ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสมุทรสาคร

The Outcomes of Health Risk Communication Program Amongst High Risk Stroke Patients at Sub - district Health Promoting Hospitals in SamutSakhon Province

เมธาวี ดวงจินดา*, นงพิมล นิมิตรอานันท์*, ศศิธร รุจนเวช*
Metawee Duangjinda*, Nongpimol Nimit - Arnun*, Sasitorn Roojanavech*
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม, ประเทศไทย (73110)
Community Nurse Practitioner, Graduate School, Christian University Nakorn Phatom, Thailand (73110)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อน - หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 38 ราย ใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสังเกตกระบวนการกลุ่ม แบบสัมภาษณ์การติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ แบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค เท่ากับ .88 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 51 - 60 ปี อาชีพเกษตรกรรม และป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่ทราบว่าตนเป็นผู้มีความเสี่ยงสูง จึงรู้สึกตกใจและเกิดความกลัวต่อความตาย ความพิการและการเป็นภาระของครอบครัว ต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพจากทีมสุขภาพและแผ่นป้ายความรู้ขนาดใหญ่ กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแสดงความคิดเห็นตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละคนอย่างทั่วถึง ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มีประโยชน์ในการกำกับติดตามและประเมินความเสี่ยง อนึ่ง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p - value < .05

Corresponding Author : *E-mail : metaweeduangjinda@gmail.com

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 59 8/15/59 BE 9:41 AM

ผู้วิจัยเสนอแนะว่า โปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม การติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการใช้สื่อสุขภาพที่เหมาะสม เป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมฯ นี้ ไปประยุกต์กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ : การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The purpose of this quasi - experimental research one group pretest-posttest design was to study the outcomes of health risk communication program amongst high risk stroke patients at Sub - district Health Promoting Hospitals in Samut Sakhon province. The sample consisted of 38 participants. Data were collected from November to December, 2014, quantitative and qualitative methods were used. The health risk communication program included a group learning management and a set of telephone interview guidelines. The research instruments were consisted of the measurement of disease knowledge and a set of preventive behavior questionnaires which verified for content validity by a panel of five experts. The reliability was presented at .88 and .76 respectively. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and paired - t test, while using content analysis for qualitative data.

The research's finding revealed that the majority was female, worked as farmers, aged group from 51 to 60 years old. Most of them were diagnosed Hypertension, Diabetes Mellitus, and Dyslipidemia. They did not receive any prior health knowledge and they did not know were at high risk group of stroke. Moreover, they felt frightened, worried to die or disabled, and led the family's burden. They needed health information from health care providers and the bigger posters. The group learning process provided the opportunity for sharing experiences and a better learning. The telephone visit was useful for monitoring and risk assessment. After receiving the program, the sample were statistically significant with a higher mean scores of knowledge and preventive behaviors (p - value < .05).

The researcher recommends that group learning process, telephone visit, and appropriate health medias are the effective communication for reducing stroke. The community nurse practitioners and health care personnel should apply health risk communication program for high risk stroke patients in the community. This will minimize the incidence of stroke for high risk stroke patients.

Keywords : Health risk communication, High risk patients, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่งของประชาคมโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization)[1] รายงานว่าพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิต 176,342 คน หรือ 3 คนในทุก 2 ชั่วโมงและเชื่อว่าอัตราตายจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2558 อัตราป่วยของโรคนี้เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ระหว่าง พ.ศ. 2544 - 2553 จาก 115.3 ต่อประชากรแสนคน เป็น 307.9 ต่อประชากรแสนคน ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้กลายเป็นผู้พิการและอยู่ในภาวะพึ่งพา[2] ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นอย่างมาก[3] การป้องกันไม่ให้เกิดโรค การลดปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับสถานการณ์ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 5 (พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2555)

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 60 8/15/59 BE 9:41 AM

พบอัตราตายในผู้ป่วยโรคนี้สูงขึ้นทุกปีโดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรสาคร มีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคนี้สูงอย่างต่อเนื่องและสูงเป็นอันดับ 1 ใน พ.ศ. 2552[2] จากการศึกษาของประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ [4] พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองเหล่านี้ สามารถนำส่งถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมงเพียงร้อยละ 20 - 27 เท่านั้น และพบว่าการขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน (Warning signs) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขอย่างทันท่วงที สามารถลดการเกิดภาวะทุพพลภาพในหลายประเทศทั่วโลกจึงเน้นการให้ความรู้ในเรื่องของอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีอาการเตือนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับสูงและสูงมาก สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข [5] จึงเสนอมาตรการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยเฉพาะการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน ด้วยการประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงทุกรูปแบบ เร่งรัดการดูแลในกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะต้นเพื่อลดอัตราตายและพิการจากโรคนี้

การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) เป็นแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง การพัฒนาโปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดนี้สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจสาเหตุการเกิดโรค รวมถึงอันตรายและผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของตน นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี[6] การสื่อสารความเสี่ยงเป็นการให้ข้อมูล (Informing) เกี่ยวกับอันตรายของสิ่งคุกคามทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลชัดเจนยิ่งขึ้น[7] เป็นการสร้างแรงจูงใจและโน้มน้าว (Persuading) เพื่อให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อให้เกิดการปรึกษาหารือแบบมีส่วนร่วมโดยคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust and confidence)[8] การสื่อสารความเสี่ยงมี 3 องค์ประกอบหลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ผู้ส่งสาร (Conveying authority) ผู้รับสาร (Receiving audience) ข้อความ (Context or message)[7,9] เป็นการสื่อสาร 2 ทางที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ได้ดี ทำให้เกิดความกระจ่าง นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทั้งช่วยลดความกังวลใจของผู้ป่วยอีกด้วย วิธีการหรือรูปแบบสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพที่นิยมใช้ในบริการสุขภาพปฐมภูมิคือ การจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม (Group learning) ซึ่งทิศนา แขมมณี[10] ได้อธิบายว่ากลุ่ม (Group) เป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลายฝ่ายที่มาพบกัน เกิดการปฏิสัมพันธ์ที่ดี (Interaction) ที่ช่วยให้ค้นพบ วิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจความคิดหรือทัศนคติของตนเองและผู้อื่น นอกจากนั้น การติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ (Telephone visit) นับเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการสื่อสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการกำกับติดตาม (Monitoring) ผู้ป่วยที่บ้านให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้สำเร็จและดำรงการมีวิถีชีวิตที่ดีไว้[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของการสื่อสารความเสี่ยงมาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุและอันตรายของโรค เพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความร่วมมือต่อแผนการรักษาที่ดี 2) การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง (Risk management) ผู้วิจัยให้ข้อมูลสุขภาพผ่านการใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและเร้าความสนใจ เน้นข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือน (Warning signs) และ 3) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Risk monitoring and evaluation)

วัตถุประสงค์การวิจัย

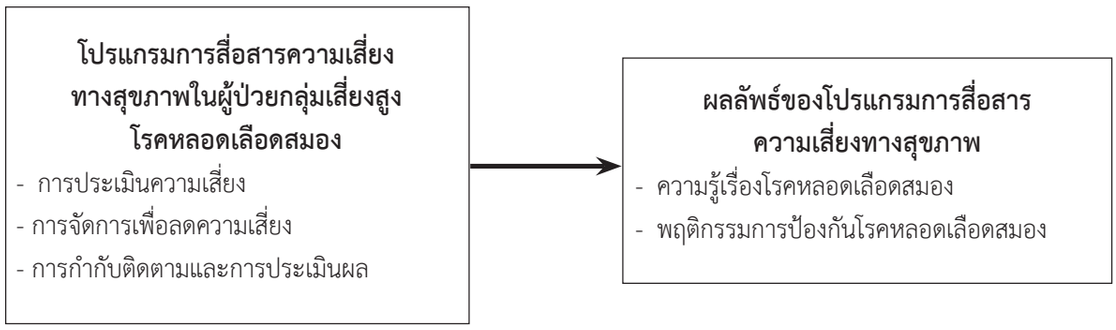
เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 61 8/15/59 BE 9:41 AM

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย พัฒนาจากแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพของรอธแมนและคิวไนมิ[6] และรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของโรฮร์มานน์[7]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มหนึ่งเปรียบเทียบก่อน - หลังการทดลอง ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed method) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน - เดือนธันวาคม 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาเป็นผู้ที่มีอายุ 35 ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนที่ได้รับการตรวจคัดกรองทั้งหมด 4,998 คน อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 104 คน และเสี่ยงสูงมาก จำนวน 32 คน ตามเกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยง 7 ปัจจัยจากแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2557 (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) โดยกลุ่มเสี่ยงสูงมีปัจจัยเสี่ยง 3 - 4 ข้อ และกลุ่มเสี่ยงสูงมากมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ข้อที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรางปลาซิว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางยางได้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ว่าเป็นผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา มีสติสัมปชัญญะที่ดี สามารถสื่อสาร ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการกลุ่มได้และยินยอม/มีความพร้อมในการให้ผู้วิจัยติดต่อทางโทรศัพท์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงสูง 21 คน และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก 17 คน รวมเป็น 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมองเป็นชุดของกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพจากผู้วิจัยผ่านการใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและเร้าความสนใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ข้อ และชุดคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง ช่องทางการสื่อสารสุขภาพและแนวทางการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยง

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยนำข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .6 มาใช้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อความบางข้อให้เป็นภาษาที่ชัดเจนได้ข้อคำถามของแบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ข้อจากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .88 และ .76ตามลำดับ

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 62 8/15/59 BE 9:41 AM

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารเลขที่ 196 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ ของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ โดยการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนเกิดความกระจ่าง รวมทั้งสามารถยุติการร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้ตลอดเวลา การปฏิเสธเข้าร่วมโปรแกรมฯ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ระยะของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อประเมินความเสี่ยงของตน ระยะการจัดการความเสี่ยง ระยะกำกับติดตามความเสี่ยงและระยะประเมินผล ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ (รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2)

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

แผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมอง

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 63 8/15/59 BE 9:41 AM

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติ Dependent t - test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการบันทึกเทประหว่างการเรียนรู้แบบกลุ่มและการติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ การถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างละเอียด การอ่านข้อมูลด้วยการพิจารณาอย่างละเอียด (Transcribing interview) การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Sorting and coding the data) การให้รหัส (Coding) การจัดเป็นหมวดหมู่แบ่งแยกประเภท (Category) การจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายหรือมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน อาจจัดได้เป็นหัวเรื่องย่อย (Sub - themes) และหัวเรื่องหลัก (Themes)[12]

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 51 - 60 ปี มีอาชีพเกษตรกรรม มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.20 และมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร^2 ร้อยละ 68.40 ไม่เคยได้รับความรู้และไม่เคยเห็นสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 60.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองตัวแปร สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value ที่ระดับ .01) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ระหว่างก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 38)

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม			หลังการเข้าร่วมโปรแกรม			p - value
	Mean	(S.D.)	t	Mean	(S.D.)	t	
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	10.03	2.399	25.76	12.68	.574	136.11	.01*
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	18.89	3.992	29.17	24.15	2.871	51.864	.01*

*p - value < .01

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการเรียนรู้แบบกลุ่มและการติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีข้อค้นพบ ดังนี้ (หมายเหตุ G = group หมายถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีจำนวน 4 กลุ่ม และ N = Number หมายถึงเลขประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ภายหลังการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองด้วยแบบคัดกรองฯ แล้วรู้สึกตกใจและเกิดความกลัวกับผลการประเมินนี้ รู้สึกว่าโรคนี้เป็นโรคที่น่ากลัวเพราะทำให้ตายเป็นภาระของครอบครัวและต้องทุกข์ทรมาน

“ก่อนหน้ามานี้ไม่เคยรู้เลย ก็รู้แค่เป็นความดัน ไขมัน แต่ไม่รู้ว่าเสี่ยง...ไม่รู้” (G2, G4)

“โห...ขนลุก...ที่นี่มีคนตายด้วยโรคนี้เยอะมาก” (G1)

“กลัวทรมานทั้งตัว ทรมานทั้งญาติลูกหลาน กลัวตรงนี้...กลัวที่ว่าต้องนอนไม่มีใครดูแล” (G3)

ส่วนใหญ่ไม่เคยทราบมาก่อนว่า “โรคอัมพฤกษ์อัมพาต” เป็นโรคเดียวกับ “โรคหลอดเลือดสมอง” บางรายเคยได้ยินชื่อโรคหลอดเลือดสมองมาบ้าง แต่เข้าใจว่าเป็นโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถระบุอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้จากประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ ที่เคยได้รับมา

“ก็พิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ไม่มีแรงซีกหนึ่ง ยกไม่ได้ขยับไม่ได้ แขนยกไม่ขึ้น เสียการทรงตัว เดินไม่ตรง เดินเองไม่ได้ นอนได้เฉยๆ” (G1, G2, G3, G4)

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 64 8/15/59 BE 9:41 AM

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เพราะเข้าใจว่าโรคนี้ทำให้ผู้ป่วยพิการ เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้อง “นอนติดเตียง” และต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว การป่วยจากโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย อาทิ การนอนนานๆ ทำให้เป็นแผลกดทับซึ่งเป็นแผลที่หายยาก ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เป็นภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในครอบครัว ความพิการที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพราะ “กรรมเก่า” ของผู้ป่วยเอง

“แผลกดทับเป็นแล้วไม่หาย เคยเห็น อยู่ไปๆ ก็เน่าลามใหญ่เลย แล้วก็ตาย ตายอย่างเดียว” (G1)

“เขาพิการ ชีวิตเขาน่าสงสารมาก อาจจะเป็นกรรมเก่าของเขาด้วย” (G2)

กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้เรื่องการป้องกันโรคนี้ บางรายทราบเฉพาะการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง แม้จะได้รับคำแนะนำเหล่านั้นมาแล้วก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้นได้

“รู้แค่เบาหวานว่าต้องทำยังไง แต่เรื่องสมองเนี่ยไม่เคย” (G1)

“มันเลี่ยงไม่ได้กับข้าวมีแค่นี้ ก็ต้องกิน บางทีก็อยากจะเลี่ยงแต่เสียดาย ต้องกินจนหมด” (G3)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับทราบข้อมูลสุขภาพผ่านทางสื่อหลายรูปแบบ ได้แก่ แผ่นพับ หนังสือ/วารสาร โทรทัศน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ วิทยุ สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หนังสือพิมพ์ การสื่อสารทางโทรศัพท์ด้วยโปรแกรมไลน์ (Line) หอกระจายข่าวและการแนะนำโดยตรงจากทีมสุขภาพ แต่มักไม่สนใจสื่อเหล่านั้น เพราะไม่เคยคิดว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยง บางรายสนใจแต่มีข้อจำกัดเรื่องสายตาทำให้ไม่สามารถอ่านหนังสือขนาดเล็กได้จึงต้องการให้มีการสื่อสารสุขภาพโดยตรงจากแพทย์และพยาบาล ร่วมกับแผ่นป้ายขนาดใหญ่ติดในชุมชน

“ไม่ได้คิดว่าเราจะเป็นโรคหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงเลยไม่ได้สนใจ” (G1, G2, G4)

“บุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลก็ได้ ดีกว่าพวกที่เป็นแผ่น เป็นกระดาษ คือเราสามารถคุยได้ ได้ผลดี” (G1)

กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า การได้สื่อสารกับผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพโดยตรง เป็นสิ่งที่ดีมาก การเรียนรู้แบบกลุ่มทำให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นตามความรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละคนอย่างทั่วถึงภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี

“โอ้โห...ดีมาก ดีมากๆ เลย เราได้คุยกันตัวต่อตัว อธิบายกันอย่างนี้ รวมกลุ่มกันอย่างนี้ สนุกสนาน เป็นความรู้ที่ดี” (N15)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ยืนยันแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ของรอธแมนและคิวิไนมิ ที่เชื่อว่าการแก้ปัญหาสุขภาพต้องเริ่มจากกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับข้อมูล/ข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และตระหนักถึงอันตรายแล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือการลดความเสี่ยงด้วยตนเอง[6] แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) การประเมินความเสี่ยง จากบริบทและสิ่งแวดล้อม 2) ช่องทางการรับของข้อมูลข่าวสาร 3) ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความรู้การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การสื่อสารความเสี่ยงจะมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและการจัดการกับความเสี่ยง จากนั้นก็จัดการความเสี่ยงนั้น โดยปฏิบัติตามรูปแบบ/แผนการสื่อสารความเสี่ยงและมีการติดตามประเมินผล[13] โปรแกรมเน้นการสื่อสารสองทาง จากทีมสุขภาพและกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลาย และเข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและให้เกียรติกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการ[14] ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญในการเตรียมการเป็นอย่างดีในทุกองค์ประกอบของการสื่อสาร ได้แก่ ผู้ส่งสาร (ผู้วิจัย) ผู้รับสาร (กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเสี่ยง) ข้อความ (ความเสี่ยงและการลดความเสี่ยงของโรค) จึงทำให้เกิดความสำเร็จของการสื่อสาร[7] กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถช่วยเหลือแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการแนะนำ ช่วยเหลือกันในด้านการดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมกลุ่มเป็นการเพิ่มกำลังใจให้กับผู้ป่วยทำให้ มีพลัง มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจากแบบอย่างการปฏิบัติตัวของบุคคลต้นแบบที่สามารถดูแลตัวเองที่ดี[15]

โปรแกรมฯ นี้เน้นการเรียนรู้แบบกลุ่มซึ่งนำไปสู่ความรู้และการปฏิบัติการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ดีขึ้น

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 65 8/15/59 BE 9:41 AM

การเรียนรู้แบบกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้รับการช่วยเหลือแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการเพิ่มกำลังใจให้กับผู้ป่วยให้มีพลัง มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี[15] การที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และสอดคล้องกับพื้นฐานการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบของโรคทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล[9] อนึ่ง การติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์นับเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคได้และยังทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการเฝ้าสังเกต “อาการเตือน” เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม อีกทั้งช่วยลดช่องว่างระหว่างทีมสุขภาพและกลุ่มเสี่ยง ลดปัญหาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อาทิ เช่น ข้อจำกัดในห้วงเวลาที่ไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความสะดวกในการติดต่อและรับข้อมูลข่าวสาร และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและตระหนักในคุณค่าตนเอง[11, 16, 17]

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้[16, 18, 19]

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขพึงตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มและการสื่อสารแบบสองทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลความสามารถจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้ต่อไป

References

1. World Stroke Organization. World Stroke Day [Internet]. 2014 [Cited 2014 June 18]. Available from : http://www.world-stroke.org.
2. Bureau of Policy and Strategy. Annual Health Statistics Report[Internet]. 2012 [Cited 2014 June 1]. Available from : http://bps2.moph.go.th/content. (In Thai)
3. Janthayanont D, et al. Attitude and caregiver burden from taking care of stroke patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2012; 1 (1) : 58-65. (In Thai)
4. Kittiboonthawal P, Yingrengreung S, Srithanya S. Perceptions of stroke warning signs among risk patients. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013; 13 (3) : 132-141. (In Thai)
5. Bureau of non-communicable-disease. Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk. Bangkok : The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King; 2014. (In Thai)
6. Rothman AJ, Kiviniemi MT. Treating People with Information an analysis and review of approaches to communicating health risk information. National Cancer Institute Monographs 1999; 25 (1) : 44-51.
7. Rohrmann B.Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management : a conceptual appraisal. [Internet]. 2015 [Cited 2015 January 10]. Available from : http://www.rohrmannresearch.net.

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 66 8/15/59 BE 9:41 AM

8. Soonthornchaikul N, Watchalayann P, Mongkolsomritt S. The health risk analysis among public health officials. [Internet]. 2014 [Cited 2014 June 16]. Available from : http://203.157.181.13/cdcyaso/Book/Risk Analysis.pdf. (In Thai)
9. Apinya T, Bhunthuwate N. The paralysis campaign day [Internet]. 2013 [Cited 2015 June 16]. Available from : http://dpc5.ddc.moph.go.th/SRRTcenter/56-Paralysis.pdf. (In Thai)
10. Khemmani T. Teaching science.12nd ed. Bangkok : Chulalongkorn University; 2011. (In Thai)
11. Humphreys J, Beaulieu R. Evaluation of a telephone advice nurse in a nursing faculty managed pediatric community clinic. Journal of Pediatric Healthcare2008; 22 : 175-81.
12. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research for nurses. Oxford : Blackwell Sciences; 1996.
13. Bhunthuwate N, et al. Risk communication for cardiovascular disease prevention : the pilot study in workplace in the year 2011. Bangkok : Nice Earth Karnpimm Design; 2012. (In Thai)
14. Stevenson MA. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines the consequences for concordance. Health Expectations 2004; 7 (3) : 235-45.
15. Boonsiri V. Results of self help group on diabetic patients tungtom sub district, Sunpatonge district, Chiang Mai province. Lanna Public Health Journal 2011; 6 (1) : 45-53.(In Thai)
16. Sanghuachang W. Effects of education program using group process and telephone follow upon stroke prevention knowledge and practice in elderly with chronic illness. J PrapokklaoHospClin Med Educat Center 2013; 30 (4) : 260-73. (In Thai)
17. Kommang U., Sindhu S. Time to Treatment with Intravenous Recombinant Tissure Plasmonogen Activator to The Neurological Recovery in Patients with Acute Ischemic Stroke at Thammasat University Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015; 16(2) : 106-113. (in Thai)
18. Thampanichawat W., Klayklongjits., Wongwuttisaroj N. Role Performance of Professional Nurses in Health Promotion in Central Region. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(1) : 54-62. (in Thai)
19. Artsanthia J., Kampraw P. Modality of Care for the Older Adults in Community. 2014; 15(3) : 123-127. (in Thai)

59-67 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□.indd 67 8/15/59 BE 9:41 AM