

**ผลการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ: ประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาล
สุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น ต่อความรู้และทัศนคติ
ในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2556
Volume 36 No.2 (April-June) 2013

Results of Knowledge Translation into Action:

**Application of The Khon Kaen University Family Health Nursing
Model toward Knowledge, Attitudes in Practices for Prevention,
Caring, and Rehabilitation of Stroke**

ดารุณี จงอุดมการณ์ RN, Ph.D** ยูพา เป้าคำพ่าย RN, BN*** จันทร์เพ็ญ ชุมแพน RN, MSN****

เอี่ยมพร เดียวตระกูล RN, MSN***** มัญยาภา พนมหมอม RN, MSN***** สมพิศ เพ็ญเกษ RN, MSN*****

Darunee Jongudomkarn RN, Ph.D** Yupha Baokumchai RN, BN*** Chunpen Chumpan RN, MSN****

Eamporn Diewtrakul RN, MSN***** Manyapa Phanomhom RN, MSN***** Sompit Piengkes RN, MSN*****

บทคัดย่อ

การศึกษาผลของการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติด้วยการศึกษาเชิงทดลองเพื่อตรวจสอบผลการประยุกต์ใช้ “รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น – KKU FHN” ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวใน 5 พื้นที่ กลุ่มตัวอย่างมีสองกลุ่ม คือ 1) “แกนนำสุขภาพครอบครัว” ผู้ทำหน้าที่รณรงค์ในพื้นที่จำนวนรวม 166 คน และ 2) “ตัวแทนครอบครัว” ใน 5 พื้นที่ที่ได้รับการณรงค์ จำนวนรวม 344 คน แกนนำสุขภาพครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ปฏิบัติตามรูปแบบ KKU FHN ผลการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบว่า 1) หลังจากได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วม “แกนนำสุขภาพครอบครัว” มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 พื้นที่ ($P < 0.001$, Dependent paired t – test) 2) หลังการปฏิบัติตามรูปแบบ KKU FHN “ตัวแทนครอบครัว” ใน 5 พื้นที่ปฏิบัติการฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองหลังการปฏิบัติการฯ สูงกว่าก่อนการปฏิบัติการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 พื้นที่ ($P < 0.001$, Dependent paired t – test) 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุถึงสภาพการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่ปฏิบัติการฯ เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก สรุปได้ว่าเกิดแกนนำสุขภาพครอบครัวที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ตามรูปแบบฯ กลายเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในการป้องกัน ดูแล และ ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในพื้นที่จำนวน 166 คน มีข้อเสนอแนะว่า “KKU FHN” สามารถใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันดูแลแก้ไข ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้

คำสำคัญ: การแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น โรคหลอดเลือดสมอง

* ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

** รองศาสตราจารย์และกรรมการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศยาและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

**** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนากลาง อำเภอนาหวัง จังหวัดหนองบัวลำภู

***** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

***** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ ตำบลสีแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

This study was examined the results of knowledge translation of The KKU Family Health Nursing Model (KKU FHN) toward prevention, caring, and rehabilitation of patients with their families in 5 areas by using quasi-experimental research. There were two types of participants, including 166 trained family health leaders, and 344 family representatives being campaigned within the areas. The researchers engaged in building trained participants' capacities by training as well as doing action planning as guided by the model. The results of quantitative and qualitative data revealed as followings. 1) After participatory training according to the model, 'the family health leaders' knowledge and attitude of prevention, caring, and rehabilitation of stroke patients with their families were statistically significantly higher than those before doing so in five areas ($p < 0,001$, Dependent paired t - test). 2) After implementing the KKU FHN model, 'the family representatives' knowledge and attitude of prevention, caring and rehabilitation of stroke patients with their families were statistically significantly higher than those before implementing the model in five areas ($p < 0,001$, Dependent paired t-test). 3) The qualitative data revealed positive situational changing of health promotion practices amongst the villagers in the intervention areas. In summary, there were 166 family health leaders who were empowered to take action for people health promotion, prevention, caring, and rehabilitation of stroke patients with their families. Recommendations were made that "the KKU FHN Model" could be used as intervention guideline to health promotion, prevention, caring, and rehabilitation of stroke patients.

keywords: knowledge translation, KKU family health nursing model, stroke patients

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

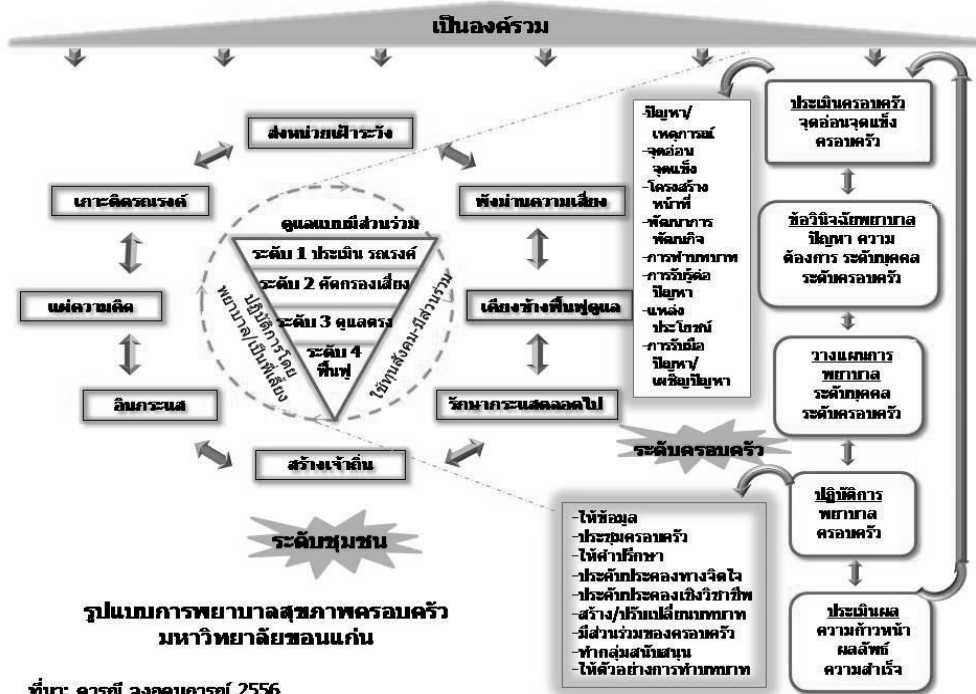
โรคหลอดเลือดสมอง (stroke/ cerebrovascular disease) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยมีความชุกประมาณ 2,480 คนต่อประชากร 100,000 คน² การดูแลสำคัญประการหนึ่งที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและสามารถป้องกันความพิการในระยะยาวได้ คือ การจัดการดูแลแก้ไขอย่างรวดเร็ว การรู้อาการและสามารถสื่อสารไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่รับผิดชอบและการนำส่งเร็วที่สุดเพื่อเข้าสู่ระบบการบริการที่เรียกว่า "stroke fast track" ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบนี้ครอบคลุมทั่วประเทศด้วยการให้ยาลดลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงตามมาตรฐานการรักษผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมาเลี้ยง³ เมื่อโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันตราย กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ในทุก ๆ ด้าน สูญเสียภาพลักษณ์ มีความพิการหลงเหลืออยู่มีโอกาสดังกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาใช้ระยะเวลายาวนานในการฟื้นฟูสภาพ^{4,5} โรคนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ประชาชนไม่ทราบจนนำไปสู่ภัยอันตรายจากโรคโดยไม่รู้ตัว จึงนำมาสู่ความคิดว่าหากมีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวในชุมชนให้มีความรู้ดังกล่าวทั้งในประเด็นการป้องกันโรค การรู้อาการผิดปกติแต่ต้นมือสามารถนำส่งโรงพยาบาลภายในเวลากำหนดเพื่อช่วยชีวิต ลดความพิการของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนแล้วย่อมเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนโดยตรงในการส่งเสริมสุขภาพ มีแหล่งประโยชน์เป็นประชาชนในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยกัน ทราบช่องทางสามารถเชื่อมโยงการบริการ เกิดเครือข่ายในชุมชนต่อไปได้ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวถือว่าเป็นการสร้างอำนาจหรือภาวะแฝงในบุคคลให้ปรากฏออกมาเป็นที่ประจักษ์ก่อให้เกิดความตั้งใจในการกระทำ

สิ่งต่าง ๆ เพื่อให้กิจกรรมที่กระทำนั้นบรรลุผลสำเร็จ เป็นความสามารถที่ตกลงใจ ปรารถนาที่จะเข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถเพิ่มในการใช้ทักษะอย่างใดอย่างหนึ่ง อันเกิดจากลักษณะคุณลักษณะที่เติมเต็มผนวกกับทางวุฒิภาวะ ประสบการณ์ และอารมณ์ของบุคคล จนพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

จึงเกิดแนวคิดการ “แปลงความรู้สู่การปฏิบัติ” (knowledge translation หรือ knowledge implementation)⁷ โดย “รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น - KKU FHN” เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁸ ต่อยอดจากกรอบแนวคิดการพยาบาลสุขภาพครอบครัวองค์การอนามัยโลก⁹ สู่ปรorroมการปฏิบัติจริงร่วมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัว แนวคิดการใช้ทุนทางสังคม¹⁰ ที่มีอยู่ในชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของครอบครัวชุมชนในการขับเคลื่อนการปฏิบัติการ โดยมีหลักการสำคัญ คือ

การสร้างเจ้าภาพหรือแกนนำสุขภาพในการปฏิบัติการด้วยการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรฯ ที่กำหนดตามรูปแบบฯ บนพื้นฐานของการใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ เน้นการปฏิบัติการแบบบูรณาการเป็นองค์รวมด้วยกระบวนการดูแลตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน แบบมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานในทุกขั้นตอนภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ที่มีระดับการปฏิบัติการดูแล 4 ระดับ คือ 1) ระดับการส่งเสริมป้องกัน 2) ระดับการคัดกรองความเสี่ยง 3) ระดับการดูแลสุขภาพโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน และ 4) ระดับการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย ร่วมกับ 8 แผนกลยุทธ์ปฏิบัติการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน คือ 1) สร้างเจ้าถิ่น 2) อินกระแส 3) แผ่ความคิด 4) เกาะติดตรงรค์ 5) ส่งหน่วยเฝ้าระวัง 6) พังม่านความเสี่ยง 7) เคียงข้างฟื้นฟูดูแล และ 8) รักษากระแสตลอดไป (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1) โดยแกนนำสุขภาพครอบครัวผู้ได้รับการ



แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการทำงานตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น

เสนอชื่อจากเวทีประชาคมและเจ้าด้วยยอมรับเป็นผู้ปฏิบัติการสำคัญ (key actors) ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบฯ ด้วยคณะวิทยากรชุดเดียวกัน ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยง ผลกระทบ เทคนิคอย่างง่ายในการดูแลสุขภาพครอบครัว การทำงานเป็นทีม และ การวางแผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติการดูแลและได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ แต่ละพื้นที่มีการร่วมกันร่างแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ และประเมินผล โดยมีพยาบาลครอบครัวในพื้นที่เป็นผู้อำนวยการปฏิบัติ หรือ เป็นพี่เลี้ยง⁸

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติการตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นในชุมชนของสถานบริการสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด และ โรงพยาบาลศูนย์ ดังนี้ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสี่แก้วเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดร้อยเอ็ด 2) โรงพยาบาลบรบืออำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 3) โรงพยาบาลชุมแพอำเภอลำภู จังหวัดขอนแก่น 4) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และ 5) โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษา

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ของแกนนำสุขภาพครอบครัว

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการปฏิบัติการฯ ของตัวแทนครอบครัวในพื้นที่ปฏิบัติการฯ สภาพหลังการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ปฏิบัติการฯ ที่มีการเปลี่ยนแปลง

ตัวแปรการวิจัย

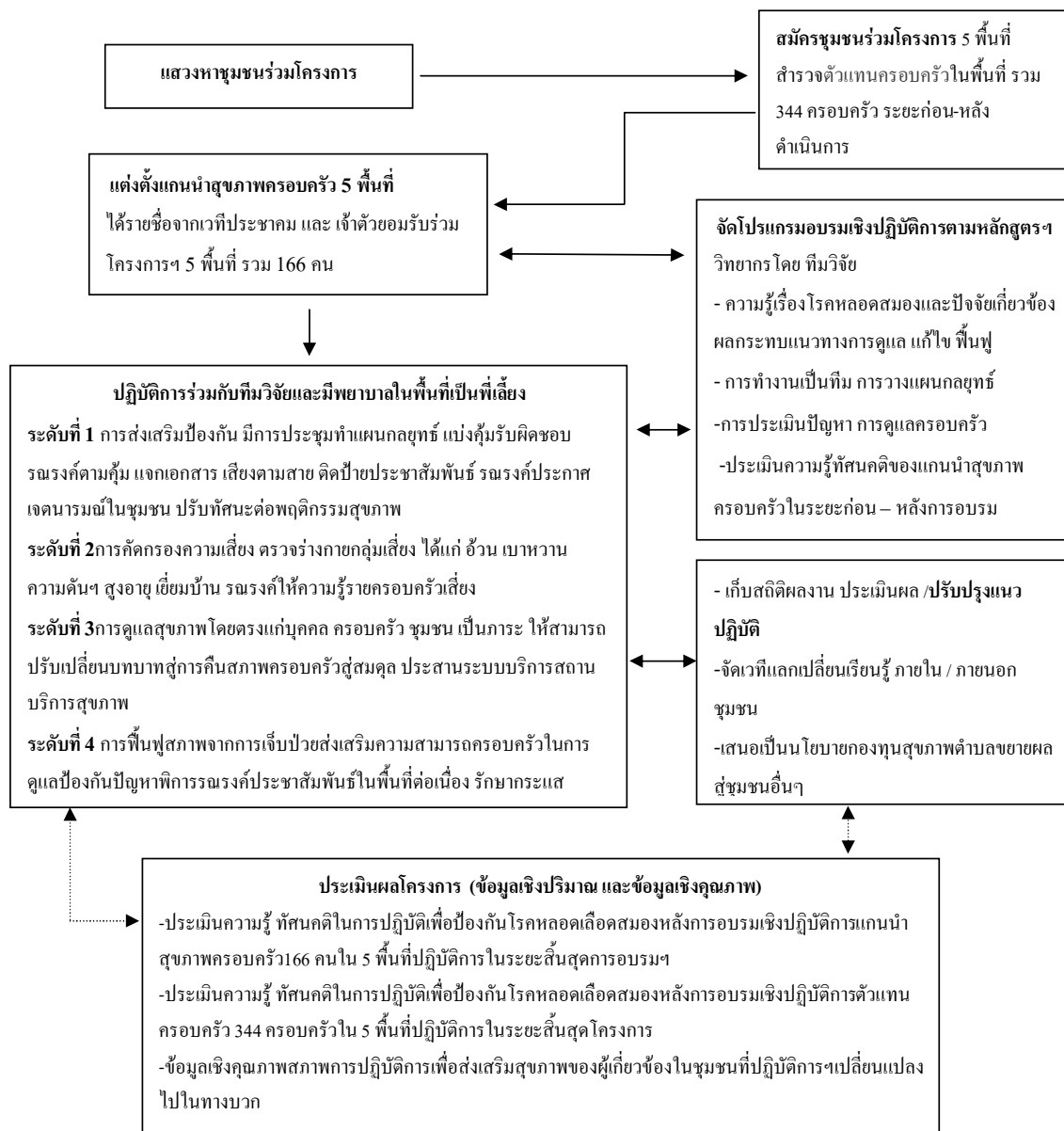
ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่วนตัวแปรตาม คือ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ของแกนนำสุขภาพครอบครัว 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการปฏิบัติการฯ ของตัวแทนครอบครัวในพื้นที่ปฏิบัติการฯ และ 3) สภาพหลังการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ปฏิบัติการฯ ที่มีการเปลี่ยนแปลง

สมมุติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ของแกนนำสุขภาพครอบครัวสูงกว่าก่อนการอบรมฯ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการปฏิบัติการฯ ของตัวแทนครอบครัวในพื้นที่สูงกว่าก่อนการปฏิบัติการฯ

สภาพหลังการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ปฏิบัติการฯ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทางบวก



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ในชุมชนตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (แผนภูมิที่ 2) ศึกษาใน 5 พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษา

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นต่อการป้องกันโรคและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมสมองและครอบครัวในระดับชุมชน¹¹ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมโครงการฯ โดยยึดหลัก 3 ประการคือ หลักความเคารพในบุคคล (respect for persons) หลักผลประโยชน์ (benefit) และหลักความยุติธรรม (justice)¹²

กลุ่มตัวอย่างมี 2 ประเภท คือ 1) แกนนำสุขภาพครอบครัวซึ่งเป็นผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และ เป็นผู้ปฏิบัติการตามรูปแบบ “การพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น” ได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยการเสนอชื่อจากเวทีประชาคมหมู่บ้านหรือถูกคัดเลือกจากชุมชนและเจ้าตัวสมัครใจเข้าร่วมในโครงการฯ โดยมีคุณสมบัติคือ มีครอบครัวอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีบทบาทเป็นผู้ดูแลครอบครัว จำนวนรวม 166 คน ใน 5 พื้นที่ และ 2) ตัวแทนครอบครัวในพื้นที่ปฏิบัติการฯ ดึงนิยามตัวแปรสำคัญนำเข้า (input) สู่การวิจัย ดังนี้

1. แกนนำสุขภาพครอบครัว หมายถึง คณะบุคคลที่ได้จากการเสนอชื่อจากเวทีประชาคมและเจ้าตัวสมัครใจในการทำหน้าที่เป็นแกนนำการปฏิบัติการ เป็นผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น และ การวางแผนกลยุทธ์ตามรูปแบบฯ ในการปฏิบัติการดูแล 4 ระดับ และ 8 กลยุทธ์

2. ตัวแทนครอบครัว หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปฏิบัติการศึกษาเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว หรือ ผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นตัวแทนครอบครัวในการให้ข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรการคำนวณให้เป็นตัวแทนและครอบคลุมพื้นที่ปฏิบัติการและการสุ่มอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำสุขภาพครอบครัวและตัวแทนครอบครัวครอบคลุมประชากรในพื้นที่ 5 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ

พื้นที่	จำนวนประชากร	ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมพื้นที่	จำนวนที่เก็บข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหาย	แกนนำฯ เสนอชื่อผ่านเวทีประชาคม
ชุมชนหนองหลุม ม.10 ต.แดงใหญ่ อ.เมือง จ.ขอนแก่น	188	40.73	50	27
ชุมชนโชคชัย ม.18 ต.หนองไผ่ อ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น	250	86.71	88	30
ชุมชนทุ่งมน-วัดป่าทุ่งศรีเมือง ต.กาฬสินธุ์ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์	262	55.26	60	45
ชุมชนบ้านสนามชัย ม.7 ต.บรบือ อ.บรบือ จ.มหาสารคาม	204	74.27	94	41
ชุมชนบ้านดงยาง ม.2 ต.สีแก้ว อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด	179	51.846	52	23
รวม	1083	308.816	344	166

ในการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อชี้ให้เห็นถึงสภาพการณ์ของชุมชนในการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนที่ร่วมโครงการฯ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือนหรือครอบครัวของประชากรในพื้นที่ ได้จากการคำนวณตามสูตรทางสถิติและทำการสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% คำนวณ (ได้จำนวนตามตารางที่ 1) ตามสูตรการคำนวณดังนี้¹³

$$n = \frac{NZ^2pq}{Nd^2 + Z^2pq}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง N = ประชากรที่ศึกษา คือ จำนวนหลังคาเรือนในชุมชนที่ร่วมโครงการฯ

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% (Z = 1.96)

p = ค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มสุขภาพเสี่ยงและป่วย ที่ได้จากเวชระเบียนแต่ละหน่วย ในปี พ.ศ. 2554

d = ความแม่นยำของการประมาณ ที่ให้ผิดพลาดได้ 5% (Acceptable error) = 0.05

q = 1 - p = .95

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ก) รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ข) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ มีคำถาม 20 ข้อ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และ ไม่แน่ใจ จัดระดับตามเกณฑ์การแบ่ง 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ระดับสูงมีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ก่อนการนำมาใช้จริงผ่านการทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน (N= 20) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่า 0.813 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹⁵ วิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการปฏิบัติการโดยใช้สถิติ Paired t – test dependent sample 2) แนวคำถามเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวทางการสังเกตการบันทึกภาคสนาม และ บันทึกการสนทนากลุ่มแกนนำสุขภาพครอบครัว มีแนวสังเกตและคำถามครอบคลุมในประเด็นความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดูแลแก้ไข พื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้เกี่ยวข้องและสภาพการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ปฏิบัติการซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อนำเสนอประกอบข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

แกนนำสุขภาพครอบครัว: ข้อมูลพื้นฐานและความรู้ทัศนคติในการปฏิบัติเรื่องการป้องกัน ดูแล พื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง

คุณลักษณะสำคัญของแกนนำสุขภาพครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการใน 5 พื้นที่ มีดังนี้ มีจำนวนรวม 166 คน ส่วนใหญ่มี

คุณลักษณะ ดังนี้ เป็นเพศหญิง 134 คน (ร้อยละ 80.72) มีอายุ 51-60 ปี 60 คน (ร้อยละ 36.15) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 72.29) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา 83 คน (ร้อยละ 50.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร 70 ราย (บางคนทำมากกว่า 1 อาชีพ) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท (ร้อยละ 54.21) และระบุว่ามีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.12) พบว่าระดับความรู้ทัศนคติในการปฏิบัติเรื่องการป้องกัน ดูแล พื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองของแกนนำ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกพื้นที่ ($\bar{X} \pm S.D.$: ภาพลึงค์: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนอบรม = 14.2 ± 1.2 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังอบรม = 17.8 ± 1.2 , $p < .001$; ขอนแก่น: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนอบรม = 17.7 ± 2.1 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังอบรม = 19.2 ± 0.8 , $p < .001$; ชุมแพ: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนอบรม = 12 ± 3.3 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังอบรม = 17.3 ± 1.3 , $p = < .001$; บรบือ: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนอบรม = 17.3 ± 1.9 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังอบรม = 17.7 ± 1.4 , $p < .001$; ร้อยเอ็ด: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนอบรม = 15.0 ± 1.1 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังอบรม = 19.0 ± 0.9 , $p < .001$)

ตัวแทนครอบครัว: ข้อมูลพื้นฐานและความรู้ทัศนคติในการปฏิบัติเรื่องการป้องกัน ดูแล พื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง

คุณลักษณะและข้อมูลส่วนบุคคลของ “ตัวแทนครอบครัว” ในพื้นที่ปฏิบัติการในพื้นที่ปฏิบัติการฯ 5 แห่ง ตอบแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำนวนรวม 344 คน ส่วนใหญ่ระบุคุณลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิง 249 คน (ร้อยละ 80.72) มีอายุ 41-50 ปี 97 คน (ร้อยละ 28.20) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.28) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา 231 คน (ร้อยละ 67.15) ประกอบอาชีพรับจ้าง 119 ราย (บางคนทำมากกว่า 1 อาชีพ) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท (146 คน/ ร้อยละ 42.44) และ ระบุว่า มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว (243 คน/ ร้อยละ 70.64)

ผลการวิเคราะห์ ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ เรื่องการป้องกัน ดูแล พื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองของ “ตัวแทนครอบครัว” ก่อนและหลังการปฏิบัติการฯในพื้นที่ พบว่าระดับความรู้ ทักษะในการปฏิบัติเรื่องการป้องกัน ดูแล พื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองของตัวแทนครอบครัว ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการปฏิบัติการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกพื้นที่ ($\bar{X} \pm S.D.$: กาฬสินธุ์: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการปฏิบัติการฯ = 15.7 ± 2.4 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการปฏิบัติการฯ = 19.6 ± 0.7 , $p < .001$; ขอนแก่น: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการปฏิบัติการฯ = 17.0 ± 2.5 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการปฏิบัติการฯ = 18.1 ± 1.71 , $p < .001$; ชุมแพ: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการปฏิบัติการฯ = 17.4 ± 0.5 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการปฏิบัติการฯ = 19.7 ± 1.2 , $p < .001$; บรบือ: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการปฏิบัติการฯ = 17.8 ± 2.2 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการปฏิบัติการฯ = 18.1 ± 2.2 , $p < .001$; ร้อยเอ็ด: ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการปฏิบัติการฯ = 13.8 ± 4.2 , ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการปฏิบัติการฯ = 18.6 ± 2.8 , $p < .001$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สภาพก่อนการปฏิบัติการฯ: ความเข้าใจที่คลุมเครือต่อ “โรคหลอดเลือดสมอง”

ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่า “โรคหลอดเลือดสมอง” เป็นโรคที่ผู้คนยังขาดการตระหนักถึงภัยร้ายใกล้ตัวที่อาจเกิดกับใครก็ได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลที่อาจเกิดจากความเคยชินที่อาจเกิดจากนิสัยส่วนบุคคลหรือการหล่อหลอมพฤติกรรมสุขภาพจากทางครอบครัว การขาดความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือนานาที่วิกฤติที่เกิดอาการนำร่องของโรคต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการแก้ไขให้ทันทั่วทั้งตลอดจนถึงการดูแลแก้ไขฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่อเกิดโรคแล้วก็เป็นประเด็นที่พบว่ายังขาดความรู้อย่างมาก นอกจากนี้ประชาชนในชุมชนยังมองว่าเป็นโรคที่ป้องกันไม่ได้ เพราะเป็นเวรกรรมของแต่ละคน ดังคำพูดของประชาชนผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

“พ่อเป็นโรคความดัน มาเอายาเน ชาดยาเน เพราะล่าวคิดว่าล่าวเขาแล้ว พอมาเป็นกะยุ่งยากหลาย บ่มีไผ่คิดว่าเป็นได้ คนดี อยู่แห่ม...” (ลูกสาวผู้ป่วย)

“คนกะดี อยู่นู่... อยู่ชื้อ ากะเป็นขึ้นมมาเลย แหมหมอ เป็นลมล้มลงแล้วกะบ่รู้สึกตัว ฟันขึ้นมามี แสง นีตขึ้นเต้ หยางได้เอง มัวแต่บ่บ่นวดบ่อได้สืบส่ง โรงบาล.....” (ภรรยาผู้ป่วย)

“ชั้นฮู้ว่าเป็นโรคห้อยจากโรคนี้กะได้ป้องกัน บ่ให้มันเป็นดอกค๊ะ...” (ภรรยาผู้ป่วย)

“พ่อใหญ่เซย..ตอนเป็นบ่าว (หนุ่ม) ลาวฆ่าไก่ หลาย เจ้ากรรมนายเวรเลยมาทวง ลาวกะกินเหล้าหลาย... หลังมีอาการอ่อนแอแล้วกะบ่ยอมไปรักษา ลูกเต้าชิพา ไปกะบ่ไป”

ขาดเจ้าภาพหลักในการดูแล “โรคหลอดเลือดสมอง” ในชุมชน: สภาพก่อนการปฏิบัติการฯ

ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้เกี่ยวข้องในชุมชนสะท้อนให้เห็นว่า “การเจ็บป่วยเป็นเรื่องในครอบครัวที่ต้องจัดการ” หรือ เป็นเรื่อง “ส่วนตัว” และเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพที่ต้องช่วยเหลือ ดังนั้นเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวทุกคนต้องร่วมแรง แบ่งเบาภาระในด้านต่าง ๆ จนอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤติครอบครัวได้หากไม่มีแหล่งประโยชน์สนับสนุนในการดูแล เช่น ต้องมีคนคอยจัดการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ต้องมีคนคอยเฝ้าดูแล การรักษา ฟื้นฟูสภาพ ผู้ดูแลเหนื่อยเหนื่อยเมื่อยล้า และ บางครอบครัวไม่สามารถหาสมาชิกในครอบครัวมาปรับเปลี่ยนหน้าที่กันได้เลย จึงดูเหมือนว่าเมื่อครอบครัวใดมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวแล้วมีความทุกข์ยุ่งยากใจมองไปทางใดดูเหมือนจะไร้ทางออก โดยแกนนำในชุมชนให้ความคิดเห็นดังนี้

“กะฮู้ว่าเพิ่มเป็น ไปเยี่ยมกันธรรมดาเน่ ละละ ตามประสาไทบ้านบ่จักสิเฮ็ดได้ไปก๊าวก่ายเซเจ้า...” (ผู้ใหญ่บ้าน)

“คิดว่ามันเป็นหน้าที่ของหมอนั้นแล้ว หมออนามัยกับโรงพยาบาลชั้นเป็นหยาง เฮาแค่ชาวบ้านธรรมดาสิไปช้อยหยางได้นะ” (สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะดีในการป้องกัน ดูแล ฟันสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของ “แกนนำสุขภาพครอบครัว” ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ

ตัวแปร	ภาพลื่น (N= 45)			ขอนแก่น(N= 27)			ชุมแพ (N= 30)			บรบือ (N= 41)			ร้อยเอ็ด (N= 23)		
	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value
ก่อน	14.2 $\pm$ 1.2	-5.96	<.001	17.7 $\pm$ 2.1	5.964	<.001	12 $\pm$ 3.3	8.8	<0.001	17.3 $\pm$ 1.9	-0.875	<.001	15.0 $\pm$ 1.1	-5.517	<0.001
หลัง	17.8 $\pm$ 1.2			19.2 $\pm$ 0.8			17.3 $\pm$ 1.3			17.7 $\pm$ 1.4			19.0 $\pm$ 0.9		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะดีในการป้องกัน ดูแล ฟันสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของ “ตัวแทนครอบครัว” ในระยะก่อนและหลังการปฏิบัติ

ตัวแปร	ภาพลื่น (N= 60)			ขอนแก่น(N= 188)			ชุมแพ (N= 88)			บรบือ (N= 94)			ร้อยเอ็ด (N= 52)		
	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t-value	p-value
ก่อน	15.7 $\pm$ 2.4	-5.298	<.001	17.0 $\pm$ 2.5	5.195	<.001	17.4 $\pm$ 0.5	16.3	<0.001	17.8 $\pm$ 2.2	-2.013	<.001	13.8 $\pm$ 4.2	-14.32	<0.001
หลัง	19.6 $\pm$ 0.7			18.1 $\pm$ 1.71			19.7 $\pm$ 1.2			18.1 $\pm$ 2.2			18.6 $\pm$ 2.8		

“ตั้งแต่ก็ กะบ่เคยพ้อ (พบ) เนาะ...เดี๋ยวนีหลายคักเนาะมันเป็นเพราะหยางละฮี้ เอื้ออยากชอยกะบ่ฮู้เข้าหม่องได้” (อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน)

แกนนำชุมชนยังระบุว่ามีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติการได้เพราะเกรงจะมีปัญหา เช่น คำพูดของอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านที่ว่า “บางเทื่อ...เอื้ออยากลีไปเบ็งแยง...เพิ่นกะบ่อยากให้อีตเพิ่นบอกว่เฮาบ่แม่นหมอชิมาดูแลได้จังได้ บางคำถามเพิ่นถามเฮาเกี่ยวกับความรู้เฮากะตอบบ่ได้ก็อยากอายเพิ่น ก็อยากมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ซิได้ให้คำแนะนำคนในชุมชนได้อีกอย่างกะเป็นการเฝ้าระวังคนในครอบครัวของเฮาบ่อยากให้เป็นโรครุนา...”

สร้างเจ้าภาพหลักในการดูแล “โรคหลอดเลือดสมอง” ในชุมชนตามกระบวนการปฏิบัติการตามรูปแบบ KKU FHN

“ขอตั้งสัตย์ปฏิญาณตนว่าจะเป็นคนกระกรมการชมรมโรคหลอดเลือดสมอง (แกนนำสุขภาพครอบครัว) ที่ดีทางด้านสุขภาพ มีจิตอาสาที่จะพัฒนาให้ประชาชนในพื้นที่...ให้มีสุขภาพดี จะนำความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมไปเผยแพร่ให้กับประชาชน ให้รู้จักการดูแลสุขภาพป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อครอบครัวชุมชนร่วมใจห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง”

ข้อความข้างต้นคือการกล่าวปฏิญญาร่วมกันหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเจ้าภาพในการขับเคลื่อนดูแลโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละชุมชน ทั้งนี้ ข้อมูลก่อนการปฏิบัติการสะท้อนสู่ความไม่มีความรู้ ไม่ตระหนัก และ เมื่อครอบครัวใดมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ต้องรับชะตากรรมตามลำพังเดียวดายโดยไม่มีแหล่งประโยชน์ใด ๆ ในชุมชนมาสนับสนุนให้บรรเทาภาระ เจื่อนไขต่าง ๆ ข้างต้นจึงเป็นสถานการณ์ที่นำมาสู่การประยุกต์ใช้ “รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น” ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันดูแลแก้ไขฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเนื่องจากรูปแบบนี้มีแนวปฏิบัติชัดเจนในการสร้างเจ้าภาพหลักในการจัดการปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมและครบวงจรโดยเน้นการใช้ทุนทางสังคมในชุมชนใน

การร่วมปฏิบัติการแบบหุ้นส่วนภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลในพื้นที่ ดังสรุปภาพรวมกระบวนการปฏิบัติการตามรูปแบบฯ ในตารางที่ 4

สภาพหลังการปฏิบัติการมีสภาพการส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก

เมื่อสิ้นสุดโครงการข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่าสภาพการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่ปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เกิดกระแสการณรงค์ที่ต่อเนื่องจากปายประชาสัมพันธ์ของคณะกรรมการประจำคุ้ม เสียงตามสายของหอกระจายข่าว รวมทั้งมีการจัดทาระบบการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ รายบุคคล ช่วยเหลือครอบครัวส่งต่อรักษา และให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยในระดับชุมชนเกิดชมรมโรคหลอดเลือดสมองประจำแต่ละพื้นที่ ดำเนินการกิจการโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวในฐานะคณะกรรมการชมรมฯ มีการตั้งเป้าหมายการดำเนินการแผนการดำเนินงานรายปีภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อดำเนินการตามรูปแบบ KKU FHN เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของชุมชนในการให้การป้องกันดูแลโรคหลอดเลือดสมองทั้งระดับครอบครัวและให้เกิดการตระหนักรู้ในระดับบุคคล ดังนั้นเมื่อชุมชนตื่นตัวเรื่องการมีส่วนร่วมและมีเครือข่ายที่เข้มแข็งขึ้น จะเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาท้องถิ่นทุกมิติเกิดเป็นสังคมฐานความรู้ที่มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญนั้น เกิดเป็นชุมชนต้นแบบเพื่อเรียนรู้และประยุกต์ใช้ที่มีความเข้มแข็ง ทั้งสามารถสร้างและขยายเครือข่ายการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้กระจายอยู่ทั่วปจจัยแห่งความสำเร็จโดยมีคณะกรรมการชมรมโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการทำให้มีความชัดเจนในเรื่องการสร้างการยอมรับและการทำงาน มีการติดตามงานต่อเนื่อง และมีการส่งต่องานให้บุคลากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ให้เกิดมีเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงและขยายเครือข่ายได้ต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 4 สรุปกระบวนการปฏิบัติเพื่อเสริมป้องกันดูแลแก้ไขฟื้นฟูสภาพโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในระดับชุมชนตาม “รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น”

ระดับการดูแล	กลยุทธ์การปฏิบัติ	การปฏิบัติ	ผลลัพธ์การปฏิบัติการ	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
ระดับที่ 1 การส่งเสริมป้องกัน - การประเมินสภาพ และตรวจวัดใน พื้นที่	1) สร้างเจ้าถิ่น	- สำรวจสภาพการณ์ของชุมชน การรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของชุมชน - ค้นหาข้อมูลชุมชนหลังสำรวจปัญหา/เสนอข้อมูลที่ได้จาก การสำรวจแบบสอบถาม แนวโน้มปัญหาของผู้ที่มีความเสี่ยงมีอัตราที่เพิ่มมากขึ้น ต่อชุมชน - แสวงหาชุมชนสนใจร่วมดำเนินการ - ประชุมประชาคมคัดเลือกแกนนำโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ และ เจ้าด้วยอมรับ	ได้เจ้าภาพหลักการดำเนินการที่เจ้าด้วยยอมรับ ได้รับการยอมรับจากชุมชน และหน่วยงานบริการสุขภาพผ่านคำสั่งแต่งตั้งแกนนำเป็นกรรมการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	- การมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง - ต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง - สมาชิกในชุมชนเป็นผู้นำเสนอสถานการณ์ที่พบจริงและให้ชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนกลยุทธ์ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของงาน
	2) อื่นกระแส	อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำ/สร้างการตระหนักรู้สถานการณ์ตามหลักสูตรฯตามรูปแบบและจัดตั้ง “อาสาสมัครชมรมโรคหลอดเลือดสมอง”	- เกิดชมรมโรคหลอดเลือดสมองของหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ - ข้อมูล/สถิติโรคหลอดเลือดสมอง	การกระตุ้นให้แกนนำเห็นความสำคัญและเห็นปัญหาในพื้นที่ที่มีความต้องการลดความรุนแรง
	3) แผ่นความคิด	แกนนำ/คณะกรรมการประชุมทำแผนกลยุทธ์ในพื้นที่ของตนเอง เพื่อแบ่งเขตรับผิดชอบ	ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนระดับต่างๆ	แกนนำ/กรรมการมุ่งมั่นและมีความใกล้ชิดเข้าถึงชุมชน
	4) เกาะติดกรณี	- สร้างความตระหนักรู้ในชุมชนได้แก่ การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวด้วยเพลงหลอดเลือดสมอง (ภาษาอีสาน) การติดป้ายโฆษณา เอกสารประชาสัมพันธ์ การเดิน ขบวน การประกาศเจตนารมณ์ การสร้างกลุ่ม “เพื่อนบ้านหัวทากันสร้างสุขภาพ” ระวังโรคหลอดเลือดสมอง การจัดทำคู่มือที่เกี่ยวข้องแจกประชาชนในชุมชน	- มีแผนกลยุทธ์ในการทำงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง - ได้ข้อมูลคุณภาพกิจกรรมรณรงค์ ป้ายโฆษณา เอกสารประชาสัมพันธ์ - การเดินขบวน การประกาศเจตนารมณ์ - การจัดทำคู่มือที่เกี่ยวข้องแจกประชาชน - เพลงหลอดเลือดสมอง	กิจกรรมรณรงค์ต้องมีการจัดครอบครัวและเอกสารครอบครัวร่วมสัมพันธ์ปัจจัยอุปสรรค: ธรรมชาติชุมชนเมืองอาจมีระยะห่างของการเข้าถึงของแกนนำ และการประชาสัมพันธ์อาจไม่ถึง

ระดับการดูแล	กลยุทธ์การปฏิบัติ	การปฏิบัติ	ผลลัพธ์การปฏิบัติ	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
ระดับที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยง	5) ส่งหน่วยเฝ้าระวัง	แกนนำสุขภาพ/กรรมการชมรมโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ที่วางไว้ในพื้นที่ของตนเอง เพื่อแบ่งเขตรับผิดชอบเฝ้าระวังความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับต่างๆ	- มี Gate Keeper - ได้ข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่และกรรมการทุกคนรู้ข้อมูลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของตนเอง	แกนนำ/กรรมการมีความตั้งใจและติดตามต่อเนื่อง
ระดับที่ 3 การดูแลสุขภาพโดยตรึงบุคคลครอบครัวชุมชน	6) พังม่านความเสี่ยง	- สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม โดยให้กลุ่มร่วมกันคิดว่าปัจจุบันครอบครัวชุมชนตนเองมีปัญหหรือไม่เสี่ยงอะไรที่จะเสี่ยงให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอะไรที่ต้องการการพัฒนาเพื่อให้ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง - ฝึกดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จากการอบรมฝึกเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งฐานการเรียนรู้ 2 ฐาน ฐานที่ 1 ด้านโภชนาการ การเตรียมอาหาร อาหารลดความเสี่ยง /ไม่ลดอาหาร ฐานที่ 2 ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่การดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การเคลื่อนย้าย และการจัดทำป้องกันแผลกดทับ การดูแลแผล การดูแลเสมหะสิ่งอุดตัน พื้นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลในพื้นที่ในการฟื้นฟูดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบของตนเองโดยจากการประเมินจากสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวเน้นให้ผู้ดูแล/ครอบครัวสามารถพึ่งพิงตนเองได้ - แกนนำได้รับการอบรมฟื้นฟูต่อเนื่องและมีการขยายเครือข่ายเป็นพื้นที่รักษาในชุมชนใกล้เคียง	- ข้อมูลกรณีศึกษา	- ต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง - สมาชิกในชุมชนเป็นผู้นำเสนอสถานการณ์ที่พบจริงและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธ์และดำเนินการตามแผนทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของและเจ้าของโครงการ
ระดับที่ 4 การฟื้นฟูสุขภาพจากการเจ็บป่วย	7) เคียงข้างฟื้นฟูดูแล	พื้นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลในพื้นที่ในการฟื้นฟูดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบของตนเองโดยจากการประเมินจากสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวเน้นให้ผู้ดูแล/ครอบครัวสามารถพึ่งพิงตนเองได้ - แกนนำได้รับการอบรมฟื้นฟูต่อเนื่องและมีการขยายเครือข่ายเป็นพื้นที่รักษาในชุมชนใกล้เคียง	จากข้อมูลกรณีศึกษา	- มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและมีช่องทางในการติดต่อประสานงานระหว่างครอบครัวผู้ป่วยแกนนำและผู้รับผิดชอบโครงการ
	8) รักษากระแสตลอดไป		ข้อมูลแผนการดำเนินการเชื่อมโยงชุมชนอื่นๆ	การทำงานเป็นทีม/ การประสานงานเครือข่าย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการของแกนนำสุขภาพครอบครัวสูงกว่าก่อนการอบรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสนับสนุนสมมุติฐานที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วม ผู้เข้าร่วมอบรมฯสามารถสร้างความรู้ด้วยตนเองของผู้เข้ารับการอบรมจากประสบการณ์เดิมร่วมกับกระบวนการจัดการอบรมที่ก่อให้เกิดการค้นคว้าหรือตกผลึกเป็นองค์ความรู้ ส่งผลให้ผลการอบรมฯเกิดความเข้าใจ สามารถจดจำ และนำสิ่งเรียนรู้สู่การปฏิบัติจริงโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก สะท้อนคิดร่วมอภิปรายจนนำไปสู่การสรุปความคิดรวบยอดสู่การประยุกต์ความรู้¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับงานที่เคยดำเนินมาหลายโครงการในการพัฒนาศักยภาพประชาชนในประเทศไทย^{17,18,19}

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการปฏิบัติการฯ ของตัวแทนครอบครัวในพื้นที่สูงกว่าก่อนการปฏิบัติการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติการตามรูปแบบ KKKU FHN เน้นการมีส่วนร่วม ประชาชนและแกนนำให้ความสนใจในความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมาก เพราะประชาชนมักเคยได้ยินว่าโรคนี้เกิดร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรังที่ใคร ๆ ก็เป็นในชุมชน คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ในชุมชนมีการเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และเพิ่มมากขึ้นทุกปีแต่ไม่ทราบรายละเอียด ผลของการปฏิบัติการฯครั้งนี้ก่อให้เกิดการตื่นตัวในหมู่ประชาชนในพื้นที่เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่ออาการภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับผลของการวิจัยของผู้อื่นทั้งนี้เพราะโดยธรรมชาติมนุษย์ปรารถนาความอยู่ดีมีสุขและมีสุขภาพดีอยู่แล้ว^{19,20}

สภาพหลังการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ปฏิบัติการฯที่มีการเปลี่ยนแปลง

ไป ทางบวกซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ 3 ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วม ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ โดยผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ชี้ให้เห็นว่าประชาชนขาดความรู้เรื่องโรค ไม่ทราบสาเหตุปัจจัย การป้องกันโรค รวมถึงสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้อื่น²¹ ที่พบว่าประชาชนมีความต้องการข้อมูลด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จในการปฏิบัติการสร้างศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเองสอดคล้องกับงานอื่น ๆ^{22,23,24} อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตาม “รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น” มีหลักการสำคัญ ดังนี้ 1) การใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ที่มีอยู่ในการสร้างเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน 2) มีการประเมินสภาพสถานการณ์สุขภาพและการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและเป็นหุ้นส่วน 3) พยาบาลในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติการของแกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ 4) แบ่งการดำเนินการอย่างเป็นองค์รวมบูรณาการและครบวงจรใน 4 ระดับ และ 8 กลยุทธ์ เองจนสามารถพึ่งพาตนเองได้¹⁰ จนกลายมาเป็นประเพณีปฏิบัติสืบทอดกันมาในเรื่อง “จิตอาสาพาเพื่อนบ้านสุขภาพดี” เกิดการส่งเสริมสุขภาพด้วยการปฏิบัติการที่ “ได้ทุนบ้านและชุมชนเรือน” พัฒนาศักยภาพแกนนำชาวบ้านแล้วขยายความรู้สู่เครือข่ายทุนทางสังคมอื่น ๆ และชุมชนใกล้เคียง²⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ แต่มีความแตกต่างในรายละเอียดและแนวคิดขึ้น^{26,27,28,29,30,31}

กล่าวได้ว่า “รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น”³² ได้สร้าง “ตัวแบบ” ให้พยาบาลพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวชุมชนในการดูแลสุขภาพของบุคคลครอบครัวในชุมชนที่อาศัยอยู่โดยดัดแปลงต่อไปได้ ตามขั้นตอนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสังคมไทยมีการดำเนินการอย่างเป็นองค์รวมบูรณาการและครบวงจรดังที่ได้กล่าวมาแล้ว หลังการปฏิบัติการได้ถอดบทเรียนผู้เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่ามีปัจจัยเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการ ดังนี้ 1) มีพันธ

สัญญาเป็นเจ้าของร่วม 2) มีแผนกลยุทธ์ชี้้นำการทำงานเป็นทีม 3) มีความพร้อมจากการอบรมตามหลักสูตรฯ การอบรม 4) มีแรงจูงใจในการเชื่อมโยงผลประโยชน์ร่วม 5) มีกระแสดความสำคัญด้วยการสร้างภาษาสื่อเข้าใจร่วม และ 6) มีการติดตามผลผลิตใกล้ชิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งที่ร่วมโครงการฯ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะสำเร็จตามเป้าหมาย ขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญขอบพระคุณแกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้ช่วยวิจัย และประชาชนในพื้นที่ทุกท่านที่ร่วมกันผลักดันการทำงานจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Cerebrovascular Disorders (Offset Publications). Geneva: World Health Organization; 1978.
- สถาบันประสาทวิทยา. รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
- Miwa K, Hoshi T, Hougaku H, Tanaka M, Furukado S, Abe Y, et al. Silent cerebral infarction is associated with incident stroke and TIA independent of carotid intima-media thickness. Intern. Med. 2010; 49 (9): 817–22.
- ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
- Neufeld A, Harrison MJ. Nursing and Family Caregiving: Social Support and Nonsupport. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่นส์ จำกัด; 2542.
- Baumbusch JL, Kirkham SR, Khan KB, McDonald H, Semeniuk P, Tam E & Anderson JM. Pursuing common agendas: A collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. Res Nurs Health. 2008; 31: 130–40.
- World Health Organisation Europe. The Family Health Nurse: Context, Conceptual, Framework, and Curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
- Putnam DR. Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; 2000.
- ดารุณี จงอุดมการณ์ เกษราภรณ์ คลังแสง ประพันธ์ พงษ์ ประภีระนะ นฤมล โคตรชมพู สุนทรี แจ่มแสง สุพรรณิ ศรีกังพาน นริศรา คลื่นแก้ว. การลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัวในปฏิบัติการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553; 33(4): 38–41.
- Wilson J, Musick M. The Effects of Volunteering on the Volunteer. Law Contemp Probl. 1999; 62(4): 141–68.
- Royal College of Nursing. Research ethics. RCN guidance for nurse. London, UK: The Author; 2004.
- Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977. pp. 74–6.
- น้อมจิตย์ นวลเนตร ปริญญา วรณกุล ศุภจิตา รัญญติธรรมกุล อุไรรัตน์ จันทะเลิศ บุศรา เพชรโต พุทธิพงษ์ พลคำอึก สวัสดิ์วันเพ็ญ. การศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. KKU Res J 2008; 13(7): 807–18.

15. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำนักงานวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
16. Viga MD, Dickinson F, Canto P, Catillo MT. The Impact of Training in Participatory Research on the Behavior of School Children: An Experimental in Yucatan. *Hum Ecol* 1999; 6(2): 62-71.
17. สราวุธแสงทองกรณิการราชสาวงค์วนิตาสายต่างใจ สุรรัตน์ไชยชนะ ธนภัทร อุ่นเจริญ อาภากรณ์ บำรุงศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2550; 2(1): 777-88.
18. พิระพล คิริโพบลย์. แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษาเขตพญาไท. *วารสารวิทยบริการ* 2553; 21(2): 30-44.
19. เอี่ยมศิริ กิจประเสริฐ จรรจา สันตยากร ณรงค์ศักดิ์หนูสอน ปกรณ์ ประจันบาน. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในเครือญาติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2554; 5(3): 29-38.
20. ดารุณีจงอุดมการณ์เยวาลักษณ์ คำชาสุนทรีแจ่มแสง ประยูร บุญช่วย วรพงษ์วงศ์ใหญ่ คิวมินทร์ศิริอนันต์ทรัพย์ อุไรรัตน์ บุญตะกะ ปิยนุช ทองมี ชนินทร์ นามเกลี้ยง เกษราภรณ์ คลังแสง. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2552; 32(2): 67-79.
21. หัสยาพร มะโน. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. *สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*; 2552.
22. ดาวรุ่ง คำวงศ์ ทิวทัศน์ สังฆวัตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555; 7(3): 121-6.
23. สวัสดิ์ อุดมวงศ์. การศึกษานำร่องกระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็ง จ. กำแพงเพชร. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ* 2548; 18(3): 33-7.
24. สุภาภรณ์ วรอรุณ อาคม โพธิ์สุวรรณ อุมารใจยั้งยืน พรพจน์ บุญญสิทธิ์. ปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. *การพยาบาลและการศึกษา* 2554; 4(1): 52-61.
25. ดารุณีจงอุดมการณ์. การสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายภาคประชาชน: ถอดบทเรียน. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า กรณิการ คณบุญเกียรติ กาญจนศรี สิงห์ภู พัทธินทร อ้วนไตร (บรรณาธิการ). คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. ขอนแก่น: คลังนาธรรม; 2555.
26. โสธยา สุดสาระ. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2547.
27. ชื่นชม ชื่อลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ธรรมศาสตร์เวชศาสตร์* 2555; 18(1): 97-111.
28. สราวุธแสงทองกรณิการราชสาวงค์วนิตาสายต่างใจ สุรรัตน์ไชยชนะธนภัทร อุ่นเจริญอาภากรณ์ บำรุงศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2550; 2(1): 777-88.
29. วัลลยา ทองน้อย. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2554.

30. กชกร อ่อนอภัย. การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
31. เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ. บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดผลกตทัต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2(1): 907-13.
32. ดารุณี จงอุดมการณ์ ยุพา เป้าคำผาย จันทรเพ็ญ ชุมแพน เอี่ยมพร เดียวตระกูล มัณยาภา พนมหอม สมพิศ เพ็ญเกษ รัตติกรณ์ เตชสุนทรกุล. ผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร. ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น; 2550.