.581</b>	<b>.001</b>
<b>การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้น</b>						
1. ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง	2.18	0.56	3.52	0.28	-41.861	.001
2. ด้านการรู้จักอาการเตือนโรค	2.19	0.49	3.45	0.36	-32.692	.001
3. ด้านการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค หลอดเลือดสมอง	2.29	0.52	3.85	0.25	-30.414	.001
<b>โดยรวม</b>	<b>2.21</b>	<b>0.52</b>	<b>3.59</b>	<b>0.25</b>	<b>45.829</b>	<b>.001</b>

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4 ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรคและการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 49.731$ ,  $t = 41.581$ ,  $t = 45.829$ ,  $p = .001$  ตามลำดับ)

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี

ผลการอภิปรายกลุ่มของผู้บริหารและผู้ให้บริการ และผลการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับบริการสามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้ 2 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย
  - (1) การกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน
  - (2) ศักยภาพของผู้บริหารและทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - (3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
  - (4) ความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

- (5) การสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ
  - (6) การมีระบบลงทะเบียนและฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
  - (7) ความร่วมมือของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและญาติผู้ดูแล
2. กระบวนการ ประกอบด้วย
- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงร่วมกันกับภาคีเครือข่าย
  - (2) การดำเนินการตามแผนที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
  - (3) ความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - (4) การติดตามกำกับและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

### ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทดลองใช้รูปแบบฯ การอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกสามารถสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยให้มีการตั้งเป้าหมายผลลัพธ์การบริการและจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยตนเองสู่ความยั่งยืน และมีการกำกับติดตามให้คำปรึกษาผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรสนับสนุนทรัพยากรด้านบุคลากร งบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการนำรูปแบบไปทดลองใช้

พบว่า ยังมีข้อจำกัดเรื่องการสนับสนุนงบประมาณด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

3. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรบูรณาการใช้ชุมชนเป็นฐาน (ชุมชนลดเสียง ถดโรค) และส่งเสริมวิถีชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างพอเพียงโดยเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและทัศนคติที่ดีของภาคีเครือข่ายในระดับปฐมภูมิเพื่อความร่วมมือในการดำเนินงานในชุมชน

4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของตนเอง ดังนั้นการนำรูปแบบฯไปใช้ควรพัฒนาความรู้ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

5. การส่งเสริมการใช้รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิเน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ให้สามารถจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ดังนั้นควรมีระบบลงทะเบียนและฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพที่สามารถติดตามให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ต่อเนื่อง เพื่อประสานงานในการดูแลอย่างเหมาะสม

### วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรีโดยรวมอยู่ในระดับน้อยค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะเดียวกันพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการ

เตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอยู่ในระดับน้อยทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงยังมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ มีศักยภาพในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้น้อย ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง จึงพบแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเพชรบุรีเพิ่มขึ้น<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา<sup>11, 21</sup> กล่าวว่า การที่บุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งนับเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น โดยประเด็นที่คะแนนต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานยามีคะแนนสูงสุด ถือเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคได้ ดังที่ Lee<sup>18</sup> พบว่า การรับประทานยาต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องค้นหารูปแบบในการพัฒนาศักยภาพในการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคและเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ในส่วนที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยเฉพาะในประเด็นที่มีคะแนนต่ำซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่าเป็นการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่เน้นหลักการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานได้เพิ่มขึ้น

ขณะเดียวกันมีการฝึกกระบวนการคิดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกระบวนการ-ความรู้ของความฉลาดทางสุขภาพของ Chin<sup>19</sup> ส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ภาวะเสี่ยง สามารถเฝ้าระวังอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านโดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการลดการสูบบุหรี่และดื่มสุราก็เป็นสิ่งที่ดีมาก เนื่องจากทั้งบุหรี่และสุราเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง<sup>29</sup> ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า เนื่องจากนิโคตินมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตและลดระดับออกซิเจนในเลือดแดงได้<sup>30,31</sup> และส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง<sup>32</sup> กล่าวได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้และนำไปปฏิบัติได้จริงและช่วยพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดยการฝึกความสามารถเชิงกระบวนการคิด ทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยงและสังเกตอาการเตือนโรค ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและทัศนคติที่ดีของภาคีเครือข่ายในระดับปฐมภูมิจะช่วยให้สามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น ผลงานวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ผู้บริหารทุกระดับควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมงานที่ดี ในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วย

กลุ่มเสี่ยงและสนับสนุนงบประมาณ บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตควรศึกษาระยะยาวโดยติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนืองอย่างน้อย 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจนและครอบคลุมรายละเอียดตามองค์ประกอบของรูปแบบเพิ่มขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศและนายบุญลภ ทิพย์จันทร์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรีทุกแห่งที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบ และขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์; 2560.
2. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident [internet]. 2015 [cited 2019 Aug 10]; Available from: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident).
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตและอัตราการตาย ต่อประชากรแสนคน ปี 2555-2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2561]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.bps.ops.moph.go.th>

4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์; 2562.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปี 2563 จังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี: พีเอสกราฟฟิก; 2562.
7. จันทรจิรา สีสว่าง, นงนภัทร รุ่งเนย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2559; 34(3): 10-18.
8. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปีและกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
11. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body index in overweight children. Patient Educ Couns. 2010; 79(1): 43-8. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.035

12. Baker DW. The Meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8): 878–83. doi: 10.1111/j.1525-1497.
13. National Assessment of Adult Literacy. The Health Literacy of America’s Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education; 2006.
14. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al. Health literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med.* 2007; 167(14): 1503–09. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
15. World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. 2009 [cited 2019 October 14]; Available from: <http://www.who.int/whr/>; 2009.
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and community strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International.* 2000; 15(3): 259–67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
17. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรุ ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.* 2559; 25(3): 45-54.
18. Lee SYD, Arozullah AM, Cho Y. Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Soc Sci Med.* 2004; 58(7): 1309-21. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00329-0.
19. Chin J, Morrow DG, Stine-Morrow EA, et al. The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *J Health Commun.* 2011; 16(Suppl 3): 222-41. doi: 10.1080/10810730.2011.604702.
20. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2559.
21. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
22. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครื่องมือประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
23. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
24. Best JW, Kahn JV. *Research in Education.* 10 th ed. Cape Town: Pearson Education Inc; 2006.
25. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing and Health Research.* 5<sup>th</sup> ed. New York: Springer Publishing Company; 2016.
26. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด; 2553.

27. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation. Ithaca: Cornell University, Center for International Studies; 1977.
28. นางลักษณ์ วิรัชชัย. วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552
29. Pennlert J. Recurrent stroke risk factors, prevention and prognosis [Internet]. 2016 [cited 2020 June 30]. Available from: <https://www.divaportal.org/smash/get/diva2:1045473/FULLTEXT02>
30. Markus M. Psychological stress ‘increases risk of stroke’ [Internet]. 2016 [cited 2020 June 30]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/279438.php>
31. Hanna S.T. Nicotine effect on cardiovascular system and ion channels. J Cardiovasc Pharmacol. 2006; 47(3): 348-58. doi: 10.1097/01.fjc.0010205984.13395.9e.
32. กาญจนา จิตติพร, นนทซ์ อนุศักดิ์กุล, ภูมิพัฒน์ หิมะพรม, และคณะ. ผลของบุหรี่ต่อการทำงานเซลล์เยื่อบุหลอดเลือดและหลอดเลือดแดงแข็งในอาสาสมัครไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2561; 62(6): 1013-22;