

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยง*

Development of Community Health System to Prevent Cerebrovascular Disease among Risk Group*

ไพรินทร์ พัสตุ** ดารุณี จงอุดมการณ์ ***

Pairin Patsadu** Darunee Jong-Udomkarn***

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงใน 2 ตำบลของอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนความเสี่ยง Thai CV risk score ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ สมาชิกครอบครัว ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interviews) การสนทนากลุ่ม (semi-structured interviews) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) สังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) และบันทึกภาคสนาม (field notes) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

Received: May 2,2019

Revised: January 20,2020

Accepted: February 22, 2020

* วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* A Thesis in the Degree of Doctor of Philosophy in Nursing Science Program. The thesis granted from Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Faculty of Nursing, Khonkaen University.

** นักศึกษาหลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: pairin.trcn@gmail.com

** Student of Doctor of Philosophy in Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Khonkaen University. E-mail: pairin.trcn@gmail.com

*** Corresponding author, ศาตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: Darjon@kku.ac.th

*** Corresponding author, Professor Faculty of Nursing, Khonkaen University. E-mail: Darjon@kku.ac

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561-เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ บริบท วัฒนธรรม พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ข้อจำกัด กิจกรรมการป้องกันโรค นโยบายแผนงาน ระบบสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค บทบาทหน้าที่บุคคล และองค์กรที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อนจุดแข็งภายในชุมชน คัดเลือกปัญหา และร่วมกันวางแผน ปฏิบัติตามแผนงาน รวมทั้งประเมินผลการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยเข้าไปกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ทำให้กลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ เกิดความร่วมมือในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาของกลุ่มที่เกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวิจัย ผลการวิจัยพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงใน 2 ระดับ คือ **1) การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง** ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลสะสมในชุมชน เป็นระบบข้อมูลการดำเนินงานในการป้องกันโรคฯ ระบบการสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชน เป็นระบบการเผยแพร่สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต่อการป้องกันโรคฯ ระบบเฝ้าระวังและติดตามผล เป็นการวางระบบผู้เฝ้าระวังและติดตามรายงานข้อมูลซึ่งมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง และระบบการจัดสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันโรค **2) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การจัดการและพฤติกรรมของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน** ได้แก่ การเกิดผู้รับผิดชอบต่อการป้องกันโรคฯ การสร้างความตระหนักรู้ต่อภัยอันตรายของโรคและกลวิธีป้องกันโรคฯ การสร้างบุคคลต้นแบบ และการสร้างวาทกรรมนำความคิดรณรงค์ในการป้องกันโรคฯ ในชุมชน “ตีบ แตก ตัน อันตราย”

จากการศึกษาครั้งนี้ได้แนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ควรนำกระบวนการวิจัยนี้ไปใช้ในการศึกษาในพื้นที่อื่นต่อไป เพื่อยืนยันผลการศึกษา และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อให้เกิดเป็นทฤษฎีต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพชุมชน ป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเสี่ยง

Abstract

Action research aimed to improve community health in the prevention of stroke risk by research area in 2 communities in Tharua District, Ayutthaya Province. a Stroke risk group that have been evaluated by the evaluation Thai CV risk score is the risk of moderate to both male and female, and stakeholders and organizations in the community, including members of the family leader. officials and community health in the community. Using data collected by structured interviews include data for vulnerable groups, family members and those involved in community discussion groups. Semi-structured interviews, in-depth interviews, participant observation and field notes. data analysis, quantitative data with descriptive statistics. Data were analyzed using qualitative content analysis conducted research from January 2561 - September 2561 began with the study of the cultural context of risk behavior prevention stroke prevention activity restriction policies, plans support individual roles problems. And related organizations Strengths and weaknesses within the community selection problems and joint planning Compliance Program The evaluation changes by stimulating research into the changes in the community. Make caregivers vulnerable groups and those involved in community health volunteers and village headmen of local authorities. Health officials and nurses cooperation in the development of healthy communities together to solve problems that arise in every stage of the research is as follows: **1) Alteration in the community health system in support for stroke prevention:** The changes in community health system involved alteration in the following areas; application of community empirical data as a basement for the creation of stroke prevention measures, communication with local people, publication of stroke prevention measures, monitoring and following up system was coached by healthcare officials, and creating stroke preventing environment. **2) Alteration in perception, management and behavior of the personnel relating to the community's health care system:** The changes in this category involve; allocating of the responsibilities on stroke prevention, creating role model group, creating awareness on the danger of stroke and the importance of stroke prevention. In addition, a Thai rhyming, “Teep, Tak, Tan, Undarai”, literally means “narrowing, breaking, blocking, dangerous”, was also used in a campaign to gain public awareness on the danger of stroke developed at different levels of blood vessel obstructions.

Keywords: community health system, prevention, stroke, risk groups.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในสามอันดับแรกของประชากรทั่วโลก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง พบผู้ป่วยโรคดังกล่าวทั่วโลกมากถึง 17 ล้านคน มีอัตราการเสียชีวิต 6.5 ล้านคน¹ สถิติของประเทศไทยปี 2013-2015 พบอัตราตายด้วยโรคดังกล่าวต่อประชากรแสนคนร้อยละ 36.13, 38.66 และ 42.62 เมื่อศึกษาสถิติรายภาคของประเทศไทย พบว่า ภาคกลางพบอุบัติการณ์สูงสุด โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครประมาณ 22,761 ราย/ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีปัญหาขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

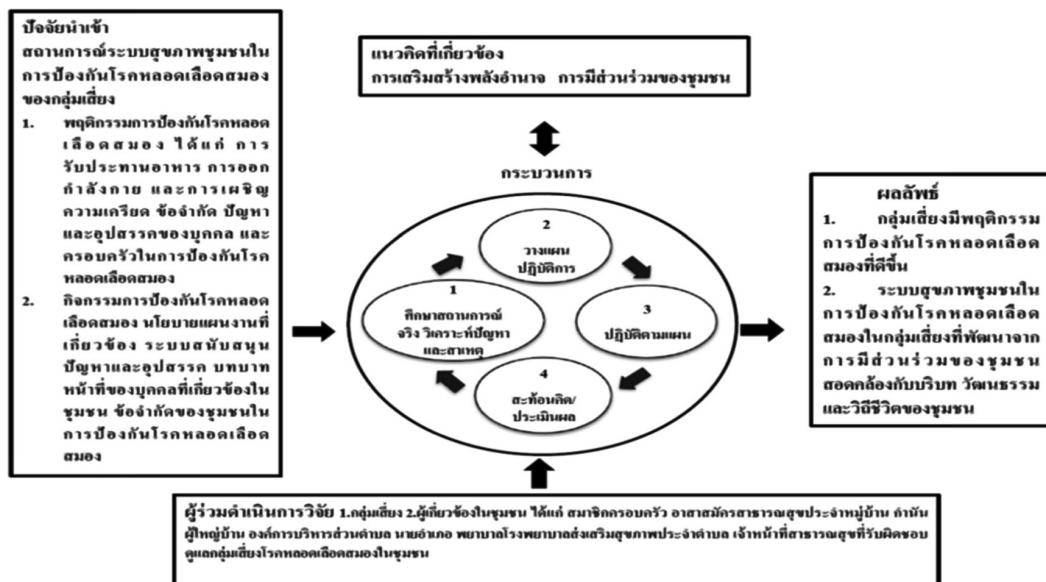
ผลกระทบที่สำคัญจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จะทำให้บุคคลสูญเสียชีวิต และเกิดภาวะการเจ็บป่วยทั้งระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง โรคดังกล่าวนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อระดับบุคคล และครอบครัวเท่านั้น ยังกระทบในระดับชุมชน ขาดแคลนกำลังคนร่วมกันพัฒนาชุมชน เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล^{3,4} สำหรับประเทศไทยค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยคิดเป็น 1,629 บาท ต่อราย³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เป็นวิธีการที่ดีที่สุด⁵ แต่ที่ผ่านมา มีความพยายามจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองโดยการศึกษาวิจัย ด้วยรูปแบบวิจัยที่หลากหลาย นอกจากนี้ในระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม กำหนดนโยบายสุขภาพและตัวชี้วัดสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน แต่ผลลัพธ์ที่ได้กลับไม่ประสบความสำเร็จ แนวโน้มสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่มขึ้น

ปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับบุคคล พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การไม่ทราบเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง⁶ รวมทั้งประชาชน รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีความสนใจหรือเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองอย่างลึกซึ้ง⁷ ที่ผ่านมาพบว่าแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง แต่ยังคงพบข้อจำกัด โปรแกรมดังกล่าวมุ่งจัดการเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ขาดการประเมินผลหรือติดตามในระยะยาว การศึกษาวิจัยที่น่าชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังพบค่อนข้างน้อย รูปแบบกิจกรรมที่เกิดจากชุมชนเองยังไม่ชัดเจน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างเหมาะสม⁸ ดังนั้นการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคดังกล่าวทุกคนในชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญ ผู้นำชุมชนต้องเสียสละ ทำงานเพื่อส่วนรวม เปิดโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเน้นการทำงานเชิงรุก ประสานการทำงานร่วมกับทุกคนในพื้นที่ เสริมหนุนให้กลุ่มเสี่ยง และสมาชิกครอบครัวสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อช่วยให้กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลง มีความตระหนัก สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้ถูกต้องโดยไม่ลุกลามเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ค้นหาศักยภาพการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ปรัชญาปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะเข้าใจความหมายที่แท้จริงเมื่อได้ผ่านการปฏิบัติ เพื่อช่วยให้มนุษย์พัฒนาชีวิตให้ดีขึ้น ผู้วิจัยต้องให้ผู้ร่วมวิจัยมีประสบการณ์ และเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง สร้างความรู้ผ่านการปฏิบัติ วิเคราะห์ วิพากษ์ และเรียนรู้ตามความสนใจของตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีวิพากษ์สังคม (Critical social theory) อันจะนำไปสู่การสร้างพลังอำนาจ และการปฏิบัติ และเลือกที่จะปฏิบัติตามความสนใจทำให้เกิดความตระหนัก และเกิดพลังอำนาจด้วยตัวเอง ระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ของเลวิน มูเล และกูดแมน^๑ แบบประสานความร่วมมือ (Mutual collaborative approach) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้คิด วิเคราะห์

และวางแผน เลือกปฏิบัติตามความสนใจของตนเองเพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ โดยนำแนวคิดทฤษฎีวิพากษ์สังคม (Critical social theory) มาใช้ในการส่งเสริมพลังอำนาจ และเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง สร้างความรู้ผ่านการปฏิบัติ ค้นหาวิธีการในบริบทของตน โดยเริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์ บริบท วัฒนธรรม พฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ข้อจำกัด กิจกรรมการป้องกันโรค นโยบาย แผนงาน ระบบสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค บทบาทหน้าที่บุคคล และองค์การที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อนจุดแข็ง วางแผนอย่างมีส่วนร่วม และปฏิบัติตามแผนงาน รวมทั้งประเมินผลการเปลี่ยนแปลง จะช่วยให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมของชุมชนต่อไป ดังแสดงในภาพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษา

1.1 สถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค บริบท ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคของกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2) กิจกรรมการป้องกันโรค บริบท นโยบายแผนงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรค บทบาทหน้าที่ของบุคคล และองค์กรที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อนจุดแข็งของชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังดำเนินกิจกรรมการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มเสี่ยง 2 ตำบล ตำบลละ 40 คน ในอ.ท่าเรือ จ.พระนครศรีอยุธยา โดยคัดเลือกพื้นที่วิจัย โดยพิจารณาจากข้อมูลสถิติอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2560 จากอินเทอร์เน็ต พบอุบัติการณ์สูงสุดในภาคกลางของประเทศไทย และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีสถิติโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดใน 5 อันดับแรกของภาคกลาง และสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2012-2560 สำหรับ อ.ท่าเรือ

เป็น 5 ลำดับแรกที่พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด โดยเฉพาะในตำบล ก. และตำบล ข. ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองดังนี้ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนน > 10 ขึ้นไป มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่จะศึกษา มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนสิ้นสุดการวิจัย สำหรับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ ได้คัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติ และเกี่ยวข้องกับ การดูแลโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีตำแหน่งทางสังคมในชุมชน ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น นายอำเภอ พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบแผนงานโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอ มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย	ตำบล ก.	ตำบล ข.
1. กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	25	25
2. สมาชิกในครอบครัว	5	5
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	5	5
4. กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน	1	1
5. ผู้นำท้องถิ่น	1	1
6. นายอำเภอ	1	1
7. พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	1	1
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบแผนงานโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอ	1	1
รวม	40	40

2. เครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยการเรียนการวิจัยเชิงคุณภาพ และฝึกฝน ทบทวนแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ และควบคุมการดำเนินการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score)¹⁰ ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปเป็นโปรแกรมซอฟต์แวร์สำเร็จรูป พัฒนาจากการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโดยตรง โดยติดตามพนักงานการไฟฟ้าที่เข้าร่วมโครงการทั้งเขตกรุงเทพ และต่างจังหวัด 9,000 ราย เป็นเวลานาน 30 ปี โดยตัวแปรที่นำมาใช้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ค่าไขมันในเลือด ค่าระดับน้ำตาลจากกระแสเลือด การสูบบุหรี่ รอบเอว การศึกษา ซึ่งผลที่ได้ถูกจัดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ (< 10%) ปานกลาง (> 10-20%) สูง (> 20-30%) สูงมาก (>30-40%) และสูงอันตราย (> 40%) โดยผู้วิจัยจะนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน ก่อนเก็บข้อมูลจริง

เครื่องมือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interviews) มีจำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว และ 3) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เกี่ยวข้อง และ 4) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มสำหรับสมาชิกในครอบครัว แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาและสร้างข้อคำถามปลายเปิดหรือแนวคำถามที่เหมาะสมโดยพัฒนาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

เพื่อให้ครอบคลุม ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์วิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้กำหนด แนวทางการสังเกต อย่างมีส่วนร่วม (participant observation) และ สังเกตการมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วม ความสนใจของผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน โดยศึกษาจากข้อมูล ด้านเอกสารและฐานข้อมูลของอำเภอ การ สัมภาษณ์ผู้รู้เชิงลึก และข้อมูลทั่วไปของตำบล ในประเด็นดังนี้ ประวัติหมู่บ้าน ลักษณะทาง ภูมิศาสตร์ ลักษณะประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคม การเมืองการปกครอง วิถีชีวิต ของชุมชน ระบบการศึกษา ระบบอนามัย สาธารณสุข ระบบความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ร่วมกับการ สังเกต บริบท และสภาพแวดล้อมของชุมชน และสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วม ความสนใจของผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มดำเนินการวิจัย จนถึงสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ได้แก่ การให้ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น ความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรม ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิต ความเชื่อ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดย ดำเนินการจดบันทึกภาคสนาม (field notes) ทุก ขั้นตอนกระบวนการของการวิจัย

3. การปกป้องสิทธิของผู้วิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติและผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่นตามโครงการวิจัย เลขที่โครงการ HE 602338/2560 ในการดำเนินการวิจัย และขอ อนุญาตเข้าศึกษาในพื้นที่ โดยในการศึกษาวิจัยใน ครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมของการ วิจัยในมนุษย์ 1) หลักความเคารพในบุคคล ดำเนิน การวิจัยโดยยึดหลักเคารพในบุคคล ศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์ โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้ ผู้วิจัยได้

ขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย โดยบอกข้อมูลที่ จำเป็นเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธี ดำเนินการ กิจกรรม อธิบายผลที่อาจเกิดจากการ เข้าร่วมการวิจัย สิทธิต่างๆ รวมทั้งตอบข้อซักถาม อย่างละเอียดและชัดเจนเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีโอกาส เลือกและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโดย ไม่มีการบังคับ และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัย และไม่ต้องตอบคำถามที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ รวมทั้งรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ มีการนำเสนอในภาพรวม และทำลายไฟล์เสียง ภายหลังเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย ผู้วิจัยคำนึง ถึงผลกระทบที่อาจคุกคามผู้ร่วมโครงการวิจัย โดย ไม่ใช้คำถามคุกคาม ทั้งทางวาจา ลักษณะกิริยา ท่าทาง ในขณะที่สัมภาษณ์ หรือทำการสนทนากลุ่ม (semi-structured interviews) และ 3) หลัก ความยุติธรรม ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดย ปราศจากอคติ ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และไม่แบ่งแยกความแตกต่างของบุคคล ดำเนิน การวิจัยโดยมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง จากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถาม และให้ข้อคิดเห็น รวมทั้งร่วมกันปฏิบัติกิจกรรม ดำเนินงานอย่างเสรี และอิสระตามข้อตกลงร่วมกัน โดยคำนึงถึงผล ประโยชน์ที่จะได้จากการศึกษาวิจัยในการปรับปรุง รูปแบบให้ดีขึ้น เหมาะสมกับชุมชน

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ วิจัยใน 2 ตำบลควบคู่กัน โดยผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ อย่างไม่เป็นทางการเพื่อแนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมอง

ของพื้นที่ หลังจากนั้นขอความช่วยเหลือพาเข้า
แนะนำต่อผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายอำเภอ
สาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน และพยาบาลวิชาชีพประจำ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ
ประสานผู้นำชุมชน เพื่อขอความร่วมมือจัดประชุม
กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่สนใจเข้าร่วม
โครงการวิจัยเพื่อแนะนำโครงการวิจัย ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รายละเอียดดำเนินการ
วิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการ
วิจัยครั้งนี้ รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้
ซักถามข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็นต่อการ
เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย
รวมถึงได้ผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังได้รับความ
ยินยอมอย่างไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยได้ทำ
หนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่วิจัย และลงพื้นที่อย่าง
เป็นทางการ แจ้งต่อผู้เกี่ยวข้อง และขอความ
ร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพประจำตำบล เพื่อศึกษาข้อมูลของกลุ่มเสี่ยง
จากเวชระเบียนเป็นข้อมูลเบื้องต้น และมีการจด
บันทึกไว้ จากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อนัดหมาย
กลุ่มเสี่ยงตามข้อมูลที่ผู้วิจัยคาดว่าจะเป็นผู้ร่วมวิจัย
และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
คัดกรองโดยแบบประเมินความเสี่ยงการเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง (Thai CV Risk score) ได้กลุ่ม
เสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองในระดับปานกลางขึ้นไป เป็นผู้ร่วมวิจัยตำบล
ละ 25 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยขอให้กลุ่มเสี่ยงแสดง
ความยินยอมในการทำวิจัย และให้ลงนามเซ็น
ยินยอมไว้เป็นหลักฐาน สำหรับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง
ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงตำบลละ

5 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล
ละ 5 ราย ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข และนายอำเภอ ผู้วิจัยขอความ
ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยวาจา และให้แสดงความ
ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามในใบเซ็นยินยอมไว้
เป็นหลักฐานเช่นกัน จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการ
วิจัยในพื้นที่ โดยการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อ
สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และร่วมกันดำเนินการวิจัย
ต่อไป

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนของการ
เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยใน 2
ตำบลควบคู่กัน ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
ตามขั้นตอนสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพ ชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ กลุ่มเสี่ยง

ระยะนี้ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์
ระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือด
สมองของกลุ่มเสี่ยงในประเด็น ดังนี้ บริบทของ
ชุมชนในด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรม โครงสร้าง
องค์กรชุมชน พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด
สมอง ข้อจำกัด กิจกรรมการป้องกันโรค นโยบาย
แผนงาน ระบบสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค บทบาท
หน้าที่บุคคล และองค์กรที่เกี่ยวข้อง (stake-
holder analysis) ระดับบุคคล ครอบครัว และ
ชุมชน จุดอ่อนจุดแข็ง โดยการสนทนากลุ่ม
(semi-structured interviews) จำนวน 1 ครั้ง/
ตำบลครั้งละ 60-90 นาที โดยแบ่งจำนวนกลุ่ม
เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และสมาชิกในครอบครัว
ออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน สำหรับกลุ่ม
ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้สนทนากลุ่ม 1 กลุ่ม จำนวน
10 คน

ระยะที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ

หลังจากนั้นนำผลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) ผู้วิจัยสะท้อน และคืนข้อมูลให้กับผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 ตำบล เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด กิจกรรม นโยบาย แผนงานที่เกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่ของบุคคลและวิเคราะห์ห้วงองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน (stakeholder analysis) รวมทั้งวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของทั้ง 2 ตำบล และให้ผู้ร่วมวิจัยเพิ่มเติมข้อมูลและแสดงความคิดเห็น 2) ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ และวางแผนการดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงตามความต้องการของชุมชน โดยจัดประชุมกลุ่มอย่างมีส่วนร่วมจำนวน 1 ครั้ง/ตำบล ซึ่งภายหลังร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดูแลสุขภาพพบว่ามีปัญหา 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) ไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และเพียงพอ
- 2) ขาดความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมัน
- 3) ขาดความรู้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมัน
- 4) ขาดความรู้ในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมัน จากประเด็นปัญหาดังกล่าว กลุ่มเสี่ยงสมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขต้องการให้ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้อง และ

สามารถนำไปปฏิบัติได้ เหมาะสมกับวิถีชีวิตบริบทของตน สำหรับผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในชุมชนต้องการเข้าร่วมวางแผนงาน กิจกรรมโครงการ งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผนงาน

จากปัญหาดังกล่าวผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขรวมทั้งหมด 4 ครั้ง ในประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง 2) การดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง และ 4) การจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ในระหว่างการดำเนินการตามแผนร่วมกัน ได้มีการสนทนากลุ่มเพิ่มเติมภายหลังให้ความรู้ เพื่อติดตามผลการให้ความรู้ การนำไปปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยง และสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด และให้สะท้อนถึงวิธีการปรับปรุงแก้ไขแผนเป็นระยะ สำหรับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องได้ติดตามถึงแผนการดำเนินงาน โครงการงบประมาณ รวมทั้งแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน และให้สะท้อนถึงวิธีการปรับปรุงแก้ไขแผนเป็นระยะในระหว่างการดำเนินการตามแผนร่วมกัน ได้มีการสนทนากลุ่มเพิ่มเติมภายหลังให้ความรู้อีก 4 ครั้ง / ตำบล โดยใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ต่อครั้ง เพื่อติดตามผลการให้ความรู้ การนำไปปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยง และสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งปัญหา อุปสรรค

ข้อจำกัด และให้สะท้อนถึงวิธีการปรับปรุงแก้ไขแผนเป็นระยะ ในการดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง สมาชิกในครอบครัว หรือญาติผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิด ผลการดำเนินงานตามแผนระหว่างตำบล 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้กันระหว่างตำบล และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นโดยผู้วิจัยได้มีการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมสังเกตการณ์มีปฏิสัมพันธ์ และมีส่วนร่วม ความสนใจของผู้ร่วมวิจัย

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนคิด

ในระยะนี้เป็นการประเมินผลการดำเนินการทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ โดยวิธี formative evaluation เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องให้สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และประเมินผลภาพรวมทั้งหมดภายหลังสิ้นสุดการวิจัย โดยวิธี summative evaluation โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงจากการสนทนากลุ่ม (semi-structured interviews) จำนวน 1 ครั้ง / ตำบล โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) มีการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และครอบคลุมของข้อมูล โดยตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) เนื่องจากใช้การเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกันจากการเก็บหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบโครงสร้าง (structured interviews) การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) และบันทึกภาคสนาม (field notes) ผู้วิจัยได้บันทึก

รายละเอียดทุกกระบวนการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากบุคคลหลายคน ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาถอดเทป แล้วนำกลับไปให้เจ้าของข้อมูลตรวจสอบ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล 2) การพึ่งพาเกณฑ์ (dependability) ผู้วิจัยแสดงให้เห็นว่าข้อค้นพบที่ได้มีความน่าเชื่อถือเนื่องจากตัวผู้วิจัยเองแสดงให้เห็นว่ามีความสามารถเพียงพอในงานวิจัยทั้งระเบียบวิธีวิจัย และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง โดยพัฒนาศักยภาพในการทำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างเป็นระบบ และมีประสบการณ์อย่างเพียงพอ และกำหนดระเบียบวิธีวิจัยอย่างเข้มงวด โดยบรรยายถึงกระบวนการดำเนินการวิจัยอย่างชัดเจนจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย มีการตรวจสอบการวิจัย (audit ability) เพื่อดูจุดแข็งที่มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการวิจัยเชิงคุณภาพ 3) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอน และระเบียบวิธีวิจัยไว้ชัดเจน ตรวจสอบได้ บุคคลอื่นสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนที่เขียนบรรยายไว้อย่างชัดเจนตั้งแต่ต้น จนกระทั่งถึงจุดที่ข้อมูลอิ่มตัว นอกจากนี้เป็นการยืนยันและไม่มีอคติในการดำเนินการวิจัย แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือความสามารถนำไปอ้างอิง และมีการพึ่งพาเกณฑ์ในการดำเนินการวิจัย 4) ความสามารถในการอ้างอิง (transferability) ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถถ่ายโอนไปใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน แต่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของ

การนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตารางสำเร็จรูป และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยอ้างอิงวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบวิธีอุปนัย (inductive content analysis) โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพด้วยแรงงานคน (manual data analysis) โดยวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย จนได้ข้อมูลที่มีความอึดตัว และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ลักษณะของผู้ร่วมวิจัย ในการดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แบ่งผู้ร่วมวิจัยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.00 อายุเฉลี่ย 64.38 ปี (S.D.= 10.22) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านอายุต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ยิ่งมีอายุมากขึ้นหลอดเลือดในร่างกายมีเปลี่ยนแปลง และอ่อนแอลง ทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 9 เท่า (95% CI: 9% to 10%)^{11,12} นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.00 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุด⁷ มากถึงร้อยละ 70¹¹ โดยมีความเสี่ยงมากถึง 40.6 เท่าในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (95% CI, 24.5%–54.6%)¹³ โดยภาวะดังกล่าวจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความ

ยืดหยุ่น รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ พบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral arteries) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หากควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยการใช้ยาในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) ร่วมกับการปรับพฤติกรรม จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ หากกลุ่มเสี่ยงมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการเพิ่มของค่าระดับความดันโลหิตล่าง 10 มิลลิเมตรปรอท ในเพศชายทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากถึงร้อยละ 28 (28%; 24% to 32%)¹⁵ และในเพศหญิงมีความเสี่ยงร้อยละ 25 (25%; 20% to 29%)¹⁶ นอกจากนี้ ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง เกิดจากไขมันชนิดเลว (LDL) ที่มาจากการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีค่า BMI มากกว่า 30 ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น 2 เท่า (95% CI, 1.48-2.71)¹⁷ ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมีความเสี่ยงมากขึ้น 13.2 เท่า (95% CI, 3.5%–29.2%)¹⁴ ซึ่งภาวะอ้วนเหล่านี้ทำให้เกิดไขมันสะสมบริเวณหลอดเลือดมีขนาดเล็กลง มีโอกาสสูงขึ้นที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและตีบตัน¹⁸ ในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงไม่สามารถควบคุมได้และต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับไขมัน ซึ่งค่า LDL สูงกว่า 100 mg/dl เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิด

เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (hazard ratio per mmol/L) มากขึ้น¹⁹ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จากผลการประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (CV Stroke risk) กลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวดังกล่าวมีโอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 4 เท่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งการอุดตันของเส้นเลือดแดงใหญ่ในสมอง²⁰ โดยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือดมากถึงร้อยละ 3.5²¹ หากผู้ป่วยดังกล่าว มีค่า HbA1c มากกว่า 7% หรือระดับ Fasting Blood Sugar สูงกว่า 130 mg/dl² ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดที่อาจมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดขาดเลือดมีอัตราความเสี่ยงสูงมากถึงร้อยละ 95²²

1.2 สมาชิกในครอบครัว เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 53.70 ปี (S.D.= 9.06) ซึ่งเพศหญิงมีความเสี่ยงร้อยละ 25 (25%; 20% to 29%)³ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 50.00 ด้านบทบาทเป็น สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 70.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นบุตรร้อยละ 40.00

1.3 ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อายุเฉลี่ย 51.44 ปี (S.D.= 9.20) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เท่ากัน ร้อยละ 35.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 45.00 ด้านบทบาทเป็น อสม. ร้อยละ 45.00

2. สถานการณ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว

จากการศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าข้อมูลในตำบล ก. และ ข. ของ อ. ท่าเรือ จ.พระนครศรีอยุธยา พบว่ามีความคล้ายคลึงกันดังนี้

2.1 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีประเด็นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่น่าสนใจดังนี้ **1) ความเชื่อ** กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและสมาชิกครอบครัว เชื่อว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม กลุ่มเสี่ยงไม่เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเนื่องจากเชื่อว่าจะดูแลตนเองเป็นอย่างดีก็ไม่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และ **2) ความรู้ กระจัง** กลุ่มเสี่ยงที่มีความรู้ในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และไขมันในกระแสเลือดได้ดีเท่าที่ควรเนื่องจากขาดความต่อเนื่องในพฤติกรรมสุขภาพที่ดี **ไม่รู้** กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมวิจัยทุกคนเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องของคลินิกเบาหวาน และความดันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่วิจัย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการเจาะเลือด และติดตามอาการทางคลินิกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกเดือน รวมทั้งรับยารับประทาน ซึ่งบางส่วนขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รู้บ้างบางส่วน ปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นที่

แพร่หลาย ทำให้สามารถพบเห็นได้ตามสื่อทั่วไป เป็นลักษณะเข้าใจง่าย มีภาพประกอบเพื่อง่ายต่อการจดจำ ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่ชัดเจน ถูกต้อง นอกจากนี้ความรู้ดังกล่าวยังเกิดจากการรับรู้ประสบการณ์ที่พบเห็นได้จากคนใกล้ชิดในครอบครัว หรือคนในชุมชนที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หรือกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาล หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เป็นอย่างดี เนื่องจากความรู้หรือคำแนะนำที่ได้รับยากต่อทำความเข้าใจ และไม่เหมาะสมกับบริบทของตน

2.2 สมาชิกครอบครัว ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่าในกลุ่มของสมาชิกครอบครัวทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงเพียงบางส่วน เช่น การกำกับดูแลเรื่องการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือยาควบคุมระดับไขมัน แต่การมีส่วนร่วมในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังคงพบน้อย

2.3 บริบททางวัฒนธรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ท้องถิ่นภาคกลางมีวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงกะทิ ชนมหาน นอกจากนั้นพบว่าลักษณะอาหารที่ทำในงานบุญจะมีอาหารที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ แกงกะทิ และชนมหาน กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ติดอาหารรสชาติหวาน ชนมหาน ผลไม้รสชาติหวานจัด รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล จากลักษณะสังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตของคนในชุมชน อาหารส่วนใหญ่จึง

ต้องซื้อหาเป็นอาหารสำเร็จรูปทั่วไป ไม่สามารถควบคุมวัตถุดิบ และรสชาติได้ ส่วนใหญ่เลือกซื้ออาหารที่มีลักษณะเป็นแกงถุงจากแม่ค้าในชุมชน นอกจากนี้พบว่าวิถีชีวิตแบบกึ่งเมืองของคนในชุมชนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ความแตกต่างของความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการรักษา หากบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในความแตกต่างดังกล่าว จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี^{14,22}

2.4 ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคของกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาสถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเกี่ยวกับข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรคของกลุ่มเสี่ยง พบว่ากลุ่มเสี่ยงและครอบครัวมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ 1) ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และ 2) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการดูแลตนเอง กลุ่มเสี่ยงรับรู้ต่ออุปสรรคในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง เช่น ไม่มีเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับต่ำ^{23,24} สำหรับกิจกรรมการป้องกันโรค บริบท นโยบาย แผนงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรค บทบาทหน้าที่ของบุคคล และองค์กรที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อน จุดแข็งของชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากแผนพัฒนาชุมชนประจำท้องถิ่น 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) เป็นแผนงาน นโยบายเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ไม่มีแผนงานสุขภาพที่เน้นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อติดตามกิจกรรม พบว่าไม่มี

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง รวมทั้งไม่มีระบบป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน สำหรับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีแผนงาน หรือกิจกรรม โครงการ เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่ผ่านมาพบว่าเคยมีโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเฝ้าระวังแต่ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง ขาดการติดตามภายหลังการให้ความรู้ ในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่วิจัย พบว่า มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนเพียงพอตามอัตรากำลังที่สาธารณสุขอำเภอกำหนด ดำเนินงานกิจกรรมประจำได้แก่ ให้บริการเชิงรุก ในการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน แต่ไม่มีกิจกรรมที่เน้นเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เชิงรุกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการคัดกรองภาวะเสี่ยงดังกล่าว จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาข้อมูลดังกล่าวสามารถไปใช้เป็นข้อมูลและองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินการเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในตำบลได้อย่างเหมาะสม^{6,8}

3. ระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงใน 2 ระดับ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ

ชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลสะสมในชุมชน เป็นระบบข้อมูลการดำเนินงานในการป้องกันโรคฯ ระบบการสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชน เป็นระบบการเผยแพร่สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต่อการป้องกันโรคฯ ระบบเฝ้าระวังและติดตามผล เป็นการวางระบบผู้เฝ้าระวังและติดตามรายงานข้อมูลซึ่งมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง และระบบการจัดตั้งเวดล้อมและนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันโรค และ 2) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การจัดการและพฤติกรรมของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ การเกิดผู้รับผิดชอบต่อการป้องกันโรคฯ การสร้างความตระหนักรู้ต่ออันตรายของโรคและกลวิธีป้องกันโรคฯ การสร้างบุคคลต้นแบบ และการสร้างวาทกรรมนำความคิดรณรงค์ในการป้องกันโรคฯในชุมชน “ตีบ แดก ตัน อันตราย”

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผลลัพธ์ของการศึกษารั้งนี้ได้ชุดความรู้การพัฒนาแบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงซึ่งเกิดจากการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน แนวทางการบริหาร การจัดการ การวางแผนกลยุทธ์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม จริงจัง ยั่งยืน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในพื้นที่อื่นได้ต่อไป แต่อาจมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Research, Knowledge Management and Standards for Disease Control (IReM). Strategic plan for research and development on disease prevention and health hazard control. Bangkok: New Plain Printing (Thailand); 2016 (in Thai)
2. Office for the Prevention and Control of NCDs (NCD Office). Guide to assessing and managing risks for cardiovascular disease. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2016 (in Thai)
3. Academic promotion and promotion group Bureau of Non-Communicable Diseases. The situation of chronic non-communicable diseases and injuries (country overview) [Internet]. 2011 [cited 2012 May 30]. Available from thaincd.com/information/non-communicable-disease-data.php. (in Thai)
4. Ministry of Public Health Faculty of Tropical Medicine. Public health statistics [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 4]. Available from [http://bps.ops.moph.go.th/Health information/ill-in42-48.htm](http://bps.ops.moph.go.th/Health%20information/ill-in42-48.htm) (in Thai)
5. Kaewanuchit C. Health determinants and social determinants of health under global and Thai health system. Journal of Nursing Science and Health 2013;36(1):123-31. (in Thai)
6. Duangjuntui J, Munkhetvit P. The Survey of stroke risk level in taxi drivers of Nakorn Lanna Transport Cooperation, Chiang Mai Province. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2013;46(1):40-8. (in Thai)
7. Wauters Y, Oupra R, Tanasuwan P. Development of a teaching model for prevention of stroke among people at risk in the Northern Thai Community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(2):100-106. (in Thai)
8. Chamnanpong P, Piyabunditkul L. Stroke Prevention in Hypertensive Patients in Suburban Community. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2016;4(3):325-40.
9. Moule P, Goodman M. Nursing research: an introduction. 2nd ed. London: Sage Publications; 2014.
10. Faculty of Medicine. Ramathibodi Hospital. Thai CV risk Score [Internet]. 2017 [cited 2017 May 30]. Available from <http://med.mahidol.ac.th/cvmc/thaicv/> (in Thai)
11. Fitzpatrick AL, Quang Van Ngo, Kiet A Ly, Thanh G N Ton, Longstreth W T, Tung T Vo, et al. Symptoms and risk factors for stroke in a community-based observational sample in Viet Nam. J Epidemiol Glob Health 2012;2(3):155-63.

12. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, et al. Primary prevention of ischemic stroke. *Stroke* 2006;37(6):1583-633.
13. Sriwanichkarn S. Develop community health systems to be strong and self-reliant communities. *Thai Post* 2012 November 11;2012. (in Thai)
14. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MSV. Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circ Res* 2017;120(3):472-95.
15. Ruangmee W, Khupantavee N. Health care situation of stroke patients in the community of Khao-Yai subdistrict, Sribunpot district, Phatthalung province. *ASJ-PSU* 2016;27(3): 64-72.
16. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol* 2007;6(2):182 – 7.
17. Copstein L, Fernandes JG, Bastos GAN. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2013;71(5):294-300.
18. Office for the Prevention and Control of NCDs (NCD Office). Guide to assessing and managing risks for cardiovascular disease. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2016. (in Thai)
19. Office for the Prevention and Control of NCDs (NCD Office). UN General Assembly High-Level Meeting on Prevention and Control of Non Communicable Diseases. Nonthaburi: Owit (Thailand); 2012. (in Thai)
20. Legge SD, Koch G, Diomedi M, Stanzione P, Sallustio F. Stroke prevention: managing modifiable risk factors. *Stroke Res Treat* 2012;2012:391538.
21. Demaerschalk BM, Hwang HM, Leung G. US cost burden of ischemic stroke: a systematic literature review. *Am J Manag Care* 2010;16(7):525-33.
22. Nantsupawat R, Junmahasathien S, Phumvitchuvate L, Charuwatcharapaniskul U, Chareonsanti J, Keitlertnapha P, Sunthorn S. Development of community health system by the people for the people: case study of Chisathan District. *Nursing Journal* 2012; 39(2):144-54. (in Thai)
23. Thippayanet N, Chanabuth W. Knowledge of stroke risk factors and warning signs: a case study of the Stroke education program in Mahasarakham factory. National Institute for Emergency Medicine; 2016.
24. Onpai K. The application of pender's health promotion model for improving behavior to reduce the risk of cerebro vascular disease among risk patients at Bantaen Sub-District, Bantaen District, Chaiyapum Province. [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008. (in Thai)