

# การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจตุตำบลบางดี อำเภอยาย้อย จังหวัดตรัง

วิภาวดี สุทธิรักษ์ พย.บ.<sup>1</sup>, ธิดารัตน์ สุภานันท์ พย.ม.<sup>2\*</sup>

## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 8 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 35 คน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยประชุมระดมสมองกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสเสี่ยง (Thai CVD risk score) ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป สุ่มเลือกแบบเจาะจง 35 คน โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติเพื่อควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและสถิติเปรียบเทียบ (Pair t-test)

**ผลการวิจัย:** สถานการณ์ปัญหาของการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองไม่ทราบระดับความเสี่ยงและมีการจัดการความเสี่ยงและอาการผิดปกติตามประสบการณ์ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กระบวนการส่งต่อที่ชัดเจน 2) การให้ข้อมูล ความรู้การควบคุมความเสี่ยง 3) การสื่อสารความเสี่ยง 4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการพัฒนาระบบการดูแลนี้ช่วยเสริมความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างรูปแบบการทำงานร่วมระหว่างชุมชน และระบบสุขภาพ การประเมินประสิทธิผลรูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบด้านความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ( $p < 0.01$ ) ข้อเสนอแนะควรดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างเป็นระบบโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบบูรณาการและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระบบส่งต่อชุมชน

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรุจตุ องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*Corresponding author email: tidarat@bcnt.ac.th

วันที่รับ (received) 21 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 ธ.ค. 2568

## Development of Health Care System for Stroke Risk Group in the community at Ban Pru Jud Subdistrict Health Promoting Hospital, Bang Di Subdistrict, Huai Yot District, Trang Province

Wipawadee Suttiruk B.N.S.<sup>1</sup>, Tidarat Supanunt M.S.N.<sup>2\*</sup>

### Abstract

Stroke is a major cause of illness and mortality among the Thai population. This participatory action research aims to study the current situation, problems, and needs in caring and to develop a health care system for the stroke risk group in the community. The study was conducted in three phases. Phase one: involved studying the situation, problems, and needs. Qualitative data were obtained from eight community personnel and stakeholders, while quantitative data were collected from thirty-five people from the stroke risk population. Data collection methods included focus group discussions and in-depth interviews. Phase two: developing a community health care system for stroke risk groups through brainstorming sessions with stakeholders and validating the system's appropriateness with experts. Phase three: evaluated the effectiveness of the developed system among thirty-five purposively selected individuals with moderate or higher risk levels based on the Thai CV Risk Score. Data were collected using questionnaires assessing knowledge, beliefs, and practices for stroke risk control, as well as a satisfaction survey. Data analysis employed content analysis, descriptive statistics (percentage and mean), and comparative statistics (Paired t-test).

**Results:** The issue concerning health care for individuals at risk of stroke within the community is that these individuals often lack awareness of their risk levels and tend to manage their risks and abnormal symptoms based on personal experiences. The establishment of a community-based participatory health care system for stroke risk groups comprises four primary components: 1) a well-defined referral process, 2) dissemination of information and knowledge regarding risk management, 3) effective risk communication, and 4) continuous follow-up care. The implementation of this health care system has been shown to enhance knowledge, beliefs, and behaviors among those at risk of stroke, fostering a collaborative model between the community and the health care system. An evaluation of the model's effectiveness revealed that, following its implementation, the sample group exhibited significantly higher average scores in knowledge, beliefs, and practices aimed at reducing stroke risk, as well as increased satisfaction, with statistical significance ( $p < 0.01$ ). It is recommended that health care for stroke risk groups within the community be systematically managed, incorporating integrated community participation and ongoing monitoring of at-risk groups.

**Keywords:** health care system development, stroke risk group, participatory action research, community referral system

---

<sup>1</sup>Professional Nurse, Pru Jud Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Provincial Administrative Organization

<sup>2</sup>Assistant Professor, Borommarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author email: tidarat@bcnt.ac.th

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาภาวะฉุกเฉินสำคัญของโลก ทุก 1 นาที มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 30 คน และโดยเฉลี่ยผู้ใหญ่ 1 ใน 4 คน จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต<sup>1</sup> ประเทศไทยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 363,688 คน พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองจำนวน 37,947 คน<sup>2</sup> พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของคนไทย รองจากโรคหัวใจ โดยมีอัตราการตาย 35.2 ต่อประชากรแสนคน และแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภาคใต้ตอนล่าง<sup>3</sup> การป่วยด้วยโรคหลอดเลือด สมองส่งผล ต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ เป็นภาวะที่พึ่งพิงและเกิดภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษายาวนาน<sup>4</sup>

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยและภาระโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยได้เห็นความสำคัญและมีนโยบายในการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักและร่วมกันป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นให้มีความตระหนักและร่วมกันป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการให้ข้อมูล ความรู้ การควบคุมความเสี่ยง การรีบเข้ารับบริการเมื่อพบอาการเตือนและอาการแสดงของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าการป้องกันเป็นวิธีการที่ดีที่สุด<sup>2</sup> ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข มีการใช้มาตรการการป้องกันและลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคนี้ โดยรณรงค์และสร้างความรู้ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการป้องกันโรค ให้ประชาชนรู้จักสัญญาณเตือนตามหลักบีฟาสต์ (BEFAST) ได้แก่ B – Balance การทรงตัวผิดปกติ E – Eyes การมองเห็นภาพซ้อน มองไม่ชัด หรือตามัว ในตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง F – Face ใบหน้า มุมปากตก A – Arms แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งมีอาการอ่อนแรงหรือยกไม่ขึ้น S – Speech พูดไม่ชัด พูดติดขัด หรือไม่สามารถพูดได้ T – Time เวลา หากพบอาการข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ต้องรีบไปยังโรงพยาบาลทันที<sup>5</sup> และมีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพให้เร็ว ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ<sup>2</sup>

จากการทบทวนสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดตรัง พบว่าอัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 226.8 ต่อแสนประชากร และพบกลุ่มเสี่ยงในระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 25 ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา<sup>6</sup> อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ระดับจังหวัดตรัง ปี 2565 จำนวน 2,428 ราย ปี 2566 จำนวน 2,518 ราย ระดับอำเภอห้วยยอด ปี 2566 จำนวน 316 ราย ปี 2566 จำนวน 380 ราย ระดับตำบลบางดี ปี 2565 จำนวน 18 ราย ปี 2566 จำนวน 23 ราย อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรุจูด ตำบลบางดี ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2566 จำนวน 7 ราย ปี 2567 จำนวน 10 ราย จากการทำงานดูแลสุขภาพในชุมชนพบว่าบางรายไม่ได้เข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ไม่รู้อาการตนเอง รอคอยการ รอดูญาติ คิดว่าเดี๋ยวก็หาย ไม่ไปโรงพยาบาล ไม่รู้ช่องทางติดต่อประสานงาน 1669 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้โรครุนแรง เสียชีวิตและเจ็บป่วยเรื้อรัง พิกัด ป่วยติดเตียง บางรายคนในครอบครัวออกจากงานเป็นผู้ดูแลหลัก ส่งผลกระทบต่อรายได้ ครอบครัว สังคมและชุมชนขาดแคลนกำลังคนในการพัฒนาชุมชนชน ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มประชากร 35 ปีขึ้นไป (Thai CVD risk)<sup>7</sup> ของ รพ. สด. พรุจูด พบกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2564 จำนวน 58 ราย ปี 2565 จำนวน 61 ราย ปี 2566 จำนวน 64 ราย และปี 2567 จำนวน 66 ราย

กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น<sup>8</sup> กระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระบบ Stroke Fast Track ที่ครอบคลุมทั้งก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) ในโรงพยาบาล (In-hospital) และการส่งต่อ (Referral) โดยมีระบบ EMS (1669) ในการรับแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประเมินอาการเบื้องต้น คัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยและส่งต่อทันทีไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา Onset time ต้องไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง เพื่อให้ทันการให้ยา rt-PA โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีนโยบายติดตามและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เพราะระดับความรุนแรงของกลุ่มเสี่ยงร่วมกับมีโรคร่วมมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดรุนแรง มีอันตราย พิการและเสียชีวิตได้<sup>5</sup> การดำเนินงานติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในสถานบริการปฐมภูมิ ดำเนินการควบคู่กับกิจกรรมการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงในแต่ละระดับ การติดตามเฝ้าระวัง และการดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีโอกาสเสี่ยงและป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย ได้แก่ ควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขาดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ไม่ตระหนักและมีพฤติกรรมไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยง<sup>6</sup> การศึกษาที่ผ่านมาจะมุ่งเน้นอธิบายปัจจัย พฤติกรรม และจัดการกับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง การศึกษาที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องยังมีน้อย การพัฒนาระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจึงยังมีความสำคัญ แม้จะมีการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประจำปี แต่ยังมีขาดระบบการแจ้งเตือนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การป้องกันโรคระยะต้นยังไม่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบโดยแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เน้นให้ชุมชนมีบทบาทตั้งแต่การระบุปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและการเป็นเจ้าของกระบวนการ (Ownership)<sup>8</sup> เพื่อป้องกันและดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพสร้างโอกาสเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ หน่วยงานปกครองท้องถิ่น แกนนำ กลุ่มเสี่ยงและญาติ ประสานกันกับอาสาสมัครในพื้นที่ เสริมหนุนให้กลุ่มเสี่ยง ดูแลสุขภาพตนเอง แกนนำและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ<sup>9</sup> สามารถป้องกัน ประเมินและเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมและเข้ารับรักษาได้ทันทีเมื่อมีอาการ คณะผู้วิจัยปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านพรุจูด และปฏิบัติงานในบทบาทอาจารย์ พบว่า ข้อมูลคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสูง มีเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนบ้านพรุจูด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ การป้องกัน การติดตามและการเฝ้าระวังและการประเมินอาการ การช่วยเหลือ การส่งต่ออย่างทันท่วงที ลดอันตราย ลดความพิการและเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>9</sup>

## วัตถุประสงค์การวิจัย

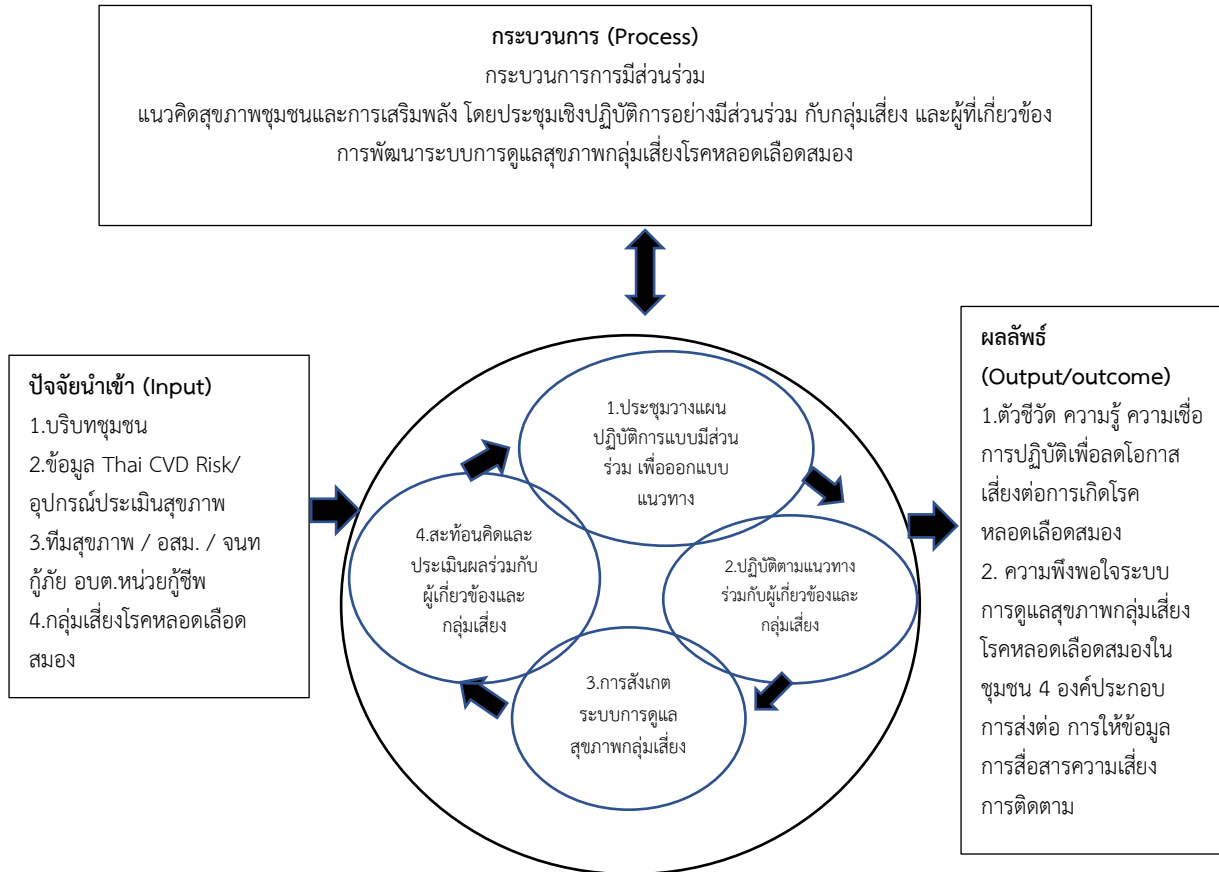
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนบ้านพรจูด
2. เพื่อพัฒนาและดำเนินระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในด้านความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหลังเข้าร่วมโครงการ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจรของ Kemmis & McTaggart<sup>9</sup> ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและชุมชนโดยวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) ในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรจูด ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบของระบบที่พัฒนาขึ้น มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง ระหว่าง **ปัจจัยนำเข้า (Input)** คือ บริบทชุมชน ข้อมูล Thai CVD Risk/อุปกรณ์ประเมินสุขภาพ ทีมสุขภาพและกลุ่มเสี่ยง **ปัจจัยกระบวนการ (Process)** คือ กระบวนการมีส่วนร่วม แนวคิดสุขภาพชุมชนและการเสริมพลัง ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ไปจนถึงชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่นั้นๆ และการเสริมพลังเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน **ปัจจัยผลลัพธ์ (Output/outcome)** คือ ความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจระบบการดูแล 4 องค์ประกอบได้แก่ กระบวนการส่งต่อ การให้ข้อมูล การสื่อสารความเสี่ยง การติดตาม ดังภาพที่ 1

Funnell & Anderson<sup>10</sup> ที่กล่าวว่า การเสริมพลังผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดสุขภาพชุมชนคือแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ไปจนถึงชุมชนและหน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมี สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่นั้น ๆ ผู้วิจัยนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) ดำเนินการในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยดำเนินการ 3 ระยะ ตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม 2567 - มิถุนายน 2568

**ระยะที่ 1**

ผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เขตพื้นที่ความรับผิดชอบ รพ.สต.พรุจูด ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 โดยศึกษา 2 ส่วน

1) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ ความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จากคัดกรองสุขภาพประจำปี ประชากร 35 ปี ขึ้นไป โดยมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 1,548 คน คัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และได้จัดทำทะเบียนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จากนั้นผู้วิจัยใช้ตารางสี (Color Chart) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD risk score) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง<sup>7</sup> จำนวนทั้งสิ้น 496 คน จำแนกระดับความเสี่ยง 5 ระดับ จากนั้นผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ปัญหาและสอบถามความต้องการในการดูแลสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสเสี่ยงในระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 35 คน

2) สันทนาการกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพในชุมชน ประเด็นในการสนทนาปัญหาและการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีที่ขึ้นไป จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,548 คน ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) และประชากรเฉพาะผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เกี่ยวข้องและผู้นำที่มีบทบาทในระบบสุขภาพชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพชุมชน 8 คน ประกอบด้วย (1) ผอ.รพ.สต. (2) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (3) ผู้ใหญ่บ้าน (4) ผู้ดูแล (5) พยาบาลวิชาชีพ (6) อสม และ (7) เจ้าหน้าที่กู้ภัยของ อบต. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและร่วมออกแบบระบบ

2) สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากทะเบียนรายชื่อระดับโอกาสเสี่ยงปานกลางขึ้นไป จำนวน 35 คน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 35 -75 ปี
2. อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านพรุจตุลตลอดช่วงเวลาที่วิจัย
3. มีคะแนนระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) ระดับปานกลาง

ขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารได้และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือมีโรคร่วมร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือทางสายตารุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการเรียนรู้
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือดก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เอกสารรับรองเลขที่ 60/2567 วันที่ได้รับอนุญาต 8 กันยายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย การคุ้มครองสิทธิ การปกปิดชื่อและข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิในการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิการรักษาการเก็บรักษาข้อมูลและการทำลายเอกสารหลังสิ้นสุดโครงการ ภาพกิจกรรมชุมชนได้ขออนุญาตเพื่อเผยแพร่ ผู้เข้าร่วมได้รับการอธิบายเรื่องประโยชน์และความเสี่ยง ก่อนลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์

1. ตารางสี (Color chart) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) ในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พัฒนาโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>7</sup> เป็นแผ่นกระดาษแยกสี จำนวน 5 สี แบ่งเกณฑ์จำแนกสี ได้ 5 ระดับโดยผู้ประเมินต้องใส่ข้อมูลค่าดัชนีสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายลงในตารางเทียบสี ได้แก่ อายุ เพศ รอบเอว พฤติกรรมสูบบุหรี่ โรคประจำตัว เบาหวาน และความดันโลหิตสูง และระดับค่าความดันโลหิตตัวบนอ่านผลที่ได้ แปลผลระดับโอกาสเสี่ยง 5 ระดับตามสี ได้แก่ 1) สีเขียวเข้มมีระดับโอกาสเสี่ยงต่ำ 2) สีเหลืองมีระดับโอกาสเสี่ยงปานกลาง 3) สีส้มมีระดับโอกาสเสี่ยงสูง 4) สีแดงมีระดับโอกาสเสี่ยงสูงมาก 5) สีแดงเข้มมีระดับโอกาสเสี่ยงสูงอันตราย

2. แนวคำถามในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีตัวอย่างแนวคำถามในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ท่านคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่เพราะเหตุใด การปฏิบัติตัวแบบใดบ้างที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ ในการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

3. ประเด็นการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ในระยะที่ 1 เกี่ยวกับสภาพปัญหาและระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่ควรดำเนินการในชุมชน

4. แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตน (Self-Efficacy) และจากสถานการณ์ปัญหาของกลุ่มเสี่ยงในระยะที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ รอบวงเอว และส่วนที่ 2 สอบถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ จำนวน 13 ข้อ การให้คะแนนตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ด้านความเชื่อ 11 ข้อ การให้คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ข้อความมีทั้งทางบวกและทางลบ ด้านการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยง จำนวน 9 ข้อ การให้คะแนนตามความถี่ของการปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน

5. แบบประเมินความพึงพอใจระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การส่งต่อ การให้ข้อมูล การสื่อสารความเสี่ยงและการติดตาม จำนวนรวม 10 ข้อ คะแนนความพึงพอใจ 5 ระดับ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน ระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับ อยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณและข้อคำถามเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือวิจัย ที่ได้พัฒนาแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว วิทยาลัยวิชาชีพสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 3 ท่าน เครื่องมือเชิงคุณภาพปรับปรุงตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือเชิงปริมาณ มีค่าคะแนนความเหมาะสมแต่ละข้อ มีค่า 1 = เหมาะสม 0 = ไม่แน่ใจ -1 = ไม่เหมาะสม คำนวณ IOC สำหรับแต่ละข้อ ผู้วิจัยตัดข้อที่มีค่าต่ำกว่า 0.5 จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องภาพรวมทั้งฉบับ IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.79 ปรับปรุงข้อความตามแนะนำ การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือวิจัย โดยทดลองใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบพรต.บางดี จำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามด้านความเชื่อและด้านการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.75

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินแบบประเมินความพึงพอใจระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนมิถุนายน 2568

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 โดยศึกษา 2 ส่วน

1) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ ความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จากคัดกรองสุขภาพประจำปีประชากร 35 ปี ขึ้นไป โดยมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 1,548 คน คัดกรอง เบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด และได้จำนวนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด จากนั้นผู้วิจัยใช้ตารางสี (Color Chart) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง<sup>7</sup> จากนั้นผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และสอบถามความต้องการในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2) สันทนาการกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน ประเด็นในการสนทนาเรื่อง ปัญหาและระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

**ระยะที่ 2** พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2568

1) ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลสถานการณ์ความชุก ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเสี่ยงฯ ให้กับผู้เกี่ยวข้องและผู้ที่มีส่วนได้เสีย (1) ผอ.รพ.สต. (2) นายกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (3) ทีมสุขภาพใน รพ.สต. (4) ผู้ใหญ่บ้าน (5) ผู้ดูแล (6) อาสาสมัครสาธารณสุข (7) เจ้าหน้าที่กู้ภัยของ อบต. (8) กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อประชุมระดมสมองร่วมกัน ยกร่างระบบขั้นตอนการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูด

2) ผู้วิจัยจัดทำเอกสารร่างแนวทางการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูด ที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและปรับปรุงตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ ในสถานการณ์จริง

**ระยะที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูด ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน 2568 เดือนมิถุนายน 2568 กับ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง 35 คน ดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น ดังนี้ 1) คัดกรองและจัดทำทะเบียนกลุ่มตัวอย่างตามระดับความเสี่ยง 2) คั้นข้อมูลระดับความเสี่ยงแก่กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและญาติ 3) ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง แกนนำอาสาสมัคร วางแผนกำหนดขั้นตอน กำหนดบทบาทหน้าที่ในระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การเฝ้าระวังและการติดตามตามกลุ่มที่จำแนกตามระดับโอกาสเสี่ยง 4) จัดอบรมให้ความรู้แกนนำสุขภาพครอบครัว และแจ้งทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังพร้อมทั้งสมุดบันทึกการติดตาม 5) อบรมให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเสี่ยง 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ 6) จัดทำคู่มือและมอบคู่มือความรู้ การประเมินอาการ พร้อมฝึกทักษะการประเมินอาการตามหลักหลัก BEFAST การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและการรับนำส่งโรงพยาบาลแก่กลุ่มเสี่ยงและญาติ 7) ติดสติ๊กเกอร์สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงและแกนนำสุขภาพผู้รับผิดชอบประจำโซน 8) แจ้งช่องทางการเข้ารับการรักษาและการนำส่งโรงพยาบาล และระหว่างทดลองใช้รูปแบบผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มย่อยผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสะท้อนผล (Reflection) และ ปรับปรุง (Revision) เรียนรู้ร่วมกันและปรับรายละเอียดตามที่ประชุมเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมองในชุมชน ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเข้ารหัส (Coding) และการสร้างหมวดหมู่ประเด็นหลัก (Themes) ตามมาตรฐานการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ<sup>11</sup> วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired t – test กำหนดช่วงความเชื่อมั่น  $(1-\alpha)*100\%$  ขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง โดยใช้สูตร Cohen's d

**ผลการวิจัย**

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ รพ.สต.พรุจูด

1) ข้อมูลสถานการณ์ ความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคัดกรองสุขภาพประจำปี ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป โดยมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 1,548 คน จากนั้นผู้วิจัยใช้ตารางสี (Color chart) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง<sup>5</sup>

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง คัดกรองโดยใช้ตารางสี (Color chart) จำแนกตามระดับโอกาสเสี่ยง (N = 496)

ระดับโอกาสเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โอกาสเสี่ยงสูงอันตราย	2	0.40
กลุ่มโอกาสเสี่ยงสูงมาก	2	0.40
โอกาสเสี่ยงสูง	24	4.84
โอกาสเสี่ยงปานกลาง	38	7.67
โอกาสเสี่ยงต่ำ	430	86.69
<b>รวม</b>	<b>496</b>	<b>100</b>

กลุ่มเสี่ยงตามการคัดกรองด้วยตารางสี (Color Chart) จำแนกตามระดับโอกาสเสี่ยง พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่มีโรคประจำตัวเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง รวมทั้งสิ้น 496 คน ส่วนใหญ่มีโอกาสเสี่ยงต่ำ จำนวน 430 คน ร้อยละ 86.69 มีระดับโอกาสเสี่ยงปานกลาง 38 คน ร้อยละ 7.67 และมีโอกาสเสี่ยงสูง 24 คน ร้อยละ 4.84 ซึ่ง มีระดับโอกาสเสี่ยงปานกลางขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 66 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.31

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ กว่า 10 ปี ได้สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มระดับโอกาสเสี่ยงปานกลางโดยใช้แนวคำถาม พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนใหญ่เพศชาย อายุระหว่าง 56-65 ปีและมีรอบเอวเกิน ด้านการรับรู้ความเสี่ยงพบว่า “ไม่รู้ว่ามีโอกาสเสี่ยง เข้าใจว่าเป็นเบาหวานไม่เกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง” *กลุ่มเสี่ยงเพศชาย อายุ 57 ปี* ด้านความตระหนักในการดูแลตนเอง “ตอนวัดค่าความดันสูง แต่ทำงานได้ปกติไม่มีปัญหาอะไร” *กลุ่มเสี่ยงเพศหญิง อายุ 50 ปี* ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค “คุมอาหารบ้าง ไม่คุมบ้าง ไม่ออกกำลังกาย ยาที่ไม่ได้กินติดๆ กันทุกวัน กลัวไตพัง” *กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 55 ปี* ด้านต้องการความรู้ในการดูแลตนเอง “อยากรู้ได้นำมาป้องกัน” *กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 46 ปี*

2. ผลการสนทนากลุ่มประชากรเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผอ.รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่กู้ภัยในชุมชน พบว่า สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนบ้านพรุจูด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยง แต่ยังไม่ได้รับการคืนข้อมูลระดับความเสี่ยง การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงด้วยทีมสุขภาพและ อสม. ยังไม่ต่อเนื่อง ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมจากกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและญาติ การดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง

โรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนยังไม่เป็นระบบที่เชื่อมโยงกัน กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต้องการระบบการดูแลสุขภาพป้องกันก่อนป่วย ต้องการรู้ระดับโอกาสเสี่ยง การประเมินอาการและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีส่วนได้เสียและหน่วยงานเกี่ยวข้องโดยเฉพาะ รพสต.บ้านพรจูด ต้องการระบบการเฝ้าระวังและการติดตามกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อและการนำส่งผู้ป่วยที่รวดเร็ว ช่องทางการติดต่อประสานงานที่ชัดเจน เข้าถึงได้ง่าย การออกแบบระบบที่มาจากกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพรจูด บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการนำส่งผู้ป่วย ช่องทางสื่อออนไลน์ที่มีอย่างทั่วถึงในชุมชน

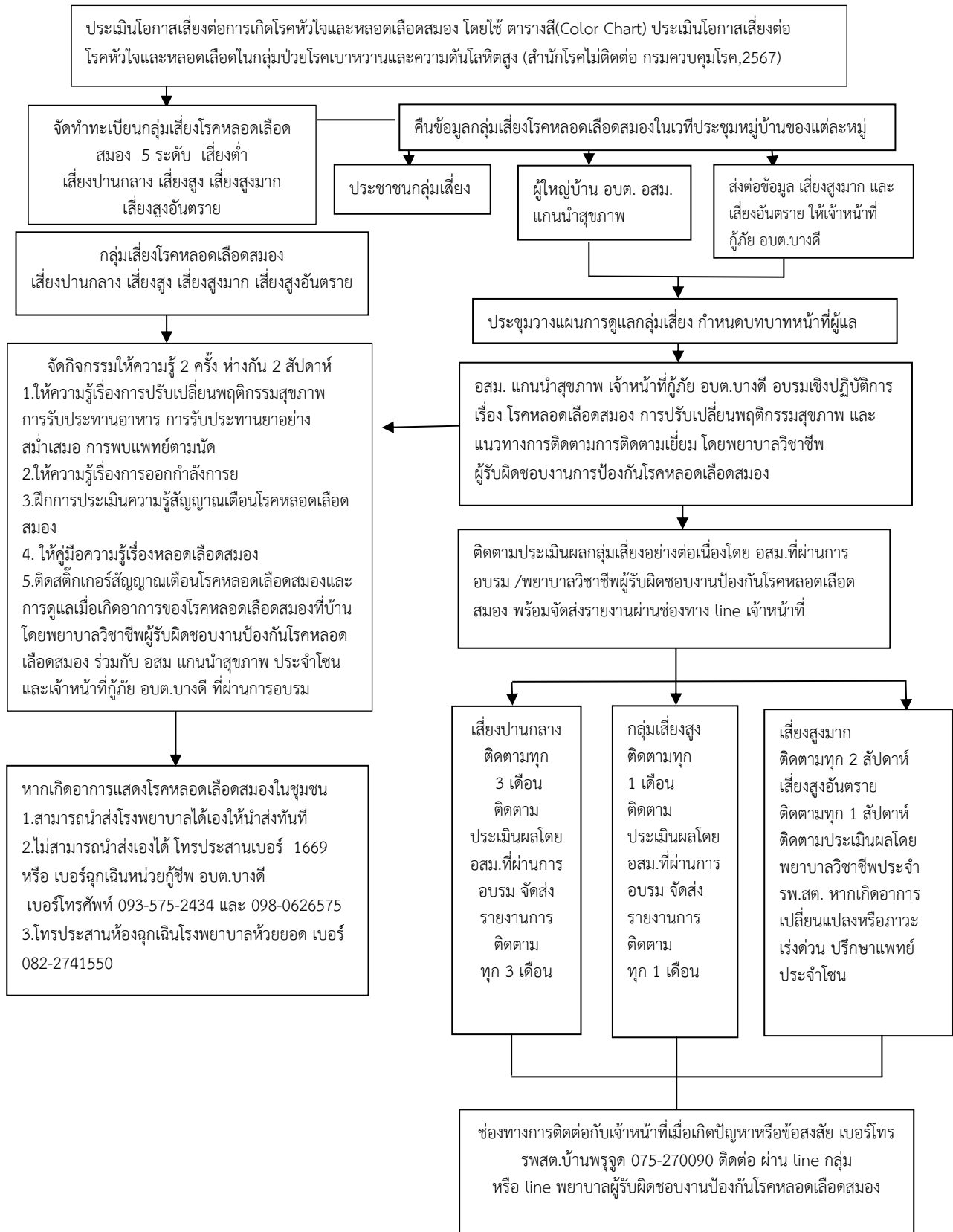
## ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีจุดเน้นที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อนำสู่การออกแบบระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วมของของผู้ที่มีส่วนได้เสียและผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน มีจุดเน้นที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มเสี่ยงโดยตรง เพื่อนำสู่การออกแบบดำเนินการในชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในการพัฒนา ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในทั้งทีมสุขภาพ ท้องถิ่น แกนนำชุมชน ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงและญาติ ระดมสมองร่วมกันวางแผนเพื่อจัดทำร่างระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

2. นำร่างระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลสุขภาพ การศึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมและปรับปรุงระบบเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

## ระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูด ตำบลบางดี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูด

### ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล

ระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รพสต.บ้านพรุจูดที่พัฒนาขึ้นโดยทดลองใช้ กับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 35 คน ระยะเวลา 3 เดือน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 35) เพศ ชาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.14 เพศหญิง 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.86 อายุเฉลี่ย 61.80 ปี ส่วนใหญ่ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.14

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้านความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง (n = 35)

ด้าน	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	df	p-value 95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	11.34	1.697	12.91	.373	1.57	-5.202	34	.000
ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	27.66	1.552	29.17	1.505	1.51	-3.998	34	.000
ปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	22.34	2.612	24.34	3.806	2.00	-2.950	34	.006

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง ค่าเฉลี่ยก่อนเท่ากับ 11.34 ค่าเฉลี่ยหลังเท่ากับ 12.91 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันทางสถิติ Paired t – test พบว่าค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.1$ ) ค่าเฉลี่ยด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง ค่าเฉลี่ยก่อนเท่ากับ 27.66 ค่าเฉลี่ยหลังเท่ากับ 29.17 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยทางสถิติ Paired t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.1$ ) ค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง ค่าเฉลี่ยก่อนเท่ากับ 22.34 ค่าเฉลี่ยหลังเท่ากับ 24.34 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยทางสถิติ Paired t – test พบว่าค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.1$ )

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนหลังการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง (n = 35)

ด้าน	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	df	p-value 95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความพึงพอใจการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	39.09	7.663	46.77	4.596	7.68	-5.856	34	.000

ค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนหลังการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง ค่าเฉลี่ยก่อนเท่ากับ 39.09 ค่าเฉลี่ยหลังเท่ากับ 46.77 ค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) เท่ากับ 7.68 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยทางสถิติ Paired t – test ช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) พบว่าค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.1$ )

## การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

สถานการณ์และความต้องการการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สถานการณ์ความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสี่ยงตั้งแต่สูงอันตรายถึงระดับต่ำ กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปมีถึงร้อยละ 13.31 กลุ่มเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปยังไม่ทราบระดับโอกาสเสี่ยง และไม่ตระหนัก “ไม่ใช่รู้ นี้กว่าฉันเป็นเบาหวานอย่างเดียว แค่คุมอาหารหวาน ๆ ไม่รู้ว่าเสี่ยงด้วย” ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ไม่ทานยาสม่ำเสมอ ควบคุมโรคความดันไม่ได้ตามเป้าหมาย รอบเอวเกิน มีค่าความดันโลหิตสูง ผู้รับผิดชอบข้อมูลไม่ได้คืนข้อมูลความเสี่ยง การให้ความรู้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงตามโอกาสเสี่ยง เพราะไม่ได้จัดทำฐานข้อมูลทะเบียนแต่ละกลุ่มที่ชัดเจนและคืนข้อมูลอย่างเป็นระบบการเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงยังไม่เป็นระบบไม่ต่อเนื่อง ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมจากกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและญาติ การดูแลยังไม่เป็นระบบขั้นตอนที่เชื่อมโยงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรินทร์ พัสทุ และ ดารุณี จงอุดมการณ์<sup>12</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงไม่ทราบระดับโอกาสเสี่ยงของตนเอง กลุ่มเสี่ยง ไม่สนใจ ไม่เข้าใจโรคหลอดเลือดสมองอย่างลึกซึ้ง กลุ่มเสี่ยงมีความต้องการได้รับข้อมูลโอกาสเสี่ยง ความรู้ ความตระหนักในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การประเมินอาการ การมีส่วนร่วมในการดูแลจากครอบครัวและญาติ อาสาสมัครแกนนำชุมชนและระบบการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่ชัดเจน รวดเร็ว เข้าถึงง่ายสอดคล้องกับการศึกษาของเมตตา สุริยะที่พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง<sup>13</sup> เพราพนิต สอนสิทธิ์ และคณะ<sup>14</sup> ที่พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง และตติยา ทุมแสน และคณะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สินีนาฏ ทองสุข และอรสา กงตาล<sup>16</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมองในชุมชน รพ.สต.บ้านพรุจูดด้วยกระบวนการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การคัดกรองและจัดทำทะเบียน คืนข้อมูลระดับโอกาสเสี่ยงแก่กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและญาติ กำหนดบทบาทหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ เฝ้าระวังและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง จัดอบรมให้ความรู้แกนนำสุขภาพ ทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงเพื่อบันทึกติดตาม อบรมให้ความรู้ การประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน ทำคู่มือการประเมินอาการ พร้อมฝึกทักษะการประเมินอาการตามหลัก BEFAST ติดสติ๊กเกอร์สัญญาณที่บ้าน แจ้งช่องทางการเข้ารับการรักษาและการนำส่งโรงพยาบาล หลังการใช้ระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อภิปรายการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมทำให้ข้อมูลความเสี่ยงและสัญญาณเตือน (BEFAST) ช่วยเพิ่ม “การรับรู้ความรุนแรง” (Perceived severity) และ “การรับรู้โอกาสเสี่ยง” (Perceived susceptibility) ซึ่งนำไปสู่การปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง การคืนข้อมูลความเสี่ยงให้กลุ่มเสี่ยงและการฝึกทักษะการประเมินอาการตามหลัก

BEFASTทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อและพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังเห็นได้จากคะแนนความรู้ความเชื่อและการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายได้โดย ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) กล่าวคือ กระบวนการคืนข้อมูลความเสี่ยงและการฝึกทักษะตามหลัก BEFAST ทำหน้าที่เป็น “แหล่งประสบการณ์ความสำเร็จโดยตรง” (Mastery experience) ซึ่งเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญที่สุดของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจและลงมือปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพมากขึ้น การคืนข้อมูลระดับความเสี่ยงทำให้กลุ่มเสี่ยงได้ทราบความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง ตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดความตระหนักและตั้งใจปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับแจกกู้มือการดูแลตนเองและติดสติ๊กเกอร์อาการเตือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาฏ ทองสุข และ อาสา กงตาล<sup>16</sup> ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง พบว่าโดยภาพรวมสามารถปฏิบัติได้ในระดับสูง มาเรียม โระฮัน และคณะ<sup>17</sup> ที่ศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ และคณะ<sup>18</sup> ที่ศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญชุนหะ และคณะ<sup>19</sup> ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลในชุมชน ระบบข้อมูลในการดำเนินงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชน เป็นระบบการเผยแพร่สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระบบเฝ้าระวังและติดตามผลซึ่งมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรินทร์ พัสตุ และคณะ<sup>12</sup> ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

การอภิปรายผลผลลัพธ์ของระบบการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนครั้งนี้ ทำให้ได้แนวทางในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน มีแนวปฏิบัติของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีช่องทางการสื่อสารระหว่าง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการ มีการกำหนดบทบาทชัดเจน ประชุมปรึกษาอย่างมีส่วนร่วม เชื่อมโยงและสนับสนุน แหล่งประโยชน์ และทรัพยากรชุมชน ทำให้ชุมชนได้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น อธิบายได้ด้วยทฤษฎี Empowerment Theory ของ Funnell & Anderson<sup>10</sup> ที่ระบุว่าทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวางแผนและตัดสินใจทำให้เกิดการเสริมพลัง (Empowerment) ส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองในการดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มเสี่ยงสามารถตีความได้ว่าเป็นผลจากการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) และการมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Participatory Health Model ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความยั่งยืนของระบบสุขภาพเชื่อมโยงผลการวิจัยกับงานวิจัยก่อนหน้าของ ไพรินทร์ พัสตุ และ ทวีเกียรติ หิรัญเกิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วม ของ World Stroke Organization<sup>1</sup> ที่เน้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการคัดกรองและให้ความรู้ในระดับชุมชน แนวทาง Thai NCD Plan 2023–2027 ที่สนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>4</sup> งานของ

Pengpid & Peltzer<sup>20</sup> ใน BMC Public Health ที่ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ สอดคล้องกับ สุพัฒตรา ยอดสุรางค์<sup>21</sup> ที่ศึกษาแนวคิดที่ว่าด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน ผู้วิจัยพบว่า การให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้โอกาสเสี่ยง ชุมชนรับทราบสถานการณ์ปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ชุมชนตื่นตัว แกนนำและกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมเกิดเครือข่ายและการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ทรัพย์ทวี หิรัญเกิดและคณะ<sup>22</sup> ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

แม้ผลการวิจัยจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีข้อจำกัดอย่างเป็นระบบ เช่น ขนาดตัวอย่างน้อย (n = 35) อาจจำกัดการสรุปผลเชิงอนุมาน ไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Control group) ทำให้สรุปเชิงเหตุผลได้จำกัดระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือน อาจไม่เพียงพอประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม การใช้แบบสอบถามประเมินตนเองอาจเกิด bias จากการตอบแบบสังคมพึงประสงค์ (Social desirability bias) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการสร้างระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยใช้แนวทางมีส่วนร่วม ช่วยให้ชุมชนสามารถพัฒนาแนวทางป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย Primary Care Cluster ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการเสริมศักยภาพชุมชนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (System change) และเชิงพฤติกรรม (Behavioral change) พร้อมกัน การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับชุมชนทำให้เกิดนวัตกรรมดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลได้ในบริบทอื่น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

#### 1. ด้านการพยาบาลและสาธารณสุข

1.1 การใช้ระบบที่พัฒนาแล้วในกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดบทบาทของพยาบาลเป็น “พยาบาลกรณี (Case manager)” ที่ประสานข้อมูลระหว่าง รพ.สต.-อสม.-โรงพยาบาล และใช้ข้อมูล Thai CVD Risk และ BEFAST เป็นเครื่องมือประจำในการประเมินและติดตามความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.2 จัดตั้งทีมสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ (Community stroke care team) เพื่อให้เกิดระบบการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่อง

1.3 รพ.สต.สามารถบูรณาการระบบนี้เข้ากับการคัดกรอง NCD ปีละ 2 ครั้ง เพื่อจัดกลุ่มเสี่ยงและติดตามรายเดือนโดยอสม.

#### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและระบบบริการสุขภาพ

2.1 สนับสนุนให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ใช้รูปแบบนี้เป็น Model ขยายผลในเครือข่าย รพ.สต.อื่น ๆ ที่มีโครงสร้างคล้ายกัน

2.2 บรรจุระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เข้าใน Stroke Fast Track at Community level ของแผนปฏิบัติการ NCD

2.3 ควรมีการจัดทำ “คู่มือการดำเนินงานระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง” และเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขรับรองเป็นแนวทางปฏิบัติ (Practice guideline) ระดับประเทศ

### 3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาชีพและการศึกษาพยาบาล

3.1 บูรณาการ “ระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง” ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรสาขาชุมชนหรือเวชศาสตร์ครอบครัว

3.2 พัฒนา “หลักสูตรอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน” โดยเพิ่มหัวข้อ การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการรายการกรณีในชุมชน

3.3 ส่งเสริมให้พยาบาลทำวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนา Stroke Prevention Model ในระดับตำบล

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการ วิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Quasi-experimental with control group) เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างชุมชนที่ใช้ระบบกับชุมชนที่ไม่ได้ใช้ระบบ

2. ขยายระยะเวลาการติดตามอย่างน้อย 6–12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

3. ศึกษาผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เช่น การลดค่าใช้จ่ายการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

4. ใช้การวิเคราะห์ Effect size และ Repeated measures ANOVA เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลักฐานเชิงสถิติ

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Annual report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 17]. Available from: [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO\\_Annual\\_Report\\_2023\\_online.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2023_online.pdf)
2. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. คร.รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก พบตัวเลขป่วยกว่า 3 แสน เสียชีวิตกว่า 3.7 หมื่นคน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2025/10/35790>
3. กรมควบคุมโรค. 29 ต.ค. วันหลอดเลือดสมองโลก ร่วมมือกันป้องกัน ลดเสี่ยงอัมพฤกษ์ อัมพาต [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc11/news.php?news=38037&deptcode=odpc11>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf>
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร; 2567.
6. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/trg/public/standard-report-detail/87af734bc7575ecba528b7c9dba063bb>
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ตารางสี (Color Chart) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://odpc9.ddc.moph.go.th/SRRRTcenter/57-CVD-5Feb.pdf>

8. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 17]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
9. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
10. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. Clin Diabetes 2004;22:45-53.
11. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis: A methods sourcebook. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2014.
12. ไพรินทร์ พัสตุ, ดารุณี จงอุดมการณ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารสภาวิชาชีพ 2563;13:179-93.
13. เมตตา สุริยะ. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ 2566;16:141-55.
14. เพราพนิต สอนสิทธิ์, จตุพร หลีออบล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567;9:137-49.
15. ตติยา ทุมเสน, อัจฉรา คล้ายมี, อภิญญา พาผล, อุไร ชลยุ่นาค. การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2565;39:24-31.
16. สีนีนางู ทองสุข, อรสา กงตาล. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2564;44:86-96.
17. มาเรียม โรอิน, วรณดี เสือมาก, นงนภัทร รุ่งเนย. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัชเนิมวลกาย และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงที่มีน้ำหนักเกิน ชุมชนอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://srth.moph.go.th/research/file/20240625151842-92\\_2567%20มาเรียม%20โรอิน.pdf](https://srth.moph.go.th/research/file/20240625151842-92_2567%20มาเรียม%20โรอิน.pdf)
18. วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, พัฒนา เศรษฐวิชรานิช, เสน่ห์ คล้ายบัว, คะนิง วิชิตจรรย์. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารแพทยนาวิ 2565;49:708-24.
19. สุดศิริ หิรัญชุนหะ, วนิภา ทับเที่ยง, มณฑา ทองดำสิง. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41:115-27.
20. Pengpid S, Peltzer K. Adherence to 24-h movement guidelines and its associations with dietary behavior and mental health among university students from five ASEAN countries. Int J Environ Res Public Health 2021;18:12648. doi: 10.3390/ijerph182312648

21. สุพัตรา ยอดสุรางค์. แนวคิดว่าด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2562;14:122-32.
22. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พรภัทรา แสนเหล่า, กมลรัตน์ ทองสว่าง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล 2564;70:34-43.