

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

THE DEVELOPMENT OF COMMUNITY PARTICIPATION MODEL IN SELF-CARE PROMOTION TO PREVENT STROKE OF CHRONIC DISEASES PATIENTS

บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถี^{1*}
Bampen Phongphetdit^{1*}

Received : 23 April 2019

Revised : 16 December 2019

Accepted : 25 December 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) พัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางภาษี จำนวน 103 คน และอาสาสมัครหมู่บ้านที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 37 คน ด้วยการสุ่มอย่างเจาะจงเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค การจัดการความเครียด การเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิต และความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการทดสอบค่าที ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองโดยการปรับพฤติกรรมด้านความถี่ในการรับประทานอาหาร การแสดงออกเมื่อเกิดความเครียดมีค่าลดลง และพฤติกรรมการจัดการความเครียด การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมเพื่อคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น มีความรู้เรื่อง หลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนในพื้นที่นี้ประกอบด้วย เพื่อนบ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง และได้พัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนชื่อบางภาษีโมเดล (Bangpasee Model)

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Faculty of Nursing, Christian University

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน E-mail: phongphetdit@gmail.com

ข้อเสนอแนะ จากการติดตามประเมินผลการใช้บางภาชีโมเดลทุก 3 เดือน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่องจนได้รูปแบบที่เหมาะสมสามารถเป็นต้นแบบที่ดีขณะนี้ได้ดำเนินการใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแล้ว และควรพัฒนาปรับปรุงนำไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลตนเอง หลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

The purposes of the study were to 1) study the self-care model of chronic disease patients to prevent stroke. 2) development of community participation model in self-care promotion to prevent stroke of chronic diseases patients 3) compare knowledge before and after the training. The sample consisted of 103 chronically ill patients who were serviced to the Bang phasi hospital, and 37 volunteers with purposive sampling. Data were collected using questionnaire and focus group. Quantitative data were analysis by using Mean, Standard deviation, Percentage and t-test, qualitative data were using content analysis.

The result were as follow: 1) self-care model were appropriated with frequency of eating behavior, expression and stress were reduced by controlling behavior, frequency of exercise and knowledge of stroke. The appropriate behavior was increased the quality of life. 2) development of community participation model in self-care promotion to prevent stroke of chronic diseases patients called Bangpasee Model. 3) The health education of stroke before and after was significantly different at .01.

Recommendations should be monitored for the use of this model every 3 month, sharing, learning and improvement until the appropriate model can be a good model for chronic diseases patients like diabetes High blood pressure etc.

Keywords: Community Participation Model, Self care, Stroke

บทนำ

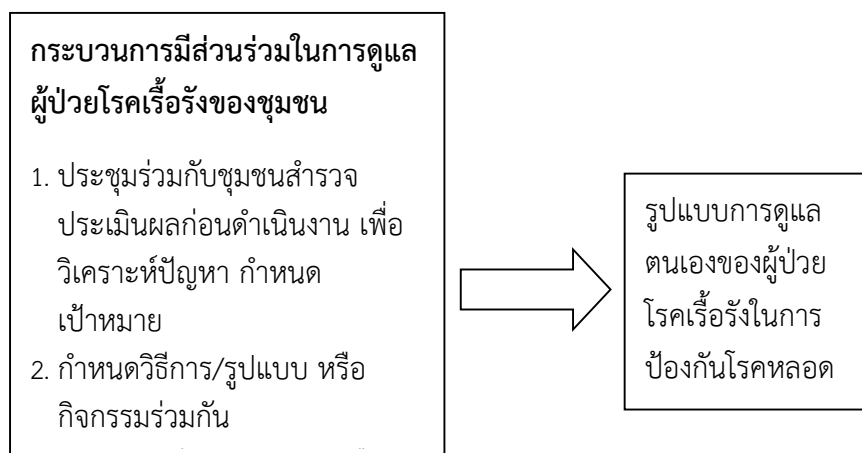
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebro-vascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลกรวมถึงในประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้ทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5

ในประชากรที่มีอายุ 15-59 ปี มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละปีมากกว่า 6 ล้านคนทั่วโลกในประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2556-2558) นอกจากทำให้สูญเสียชีวิตแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพจิต และสภาพเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว รวมทั้งระบบสังคมที่เกี่ยวข้อง การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงสำคัญ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases, NCDs) อัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง จากสถิติล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดเผย ณ วันที่ 16 กันยายน 2561 คนไทยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 432,943 คน มีอัตราการตายถึง 20,855 คน ต่อปี หรือ ชั่วโมงละ 2 คน อ้างอิงจาก ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2555 - 2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 แนวโน้ม การเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2561) ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมส่วนบุคคล หากผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ความพิการ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน มีประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มสุราร่วมด้วยเสมอ ซึ่งโรคและพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อหลอดเลือดต่าง ๆ ในร่างกายรวมถึงหลอดเลือดของสมองด้วย ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้กระทบต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองบางส่วนถูกทำลาย ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หากผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทัน ภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง จะสามารถช่วยรักษาชีวิต หรือช่วยฟื้นฟูร่างกายไม่ให้เกิดความพิการถาวรได้ จากผลการศึกษาเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีความเสี่ยงในชุมชน พบว่า น้อยกว่าร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่รู้จักอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (น้อมจิตร นวลเนตร, 2558) ระยะเวลาในการมารับการรักษาใช้เวลามากกว่า 3 ชั่วโมงถึงร้อยละ 76.3 (พนัชญา ชันติจิตร, ภัทระ แสนไชยสุริยา และพิมพ์พา เทพวัลย์, 2558) พบว่า ผู้ป่วยจะตระหนักถึงอาการเตือนเหล่านี้ ก็ต่อเมื่อมีอาการอย่างรุนแรง (พนัชญา ชันติจิตร, ภัทระ แสนไชยสุริยา และพิมพ์พา เทพวัลย์, 2558) เช่น แขนขาอ่อนแรงมากจนหยิบไม่ได้ หรือพูดไม่ออก พูดไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยจะรอดูอาการให้ดีขึ้นก่อน หรือปรึกษาคนในครอบครัว คนที่เคยมีประสบการณ์ก่อน จึงมาโรงพยาบาลทำให้โอกาสในการได้รับยารักษาลดลง

พื้นที่เทศบาลตำบลรางกระทุ่ม จากข้อมูลสถิติทะเบียนราษฎร เดือนกันยายน 2559 มีประชากรทั้งหมด 2,267 คน เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด และมีประชากรที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวนร้อยละ 16.6 โรคเรื้อรังที่พบ ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 89 คน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 268 คน โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจะมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางภาษี ร้อยละ 54 หากผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะสามารถป้องกัน และลดโอกาสการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองได้ วิธีการที่มีส่วนช่วยในการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ การสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง วิธีนี้จะทำให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ และมองเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเอง ครอบครัว และชุมชน (สมใจ วินิจกุล, 2556) โดยการระดมความคิดของชุมชน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ ชุมชนจะเห็นถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของตัวชุมชนเอง (จริญญา วงษ์พรหม, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, นวลฉวี ประเสริฐสุข, นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2558) ซึ่งในพื้นที่ของเทศบาลตำบลรางกระทุ่ม อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญกับการทำงานทุกภาคส่วน ประชาชนในพื้นที่มีความรู้สึกว่ามีหุ้นส่วนในการพัฒนาด้านสุขภาพ (กมลภู ญนอมสัตย์ และมาลินี จำเริญ, 2558) พื้นที่ตำบลรางกระทุ่ม มีกลุ่มประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หากสามารถสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ป่วยสามารถเรียนรู้แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองได้ จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเรื้อรังทุกคนที่มารับยาที่รพสต.บางภาษีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 103 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง และ อาสาสมัครหมู่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ได้พัฒนาจากแบบสอบถามลดโรคลดพุงลดเสี่ยง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองแบ่งเป็น 6 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 15 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด 15 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเคลื่อนไหว ออกแรง และออกกำลังกาย 15 ข้อ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิต 15 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 20 ข้อ

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) สำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในความรับผิดชอบเป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีแนวคำถามเกี่ยวกับศึกษารูปแบบกระบวนการ มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน ควรเป็นอย่างไร

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัยแนวคำถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลและผู้เชี่ยวชาญทางด้านส่งเสริมสุขภาพที่เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ เรื่องการดูแลผู้ป่วย Stroke หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ของแนวคำถามเมื่อตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC 0.72 แล้วนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงเพื่อความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวคำถามไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแนวคำถามไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบคู่ขนาน (Parallel form method) จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2561 โดยการแจกแบบสอบถามในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังเดือนกุมภาพันธ์ (ก่อนทดลอง) วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหา นำเสนอ ค้นข้อมูลในที่ประชุมและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเปิดโอกาสให้ซักถามแนวปฏิบัติที่ดี (ตามความต้องการ) เพื่อตกลงใช้

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันอย่างจริงจัง โดยใช้เวลาปรับพฤติกรรมประมาณ 6-8 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย อสม.ทุกสัปดาห์ และ แจกแบบสอบถาม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังในเดือนเมษายน (หลังทดลอง) วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหา และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการปฏิบัติการ

ภายหลังการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำการสนทนากลุ่มในสัปดาห์ที่ 8 กับ อสม. เพื่อหาแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ร่างรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอในที่ ประชุมรูปแบบกับ 4 ภาควิชาเครือข่ายความร่วมมือได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้าน เทศบาล องค์การปกครองตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ ที่เกี่ยวข้องได้ข้อ ตกลงร่วมกันในบางภาษีโมเดล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ร้อยละ เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้ Pair t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

การวิจัยการพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เทศบาลตำบลรางกระทุ่ม อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนปฏิบัติการ จำนวน 103 คน และ หลังปฏิบัติการ จำนวน 103 คน ตำบลรางกระทุ่ม จังหวัดนครปฐม ได้ผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างก่อนปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นหญิง สถานภาพคู่ จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 การศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ทำงาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าก่อนและหลังปฏิบัติการ จำนวน 64 คน และ 86 คน คิดเป็นร้อยละ 43.80 และ 83.50 ประกอบอาหารเอง จำนวน 97 คน และ 85 คน คิดเป็นร้อยละ 97.00 และ 82.50 รับประทานอาหารเช้าเป็นหลัก จำนวน 84 คน และ 35 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 และ 34.00 กินผัก 1-2 ทัพพี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 แต่หลัง ปฏิบัติการรับประทานผัก 2-3 ทัพพี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 36.90 ส่วนผลไม้รับประทาน 1 มื้อ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 แต่หลังปฏิบัติการรับประทานผลไม้ 2 มื้อจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 75.70

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังปฏิบัติการฯ (n = 103 คน, n = 103 คน)

ข้อความ	Pre-test			Post-test		
	$\bar{X}$	S.D.	%	$\bar{X}$	S.D.	%
พฤติกรรมความถี่การบริโภคอาหาร	1.81	.74	14.80	0.76	.53	15.60
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	2.07	.69	25.90	2.13	.64	31.40
พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อเกิดความเครียด	1.37	.63	6.32	0.38	.59	6.20
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย	1.76	.61	21.31	1.91	.59	38.40
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิต	3.27	.64	80.13	3.59	.46	85.20
ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง	30.02	5.28	64.70	38.18	4.38	99.70

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมด้านความถี่ในการรับประทานอาหารมีค่าลดลงจาก 1.81 เป็น 0.76 การแสดงออกเมื่อเกิดความเครียดมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 1.37 เป็น 0.38 และพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.07 เป็น 2.13 การเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.76 เป็น 1.91 และมีพฤติกรรมเพื่อคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นจาก 3.27 เป็น 3.59 ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองก่อนให้ความรู้มีค่าเฉลี่ย 30.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.28 หลังให้ความรู้มีค่าเฉลี่ย 38.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.38 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.70 เป็น 99.70

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการปฏิบัติการให้ความรู้ (n = 103 คน, n = 103 คน)

กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
ก่อนให้ความรู้	30.027	5.28	19.47	.000
หลังให้ความรู้	38.185	4.38		

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนให้ความรู้มีค่าเฉลี่ย 30.027 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.28 หลังให้ความรู้มีค่าเฉลี่ย 38.185 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.38 เมื่อทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างหลังการให้ความรู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 นั่นคือกลุ่มตัวอย่างหลังให้ความรู้มีความรู้มากกว่าก่อนการให้ความรู้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน และหลังปฏิบัติการฯ (n = 103 คน, n = 103 คน)

ข้อความ	พฤติกรรมก่อนทดลอง	พฤติกรรมหลังทดลอง
พฤติกรรมความถี่การบริโภคอาหาร	กินหวาน มัน เค็ม ปิ้งย่าง ทอด แกงถุง ไม่กินผัก ซื้ออาหารไม่ปรุงเอง	ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินอาหารเป็น จืด อ่อนหวาน อ่อนมัน กินอาหารให้ครบ 5 หมู่
พฤติกรรมการจัดการความเครียด การแสดงออกเมื่อเกิด ความเครียด	นอนไม่หลับ เป็นความเสื่อม ตามเวลาร่างกาย ความเสื่อม รักษาไม่หาย	การพักผ่อนให้เพียงพอ นอน 6-8 ชั่วโมง ปรับอารมณ์ตนเอง ไม่ให้เครียด การทำงานหารรายได้ ปลุกดันไม้ ผักไว้กินเอง เข้าร่วม กิจกรรมกับชุมชน
พฤติกรรมเคลื่อนไหว ออกแรงและออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย ขาดอุปกรณ์ การออกกำลังกาย ขาดความรู้ เรื่องการออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกาย เช่น การเดิน ไปมา แกว่งแขน มีการออกกำลังกาย เวลาว่างอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ โดยการ ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อ คุณภาพชีวิต	กินยาไม่ถูกต้อง ลืมกินยา อาการดีขึ้นแล้วไม่กินยาจนครบ	กินยาตามแพทย์สั่ง งดเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์
ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง	ต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้ เนื่องจากขาดความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง การอบรมให้ความรู้ เรื่องยา การบริโภคอาหาร การ ป้องกันและการรักษาอย่างถูกวิธีต้อง ก่อนการทดลองมีความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 64.7	ดำเนินการการอบรมให้ความรู้ เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิต การป้องกันและการให้ความรู้ เรื่องหลอดเลือดสมองหลังการทดลองมีความรู้ เรื่องหลอดเลือดสมองร้อยละ 99.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรมก่อนทดลอง	พฤติกรรมหลังทดลอง
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชน	ที่อยู่ไม่ปลอดภัย ไม่ถูกสุขลักษณะ อากาศไม่ถ่ายเท การใส่ฟันปลอม การดูแลสิ่งแวดล้อมห้องส้วมยังเป็นแบบนั่งยอง ๆ ต้องการแว่นตา ต้องการมีงานทำหรือมีรายได้ (ต้องการแพทย์มาประจำที่รพสต.) รองเท้าสุขภาพ และรถเข็นเป็นต้น	1. อสม. ควรทำงานเป็นทีม มีกลุ่มทำงานร่วมกัน เช่น ทีมออกกำลังกาย ทีมโภชนาการ ทีมข้อมูลข่าวสาร ทีมยา ทีมดูแลฉุกเฉิน ทีมการคัดกรองเบื้องต้น 2. การปรับสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ กำจัดขยะ โดยมีไลน์ แต่ละกลุ่ม 3. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 4 ด้านตามบทบาทคือ 3.1 การรักษาเป็นการช่วยในการคัดกรอง 3.2 การส่งเสริมโดยการแนะนำความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้อง 3.3 การป้องกันโดยการประเมินคัดกรองกลุ่มที่เสี่ยงต่าง ๆ ก่อนเกิดความผิดปกติ
		4. กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยอสม. จะลงพื้นที่ออกเยี่ยมและตรวจคัดกรองคัดกรองเบื้องต้น เช่น วัดความดัน เจาะเลือด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรมก่อนทดลอง	พฤติกรรมหลังทดลอง
กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข	มีความต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขมาเยี่ยมตรวจสุขภาพที่บ้านเดือนละ 2 ครั้ง หรือบ่อย ๆ	1. ร่วมประเมินคัดกรองกลุ่มที่เสี่ยงต่าง ๆ ก่อนเกิดความผิดปกติ 2. การให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย 3. ให้ความสนใจรับฟังและการพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย 4. ดูแลการกินยา รักษาความสะอาด มีรถบริการ ติดตามการมาตรวจตามนัด 5. มีศูนย์รายงานหรือแจ้งข่าวสารและสื่อสารกิจกรรมต่าง ๆ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร้องเพลง รำวง ทำดอกไม้กระดาษ

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน พบว่า

1. รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนควรเป็นดังนี้ ตัวผู้ป่วยเองดูแลตนเองเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการแสดงออกการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิต หลังปฏิบัติ การตัวผู้ป่วยได้ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัด ประกอบอาหารเอง รับประทานอาหารมื้อเช้า รับประทานอาหาร 2-3 ทัพพี ส่วนผลไม้รับประทาน 2 มื้อ กินอาหารต้ม ต้ม กินผลไม้รสไม่หวาน เช่น ฝรั่ง แดงโม กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ปลูกต้นไม้ผักไว้กินเอง งดกินอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่าโดยการปรับพฤติกรรมการกิน ตามที่ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดี (2556) กล่าวว่า กินอาหารทอดมันลดลง กินอาหารที่เป็นไขมันอิ่มตัวเช่น ไขมันทรานส์ (Trans Fat) ได้แก่ ครีมเทียม เนยในขนมอบกรอบต่าง ๆ คุกกี้ ไขมันทรานส์ ในอาหารหลากหลายชนิด เช่น ขนมอบคุกกี้ แครกเกอร์ หน้าครีมของเค้กพาย เนยขาว ครีมเทียม แป้งพิซซ่า โดนัท เฟรนฟรายด์ ไก่ทอด นักเก็ต มันฝรั่งอบกรอบ ขนมปัง พบว่ามีความเข้มข้นของ ไขมันทรานส์ ในปริมาณสูง และมีการค้นพบว่า การรับประทานกรดไขมันชนิดนี้เป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด โดยจะทำให้ระดับเลว (LDL: Low density Lipoprotein) ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอล

ตัวอันตราย เพิ่มขึ้นเป็นอันตรายต่อหัวใจและหลอดเลือด ในขณะที่เดียวกันยังไปลด HDL (High density Lipoprotein) คอเลสเตอรอลตัวที่ปกป้องหัวใจและหลอดเลือดหัวใจด้วยการรับประทาน อาหารที่มี Trans fat จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูง มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Trans fat และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Demidova T, Galieva OR, 2009) ซึ่งความบางของหลอดเลือดนี้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคอเลสเตอรอลรวมและ ไตรกลีเซอไรด์ นอกจากนี้ยังมี ผลงานวิจัยอีกหลายสถาบันที่แสดงให้เห็นถึงผลร้ายที่เกิดจากการรับประทาน Trans Fat เข้าสู่ ร่างกาย ดังนั้นการได้รับพลังงานจากไขมันใน Trans fat เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ทำให้ความเสี่ยงต่อการเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 มี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง จากการที่ Trans fat ไปแตก ตัวที่ผนังเซลล์ของร่างกาย เปิดช่องให้สารก่อมะเร็งเข้าสู่ไขมันเซลล์ได้ง่ายขึ้นเพิ่มโอกาสการเป็น เบาหวาน อ้วนลงพุง ตับทำงานหนักเพิ่มขึ้นผู้หญิงที่ได้รับ Trans fat มากมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านม มีการจัดการความเครียดในระดับดี การผ่อนคลายความเครียดโดยสวดมนต์ไหว้พระหรือดูหนัง ฟังเพลง และหลังปฏิบัติ การผ่อนคลายความเครียดโดยการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ ล้างรถ ลดการรับประทานอาหารนอกบ้านหรือคุยกับเพื่อนเป็นวิธีผ่อนคลาย ปรับอารมณ์ตนเองไม่ให้เครียด ผ่อนคลายการลดความเครียดและปรับพฤติกรรมการแสดงออกที่ยังนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือ กังวล รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่าไม่อยากพบปะผู้คนและมีอาการหัวใจเต้นแรง ร่วมกิจกรรมการมี ส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆและพักผ่อนให้เพียงพอ มีการปรับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายโดยทำงานประกอบอาชีพ หลังปฏิบัติการ ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-5 วัน อย่างต่อเนื่อง มีการออกกำลังกายเวลาว่างอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือโดยการทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ปกติทุกวัน การออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การกินยาอย่าง ถูกต้อง กินยาตามแพทย์สั่ง มีงานทำเพื่อหารายได้ ภายหลังปฏิบัติการการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตัวผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นและนำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลตนเองโดยมี ค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังให้ความรู้สูงกว่าก่อนการให้ความรู้โดยคิดเป็นร้อยละ 99.7 และ 64.7 และ ตอบไม่ถูกต้องลดลงคิดเป็นร้อยละ 0.3 และ 14.87 และการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 ตรงตามที่กรมควบคุมโรคและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2561) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก พฤติกรรมส่วนบุคคล หากผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่อง จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ส่วน ครอบครัวดูแลเรื่องการปรุงอาหารเอง ดูแลเรื่องอาหารลดหวานมันเค็ม การกินยา การออกกำลังกายในการศึกษาเพื่อพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของชุมชนควรเป็นดังนี้

ชุมชนในพื้นที่นี้ประกอบด้วย เพื่อนบ้าน อสม.บุคลากรทางสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดย อสม.จะลงพื้นที่ออกเยี่ยมและตรวจคัดกรองคัดกรองเบื้องต้น เช่น วัดความดัน เจาะเลือด ร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขและประเมินคัดกรองกลุ่มที่เสี่ยงต่าง ๆ ก่อนเกิดความผิดปกติ ให้คำแนะนำเรื่อง อาหารและการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดโดยให้ความสนใจรับฟัง และการพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย ดูแลการกินยา การรักษาความสะอาด มีรถบริการ ติดตามการมาตรวจตามนัด มีการรายงานหรือแจ้งข่าวสาร และสื่อสารให้ตรงกัน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร้องเพลง รำวง ทำดอกไม้กระดาษ บุคลากรสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล พนักงานสาธารณสุข ฯลฯ นั้นมาตรวจประเมินสภาพเยี่ยมคัดกรองผู้ป่วยบ่อย ๆ และให้ความรู้หรือให้ความช่วยเหลือเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต เจาะเลือด อบรมให้ความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ เช่น หลอดเลือดสมอง ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติ และ อสม.เมื่อต้องการความช่วยเหลือ เช่น หมอออนไลน์สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ อปท. อบต.หน่วยงานของรัฐ เช่น เกษตรอำเภอมาสอนวิธีการปลูกผักผลไม้ต่างๆ และควรมาช่วยดูแลการเยี่ยมให้กำลังใจทุกเดือนหรือบ่อย ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ ห้องส้วมและความปลอดภัย การจัดรถบริการอำนวยความสะดวก การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมคุณภาพชีวิต เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ การทำงานหรือสร้างรายได้ (ดอกไม้กระดาษรางกระทุ้ม) เกษตรควรแนะนำการปลูกผักในชุมชนนำผักมาปรุงอาหาร แนะนำการทำร้านค้าชุมชน ทำผลิตภัณฑ์อาหาร (อ่อนจัดไม่มัน OTOP) ซึ่งสอดคล้องกับที่สนใจ วิจิตรกุล (2556) กล่าวว่าว่าการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง วิธีนี้จะทำให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ และมองเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเอง ครอบครัว และชุมชน (สมใจ วิจิตรกุล, 2556, กมลภู ถนอมสัจย์ และมาลินี จำเนียร, 2558)

2. ในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เทศบาลตำบลรางกระทุ้ม อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม จากผลการวิจัย การแลกเปลี่ยน และระดมความคิด คนในชุมชนรางกระทุ้มได้รูปแบบชื่อบางภาษีโมเดล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรกฤษณ์ เจริญสิทธิ์ และคณะ (2561) กล่าวถึงคนในท้องถิ่นร่วมมือในการกำหนดปัญหาของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นจนไปถึงผลลัพธ์การทำงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้คนในท้องถิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากกระบวนการนี้บางภาษีโมเดลจึงประกอบด้วยกลุ่มบุคคล ดังภาพที่ 1 คือ

2.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรหมั่นหมั่นมาตรวจประเมินสภาพเยี่ยมคัดกรองผู้ป่วยบ่อย ๆ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ เช่น หลอดเลือดสมองให้กำลังใจให้คำแนะนำเมื่อต้องการความช่วยเหลือ เช่น หมอออนไลน์ โทรศัพท์

2.6 อปท. / อบต. / เกษตรอำเภอบางภาษีช่วยดูแลในทุกด้าน การเยี่ยมให้กำลังใจทุกเดือน/บ่อย ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อม/การจัดขยะ/ห้องส้วม/ความปลอดภัยการจัดรถบริการอำนวยความสะดวกการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมคุณภาพชีวิตเช่นการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ การหางาน/สร้างรายได้ (ดอกไม้กระดาขางกระท่อม) เกษตรควรแนะนำการปลูกผักในชุมชน นำผักมาปรุงอาหาร แนะนำการทำร้านค้าชุมชนทำผลิตภัณฑ์อาหาร (อ่อนจิตไม่มัน OTOP)

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างต้องการมีความรู้ เรื่องหลอดเลือดสมอง จึงดำเนินการอบรมให้ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองมีความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองร้อยละ 64.7 ดำเนินการการอบรมให้ความรู้ เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิต การป้องกันและการให้ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองหลังการทดลองมีความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองร้อยละ 99.70 จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างหลังให้ความรู้มีความรู้มากกว่าก่อนการให้ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ตาม 4 ขั้นตอน (Nonaka, kujiro and Takeuchi, Hirotaka, 2000) คือ ขั้นที่ 1 : กระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization : Tacit knowledge to Tacit Knowledge) เป็นกระบวนการแบ่งปันประสบการณ์และการสร้างความรู้ โดยที่บุคคลสามารถรับความรู้ได้โดยตรงจากผู้อื่น คือ บุคคลจะได้รับความรู้ผ่านการดำรงชีวิตร่วมกันกับผู้อื่น มีการสังเกตซึ่งกันและกัน และการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน สิ่งสำคัญของขั้นตอนนี้ คือ “ประสบการณ์” Experience ขั้นที่ 2 : กระบวนการกระจายสู่ภายนอก (Externalization: From Tacit Knowledge to Explicit Knowledge) ระหว่างขั้นตอนนี้ ความรู้ที่อยู่ในตัวคนจะเชื่อมต่อเข้ากับความคิดที่ได้มาจากขั้นที่ 1 จะถูกนำมาแสดงให้เห็นในรูปแบบที่สามารถเข้าใจได้กว้างและครอบคลุมมากขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจของกระบวนการสร้างความรู้ เพราะเป็นขั้นที่ความรู้ถูกทำให้เป็นความรู้ที่ชัดเจนโดยผ่านการเปรียบเทียบ การใช้ตัวอย่าง การสร้างแนวคิดหรือตัวแบบ ขั้นตอนนี้จึงมีลักษณะที่เรียกว่า “ความรู้เกี่ยวกับการสร้างแนวคิด” Conceptual Knowledge ขั้นที่ 3 : การรวมเข้าด้วยกัน (Combination :Explicit Knowledge to Explicit Knowledge) เป็นกระบวนการของการทำให้ความคิดต่าง ๆ เป็นระบบ เพื่อให้กลายเป็นความรู้ที่ชัดเจนจะถูกรวมกันโดยอาศัยการแลกเปลี่ยนของบุคคลเป็นหลัก ความรู้จะเกิดการรวมตัวกันผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น การประชุม การสัมมนา การสนทนา การติดต่อผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ความรู้ลักษณะนี้เรียกว่า “ความรู้ที่เป็นระบบ” Systematic Knowledge ขั้นที่ 4 : กระบวนการรวมเข้าสู่ภายใน (Internalization: Explicit Knowledge to Tacit Knowledge)เป็นกระบวนการของการประมวลให้ความรู้ที่ชัดเจนกลายเป็นความรู้ที่เป็นความรู้ที่ชัดเจน (เป็นที่ประจักษ์) จากขั้นที่ 3 จะเปลี่ยนกับไปเป็นความรู้ซึ่งเปรียบเทียบได้กับการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ประสบการณ์ที่ผ่าน ขั้นที่ 1 - 2 - 3 ซึ่งประสบการณ์เหล่านั้นจะทำให้ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นจึงมีลักษณะที่เรียกว่า “ความรู้เชิงปฏิบัติการ”

Operational Knowledge คือ ความรู้ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และจะส่งผลไปยัง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า จากการติดตามประเมินผลการใช้บางภาษีโมเดล ทุก 3 เดือน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่องจนได้รูปแบบที่เหมาะสม สามารถเป็นต้นแบบที่ดีในการนำไปใช้ประโยชน์กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขณะนี้ได้ดำเนินการใช้กับ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและควรพัฒนาปรับปรุงนำไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป และเสนอเป็น นโยบายสาธารณะในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ แห่งชาติ (สสส.) ภาคตะวันตกและคณะทำงานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลบางภาษีที่ให้ความร่วมมือและเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กมลภู ธนอมสัตย์ และมาลินี จำเนียร. (2558). การบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมของเทศบาลตำบลรางกระทุ่ม อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. การประชุมวิชาการ ระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 8. วันที่ 31 มีนาคม - 1 เมษายน 2559. หน้า 657 - 667. จังหวัดนครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- จักรกฤษณ์ เจริญสิทธิ์ และคณะ. (2561). ทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา: การท่องเที่ยวโดยชุมชนบ้านผาหมอน อุทยานแห่งชาติดอยอินทนนท์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 8(1), 61-72.
- จริญญา วงษ์พรหม, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, นวลนวิ ประเสริฐสุข, นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Slipakorn University .ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ . 8(3), 41-54.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์, ศศิวิมล วรรณพงษ์ และ ชากีเยะ คามา. (2558). การรับรู้เกี่ยวกับทางด่วนโรค หลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 30(1), 57-63.
- เนติมา คูณีย์. (2557). การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการ ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. (2556). ปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะอ้วนลงพุง เพื่อการขับเคลื่อนวิทยาลัย สู่อุบัติกรไร้พุงต้นแบบ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี. ราชบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

- พนัญญา ขันติจิตร, ภัทระ แสนไชยสุริยา และพิมพ์ เทพวัลย์. (2558). การศึกษาระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัดอุบลราชธานี. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลโรคประสาทแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2558). จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อจำนวนประชากรในปี 2556 - 2558 จำแนกตามจังหวัด. [ออนไลน์] เข้าถึงจาก: http://www.nesdb.go.th/nesdb_en/article_attach/article_file. (2561, 13 ธันวาคม)
- สมใจ วิจิตรกุล. (2556). ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเกื้อการุณย์. 20 (2), 84-99.
- สุภางค์ จันทวนิช. (2547). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.). (2561). รายงานประจำปี 2561. [ออนไลน์] เข้าถึงจาก http://www.nesdb.go.th/nesdb_en/article_attach/article_file. (2561, 13 ธันวาคม)
- Demidova T, Galieva OR. (2009). **The role of thyroid hypofunction in development of metabolic syndrome.** Ter Arkh 2009;81(4):69–73.PubMed
- Nonaka, k. & Takeuchi, H. (2000). Classic work: Theory of Organizational Knowledge Creation. In Morey, D., Maybury, M. T. & Thuraishingham, B. M. **Knowledge Management : Classic and Contemporary Work.** Mass.: The MIT Press.