

# รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง

ตามมิติวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ:

กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

## The Health Risk Communication Pattern of Stroke Disease towards Cultural Perspective of Tai Song Dam Ethnic Group: The Case Study in a Community in Nakorn Pathom Province\*

นงพิมล นิมิตรอนันท์, ส.ด.<sup>1\*\*</sup> ศศิธร รุจนเวช, Ph.d.(Nursing)<sup>2</sup> จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล, วทม.<sup>3</sup>

Nongpimol Nimit-arnun, Dr.P.H., Sasitorn Roojanavech, Ph.d.(Nursing),

Jutarat Poopitukkul, MNS.

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความเชื่อทางสุขภาพของกลุ่มไทยทรงดำที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนไทยทรงดำแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พัฒนาการรอบการวิจัยจากการประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังชุมชนและการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน อสม. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 55 คน เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2559 - เดือนมีนาคม 2560 กระบวนการวิจัยประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ การจัดการความเสี่ยง การกำกับติดตามและการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที่และการวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อค้นพบการวิจัย ชาวไทยทรงดำกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยชรา ยังคงมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีน้ำใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ

มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ได้มีสาเหตุสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนือธรรมชาติแต่เชื่อว่าเป็นผลจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงฯ ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน การออกแบบช่องทางการสื่อสารและสื่อพื้นบ้าน และความเป็นเอกลักษณ์ไทยทรงดำ การบูรณาการองค์ประกอบดังกล่าว ทำให้สามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืนด้วยการใช้ทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนเป็นฐาน

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ

### Abstract

This participatory action research aimed to describe the health believes of traditional Tai Song Dam culture group with stroke risk and to

\* ทุนอุดหนุนโครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนฐานราก  
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

\*\* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) email: dr\_nongpim99@hotmail.com

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์และอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

<sup>3</sup> อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

develop health risk communication pattern by network participation in the Tai Song Dam community of Nakorn Pathom province. The conceptual framework was applied community empowerment and health risk communication concept. The total 55 informants included community leaders, folk experts, village health volunteers, caregivers and patients at risk from May 2016 until March 2017. The research process consisted of health risk assessment, health risk management, self-monitoring, and self-evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t test and content analysis.

The results revealed that the traditional Tai Song Dam villagers were the late adult to elderly stage. The participants had simple lifestyle, generous support, and kinship network relationship. They believed the stroke was not caused from a supranatural but related to inappropriate health behaviors. The development of the health risk communication pattern comprised unique Tai Song Dam culture. This integrated components can be efficiently reduced stroke risk and contributed to sustainable health solutions with community-based culture.

**Keywords:** cerebrovascular disease, Tai Song Dam ethnic group, health risk communication pattern

### ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองในประชาคมโลกได้ทวีความรุนแรงและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นับเป็นสาเหตุของความพิการ ภาวะการพึ่งพาและการเสียชีวิตที่สำคัญของประชาชน (World Stroke Organization, 2014) เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญเพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าวในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2

ด้านบริการที่เป็นเลิศ (service excellence) มีแผนงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป้าหมายหนึ่งคือการลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้น้อยกว่าร้อยละ 7 (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2017) อนึ่ง องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้นำแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังเชิงบูรณาการ (Chronic Care Model; Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer, & Bonomi, 2001) มาประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละประเทศ โดยคำนึงถึง 2 ปัจจัยหลักประกอบกัน ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ และระบบชุมชน กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้เขตบริการสุขภาพจัดทำแผนพัฒนาบริการที่เน้นมาตรการการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์การดูแลสุขภาพของกลุ่มคนในระดับตำบลและหมู่บ้านที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการสร้างสรรค์ระบบการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูง อีกทั้งสามารถถ่ายทอดนวัตกรรมสุขภาพจากนักวิชาการและผู้ให้บริการสุขภาพไปยังผู้รับบริการ/ประชาชนให้ดูแลสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

จังหวัดนครปฐมเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม เทคโนโลยีการสื่อสาร ส่งผลให้การประกอบอาชีพ พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชนมีความเป็นเมืองมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลได้รับการถ่ายทอดนโยบายและมาตรการดังกล่าวสู่การปฏิบัติ และได้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองไปในบางพื้นที่แต่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด ที่สำคัญที่สุดคือยังไม่มีการศึกษาเพื่อพัฒนามาตรการการสื่อสารความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความเจ็บป่วยด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อนึ่ง ในจังหวัดนี้มีชุมชนไทยทรงดำที่อพยพมาจากจังหวัดเพชรบุรีหลายหมู่บ้าน เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีวัฒนธรรมเฉพาะ (Nimit - arnun, 2015) มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตามสภาพแวดล้อมที่เป็นเมืองเช่นกัน เมื่อเจ็บป่วยจะมารับบริการการแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพิ่มขึ้นจากในอดีต แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุยังคงการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน

ร่วมกับการดูแลตนเองในครัวเรือนตามประเพณีและความเชื่อที่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ (Buasonte, Pawanratanachakorn, Sritimongkon, Tubtim & Poksiri, 2012) อาทิ พิธีเสนเรือน พิธีป่าดง โดยเชื่อว่าผีบรรพบุรุษจะช่วยคุ้มครองให้ลูกหลานมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วย วิธีการบริโภคอาหารหลัก ได้แก่ การรับประทานผัก-น้ำพริก ปลา กับข้าวพื้นเมือง เช่น ปลาร้า แกงหน่อไม้/หน่อส้ม แกงผำ ลาบเลือด ผักพื้นบ้าน (Kulprasutidilok & Phollawan, 2018) แต่เดิมนิยมประกอบอาหารเอง แต่ปัจจุบันมีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลานในการซื้อกับข้าวจากตลาดนัดและอาหารสำเร็จรูปมาบริโภคมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตเหล่านี้ ก่อปรกับความชราภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยทรงดำ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองตามมิติวัฒนธรรมของชาวไทยทรงดำในชุมชนนี้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายความเชื่อทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตามมิติวัฒนธรรมกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ หรือ “ลาวโซ่ง” เป็นชนชาว “ไทดำ” ที่อพยพมาจากแคว้นสิบสองจุไทย ประเทศเวียดนามเมื่อกว่า 200 ปีมาแล้ว นับเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่นำศึกษาอย่างยิ่งเนื่องด้วยวิธีการดำรงเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่นหลายประการเมื่อเทียบกับกลุ่มชาติพันธุ์อื่นในประเทศไทย มีการอพยพไปตั้งถิ่นฐานใหม่ในจังหวัดต่าง ๆ ในภาคกลาง อาทิ จังหวัดสุพรรณบุรี ราชบุรี นครปฐม และพิษณุโลก การตั้งบ้านเรือนของชาวลาวโซ่งจะอยู่รวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น อยู่เป็นชุมชนใกล้ชิดแบบเครือญาติพยาบาลชุมชนมีพันธกิจสำคัญในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะกลุ่มวัฒนธรรมเฉพาะที่มีความเชื่อ วัฒนธรรม

ท้องถิ่นทางสุขภาพ เป้าหมายการดูแลสุขภาพ การพิจารณาสาเหตุของปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีที่แตกต่าง พยาบาลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม ความเข้าใจและการเห็นคุณค่าของความหลากหลายทางวัฒนธรรมนี้ช่วยให้บุคลากรสุขภาพ/สาธารณสุขสามารถออกแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมเฉพาะของกลุ่มชาติพันธุ์นี้ได้เป็นอย่างดี (Nimit - arnun, 2015)

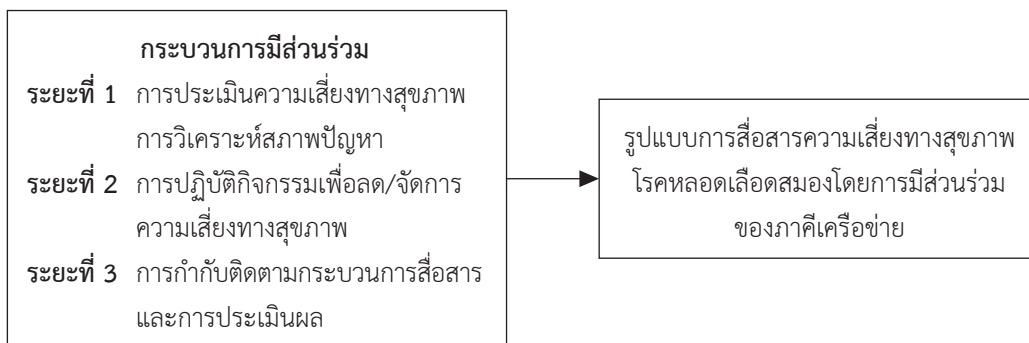
มาตรการการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (post - Stroke survivors) จะกลายเป็นผู้พิการและอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลกระทบต่อภาวะการดูแลและภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครอบครัวและของรัฐเป็นอย่างมาก การป้องกันไม่ให้เกิดโรคด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นมาตรการที่ดีที่สุด (World Stroke Organization, 2014) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของเส้นเลือดในสมองเหล่านี้สามารถได้รับการนำส่งถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมงเพียงร้อยละ 20-27 เท่านั้น และพบว่าการขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงของโรคนี้สูงขึ้น (Kittiboonthawal, Yingrengreung, & Srithanya, 2018) ดังนั้น การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถแก้ไขอย่างทันท่วงที จะสามารถลดการเกิดภาวะทุพพลภาพได้เป็นอย่างดี ในหลายประเทศทั่วโลกจึงได้รณรงค์เพื่อการสื่อสารความรู้ทางสุขภาพที่เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้นโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (Punmung, Punthuweth, & Champakaew (Editors), 2013; Punjaisri, Paenpathom, & Weerasarn, 2013) ได้เสนอมาตรการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยเฉพาะการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนด้วยการประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงทุกรูปแบบ เร่งรัดการดูแลในกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะต้นเพื่อลดอัตราการตายและพิการจากโรคนี้

แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นแนวคิดสำคัญทางการสาธารณสุขที่ได้รับความนิยมทั่วโลกในการใช้พัฒนาโปรแกรมหรือโครงการรณรงค์โรคระบาด

โรคติดเชื้อ โรคไร้เชื้อและภาวะเหตุฉุกเฉินในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค ช่องทางการแพร่กระจาย อันตรายและผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ (Rothman & Kiviniemi, 1999) การสื่อสารความเสี่ยงเป็นการให้ข้อมูล หรือข้อความเกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพจากผู้ส่งสาร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปยังประชาชนผู้รับสาร เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจและโน้มน้าวเพื่อให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงรวมทั้งการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการปรึกษาหารือแบบมีส่วนร่วมโดยคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega & Guillén-Grima, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยได้ประยุกต์องค์ประกอบของการสื่อสารความเสี่ยงมาพัฒนา

เป็นโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุและอันตรายของโรค เพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความร่วมมือต่อแผนการรักษาที่ดี 2) การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง ผู้วิจัยให้ข้อมูลสุขภาพผ่านการใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและสร้างความสนใจ เน้นข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือน และ 3) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Duangjinda, Nimit – arnun, & Roojanavech, 2015) โปรแกรมฯ นี้เน้นการสื่อสารแบบสองทาง จากทีมสุขภาพและกลุ่มเสี่ยงในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของชาวไทยทรงดำที่แตกต่างจากชาวไทยพื้นบ้านโดยทั่วไป ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและให้เกียรติกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความสำเร็จของการสื่อสาร (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการประยุกต์แนวคิดการสร้างพลังชุมชนร่วมกับเทคนิคการศึกษาและพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Wallerstein & Bernstein, 1994; Chuengsatiansup, et al., 2012) พื้นที่ศึกษาคือชุมชนไทยทรงดำแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม มีประชากร 455 คนและจำนวนครัวเรือน 122 ครัวเรือน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ได้เริ่มดำเนินการตามนโยบายเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน ระยะเวลา 10 เดือนระหว่างเดือนพฤษภาคม 2559 - เดือนมีนาคม 2560

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ระยะที่ 1** การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและการวิเคราะห์สภาพปัญหา ผ่านการทำประชาคมด้วยเทคนิค AIC มีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นภาคีเครือข่ายจำนวน 22 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน มัคทายก ประธาน อสม. และ อสม. รวมทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ระยะที่ 2** การจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นการรณรงค์สื่อสารความเสี่ยงในชุมชน ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้มีอายุ 35 ขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk, 2557) ว่ามีความเสี่ยงสูง (มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไป) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการวิจัยได้โดยตลอด มีจำนวน 34 คน

**ระยะที่ 3** การกำกับติดตามกระบวนการสื่อสารและการประเมินผล ด้วยการประชุมกลุ่มย่อยเป็นระยะ ร่วมกับการเก็บสังเกตและการสัมภาษณ์จากภาคีเครือข่ายที่ร่วมทำประชาคม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือด

2. แบบวัดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Duangjinda, Nimit - arnun, & Roojanavech, 2015) จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบวัดแบบถูก - ผิด คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ดี

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Duangjinda, Nimit - arnun, & Roojanavech, 2015) เป็นการสอบถามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพทั่วไป มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนสูงหมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดี

เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของภาษา รวมทั้งความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ เมื่อแก้ไขปรับปรุงตามข้อชี้แนะแล้ววิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ = .87 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค = .89 จากนั้นทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ค่าความเชื่อมั่น

ของแบบวัดความรู้ โดยใช้สูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR 20) = .88 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฯ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = .76

ส่วนเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) ชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix) ในการสนทนากลุ่มในประเด็นเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง ช่องทางการสื่อสารสุขภาพ และแนวทางการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยง และ 2) แบบสังเกตกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย วัน - เวลา - สถานที่ รายชื่อผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้สังเกตการณ์ ผู้อำนวยความสะดวก รายชื่อสมาชิกกลุ่ม ภาพจำลองกลุ่มและผลการสังเกต ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความชัดเจนของภาษา เมื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทน อสม. และตัวแทนผู้สูงอายุป่วย อย่างละ 1 คน พบว่าเครื่องมือดังกล่าวสามารถนำสู่การเล่าเรื่องแบบเจาะลึกตามประเด็นศึกษาได้ดี จึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป อนึ่ง ผู้วิจัย 2 ใน 3 คนเป็นผู้ผ่านการศึกษาอบรมและมีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมาแล้ว จึงทำให้การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

#### การพิทักษ์สิทธิ์ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ.1/2559 ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยเป็นสำคัญ โดยทำหนังสือถึงผู้นำชุมชนและการประสานงานโดยตรงในพื้นที่ เพื่อขอเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนกิจกรรมการวิจัยแบบมีส่วนร่วม กลุ่มผู้ร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อข้องใจใด ๆ เพิ่มเติมได้จนเกิดความกระจ่างในกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการวิจัยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน รวมทั้งสามารถยุติการร่วมกิจกรรมในโครงการฯ ได้โดยไม่กระทบกับสิทธิที่พึงได้รับจากบริการสุขภาพอื่นใดที่มีอยู่ อนึ่ง ในการนัดหมายเพื่อเชิญเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดสถานที่ วัน -

เวลา และรูปแบบการจัดกิจกรรมตามความต้องการ/  
ความสะดวก/ความประสงค์ของผู้ร่วมวิจัยเป็นหลัก ทั้งนี้  
ข้อมูลที่ได้จะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่นและผู้วิจัยจะ  
รายงานผลการวิจัยเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น

### กระบวนการดำเนินงาน

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง  
โรคฯ ระดับชุมชน ผู้วิจัยใช้แนวทางการเรียนรู้วิถีชุมชน  
ด้วยเครื่องมือ 7 ชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ จากการ  
สังเกต และสัมภาษณ์บุคคลสำคัญของชุมชนเพื่อให้ข้อมูล  
พื้นฐานของชุมชน ร่วมกับการศึกษาสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิ  
จากผู้ใหญ่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ  
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทำให้ทราบสถานการณ์  
ทางระบาดวิทยาของโรคในชุมชนนี้ และสร้างความเข้าใจ  
วิถีชุมชนของชาวไทยทรงดำ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพและ  
ความไว้วางใจ โดยใช้หลัก “เข้าหา เข้าถึง เข้าใจ” จากนั้น  
ทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคฯ ด้วยการทำประชาคม  
และการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ณ ศาลา  
วัดประจำหมู่บ้าน

การทำประชาคม ทำให้เกิดภาพของการรวมตัว  
ของชาวบ้านที่เข้ามาร่วมกันพูดคุย ถกแถลง ปรึกษาหารือ  
และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องโรคฯ ในชุมชน ร่วม  
วิเคราะห์ถึงอันตรายของโรคและร่วมอธิบายสาเหตุที่แท้จริง  
ของการเกิดโรค (web of causation) ในมุมมองของตนเอง  
เพื่อนำสู่การกำหนดมาตรการป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วม  
โดยมาตรการนั้นต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทย  
ทรงดำ ผลจากการทำประชาคม ทำให้ได้ “ภาพฝัน” หรือ  
เป้าหมายร่วมกัน (vision and goal setting) คือ “เรา  
ไม่เป็น เขาไม่เป็น เพื่อนไม่เป็น ชุมชนไม่เป็น” ชุมชนนี้  
ต้องการได้รับความรู้ คำชี้แนะและการดูแลจากพยาบาล/  
เจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เพื่อ  
การป้องกันโรคและการดูแลตนเอง ครอบครัว รวมถึง  
คนในชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคนี้ มีการตกลงพันธะสัญญา  
ในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ระยะเวลาประมาณ 4 - 6 เดือน  
นับจากนี้อย่างกระตือรือร้น มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ  
กิจกรรมต่าง ๆ ตามโอกาสและความสามารถของแต่ละ  
ภาคส่วน ประชาคมเห็นชอบให้จัดกิจกรรมตรวจคัดกรอง  
ความเสี่ยง เชื้อเชิญและนัดหมายชาวบ้านเข้าร่วมกิจกรรม  
อบรมความรู้และพัฒนาทักษะการป้องกันโรคฯ

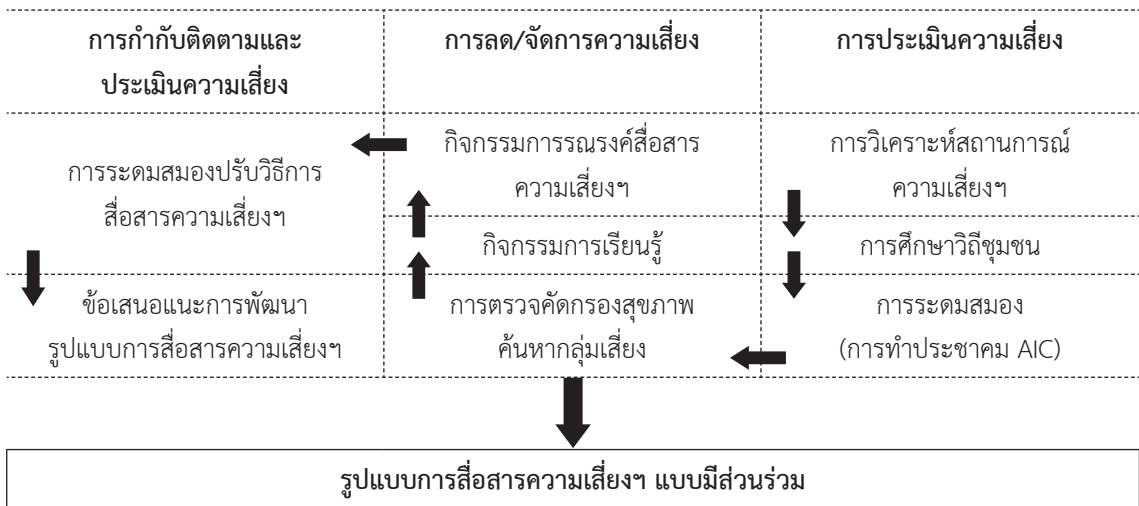
**ระยะที่ 2** การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงทาง  
สุขภาพ ด้วยวิธีการและช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงที่  
หลากหลายและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

2.1 การรณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ  
ที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและน่าสนใจ เน้นการสื่อสาร 2 ทาง  
ด้วยภาษาพื้นบ้าน การร่วมกันคิดค้น ออกแบบ สร้างสรรค์  
“สื่อพื้นบ้าน” หรือ “สื่อชุมชน” ที่เป็นข้อเสนอแนะ หรือ  
ความคิดของกลุ่มเอง และสอดคล้องกับวิถีชุมชน (context-  
based media) การวางแผนการใช้สื่อว่าควรใช้กับใคร-  
ที่ไหน-อย่างไร-เมื่อไหร่-โดยใคร โดยมีผู้ใหญ่บ้าน อสม. และ  
ประชาชนชาวบ้านเป็นผู้นำในการออกแบบสื่อ อาทิ การใช้  
นายแบบ-นางแบบที่เป็นผู้สูงอายุที่ชาวบ้านนับถือและรู้จัก  
กันดี แต่งกายชุดไทยทรงดำ เสนอข้อความ “อาการเตือน  
โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต” ด้วยภาษาพื้นบ้าน จัดทำแผ่นป้าย  
ประกาศติดตามบ้านเรือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ป้ายไวนิล  
ขนาดใหญ่ติดตามแหล่งชุมนุมในชุมชน การให้ความรู้/  
คำแนะนำยาเตือนอย่างสั้นผ่านหอกระจายข่าวประจำ  
หมู่บ้านสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดยเฉพาะในวันพระที่ชาวบ้าน  
มาทำบุญที่วัดจำนวนมาก

2.2 กิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มในผู้ป่วย  
กลุ่มเสี่ยง ณ ศาลาวัดประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ  
9-10 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากรสอนให้ความรู้  
เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การประเมินสภาวะ  
สุขภาพด้วยตนเอง การจัดการในระยะฉุกเฉินเร่งด่วน และ  
วิธีการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้การสื่อสารด้วยภาษา  
ที่เข้าใจง่าย ประกอบการใช้สื่อสุขภาพ สื่อของจริงและ  
บอร์ดนิทรรศการความรู้ หลังจากนั้น ผู้วิจัย พยาบาล  
วิชาชีพประจำ รพ.สต. และ อสม. ร่วมกันเยี่ยมบ้านผู้ป่วย  
สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงทุกราย ๆ ละ 2 ครั้ง

**ระยะที่ 3** การกำกับติดตามกระบวนการจัดการ  
ความเสี่ยงและการประเมินผล ด้วยการประชุมกลุ่มย่อย  
เป็นระยะ ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์  
รวมทั้งการจดบันทึกเสียงและภาพเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลง  
ในชุมชน

หลังจากการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3 ผู้วิจัย  
สรุปกระบวนการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง  
ทางสุขภาพฯ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงกระบวนการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพฯ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสำรวจ/แบบคัดกรองมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามประเด็นในชุดคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Yoddumnern - Attig & Tangchonlatip, 2009) ขั้นตอนการวิเคราะห์เนื้อหา ได้แก่ การนำรายละเอียดจากชุดข้อมูลดิบที่ได้จากสนาม (ในที่นี้คือ ข้อมูลดิบที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึกและการบันทึกเสียงจากกระบวนการกลุ่มทั้ง 3 ครั้ง) มาอ่านเชิงวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจกับชุดข้อมูลนั้น ทำการลดปริมาณของข้อมูล (data reduction) เพื่อเลือกสรรเฉพาะเนื้อความที่มีสาระทำการตีความร่วมกับการประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ไปพร้อมกัน จากนั้นจึงสรุปประเด็นหรือสร้างข้อสรุป

**ผลการวิจัย**

**ตอนที่ 1** ชุมชนนี้ยังมีคงมีวิถีชุมชนแบบผสมผสานคือวิถีของชาวไทยทรงดำกับวิถีคนเมืองตามสมัยนิยม ชาวบ้านโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่สืบเชื้อสายจากบรรพบุรุษโดยตรงยังยึดมั่นการอนุรักษ์วัฒนธรรมพื้นบ้านที่ชัดเจน ดำรงชีวิตความเป็นอยู่แบบเรียบง่าย มีความรัก มีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ บุตรที่แต่งงานแล้วยังคงตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กัน สามารถดูแลช่วยเหลือกันในการประกอบอาชีพ การทำอาหารและการประกอบพิธีกรรม ชุมชนมีกิจกรรมตามประเพณีและ

พิธีกรรม ตามความเชื่อของชาวไทยทรงดำเป็นประจำอาทิ พิธีไหว้เสาเรือน พิธีศพ งานพ็อนแคนในเทศกาลสงกรานต์ เมื่อมีงานเหล่านี้ ชาวบ้านจะมารวมตัวกันมาช่วยงานหรือร่วมงานโดยไม่ต้องกล่าวเชิญและพร้อมใจกันแต่งกายด้วยเครื่องแต่งกายของชาวไทยทรงดำ

จากการทำประชาคม สามารถสรุปประเด็นความเชื่อทางสุขภาพตามมุมมองของชาวไทยทรงดำในชุมชนนี้โดยชาวบ้านวิเคราะห์ว่า ปัจจุบันนี้วิถีชุมชนได้เปลี่ยนไป ความเป็นเมืองมากขึ้น ลูกหลานเดินทางออกจากชุมชนเพื่อไปเรียนและไปทำงาน คนที่อยู่ในชุมชนเป็นหลักคือคนรุ่นผู้ใหญ่ตอนปลายที่ทำอาชีพเกษตรกรรมขนาดเล็ก ทำนา บ่อกุ้ง เลี้ยงปลาบ่อ ทำสวนผลไม้ เช่น กลั้วย มะม่วง กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่แต่ในบ้านเกือบทั้งวัน การประกอบอาหารในครัวเรือนน้อยลงแต่เปลี่ยนเป็นการซื้ออาหารสำเร็จรูป “แกงถุง” จากตลาดนัดมากขึ้น จึงเชื่อว่าปัจจัยเหล่านี้นำมาซึ่งความเจ็บป่วยหลายโรคและทำให้ป่วยได้ตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งแตกต่างกับคนสมัยก่อนที่มักเริ่มป่วยเมื่อสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาหารรับประทานเอง เพราะเชื่อว่าสะอาดและปลอดภัยจากผงชูรสมากกว่าสามารถรับประทานได้อย่าง “สนิทใจ” อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารพื้นบ้านของชาวไทยทรงดำ เช่น แกงหน่อไม้ ปลาแร่ ปลาทอด ปลาต้ม แกงส้ม ลาบหมู แกงอ่อม และยังคงชอบอาหารหมักดองไว้รับประทานเองในครัวเรือน เช่น ดองผักเสี้ยน ดองผักกุ่ม ดองหน่อไม้ ปลาจ่อม กุ้งจ่อม อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุอีกหลายคนที่มี

ไม่สามารถประกอบอาหารด้วยตนเองได้ ต้องพึ่งพาบุตรหลานที่ไปทำงานรับจ้างนอกหมู่บ้านให้ซื้ออาหารสำเร็จรูปกลับมาให้รับประทานเมื่อเลิกจากงานประจำวัน

ในยุคนปัจจุบัน ชาวบ้านไม่ได้เชื่อว่าการเจ็บป่วยทั้งจากโรคอื่น ๆ และโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์-อัมพาตเกิดจากภูตผี หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แต่เชื่อว่าเป็นจากวิถีชีวิตเปลี่ยนไปเป็นสังคมเมืองมากขึ้น หลายคนต้องเร่งรีบออกไปทำงานนอกบ้านแทนการทำเกษตรกรรมที่บ้าน ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพหลายอย่างไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารรสหวานจัด-เค็มจัด-ไขมัน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกายและมีความเครียด เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น มักไม่ใช้การบำบัดแบบพื้นบ้านแต่จะไปรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาล สถานีอนามัย (รพสต.) คลินิกเอกชนและการซื้อยาใช้เองหนึ่ง ตามความเชื่อเดิมของชาวไทยทรงดำเกี่ยวกับ “ผีแถน”

และการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยหมอฟันบ้านนั้น ในชุมชนนี้มีหมอฟันบ้านที่ได้รับการถ่ายทอดการรักษาอาการเจ็บป่วยมาจากบรรพบุรุษ แต่ปัจจุบันได้ให้การบำบัดเฉพาะในเด็กเล็กที่ป่วยเป็นไข้ ซึม ออกผื่น ไม่กินข้าวเท่านั้น ไม่ได้ใช้เพื่อการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูง ชาวบ้านไม่ได้เชื่อว่าการรักษาแบบพื้นบ้านจะช่วยในการรักษาโรคนี้ได้ เมื่อผู้วิจัยกล่าวถึง “โรคหลอดเลือดสมอง” ชาวบ้านไม่รู้จัก แต่หากใช้คำว่า “โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต” ชาวบ้านบอกว่ารู้จักและเคยได้ยิน อีกทั้งยังสามารถระบุอาการผิดปกติของโรคนี้ได้ถูกต้อง

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อน - หลังการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ฯ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ฯ (n = 27)

| ตัวแปร  | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | t     | p-value |
|---|--------------|------|--------------|------|-------|---------|
|   | $\bar{X}$    | S.D. | $\bar{X}$    | S.D. |       |         |
| - ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง | 9.11         | 3.49 | 12.15        | 1.26 | 4.75  | .000    |
| - พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง                                  | 20.07        | 5.19 | 21.04        | 3.53 | 1.087 | .287    |

จากการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรทั้งสองด้วยสถิติ t - test พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตอนที่ 3** ผลการพัฒนา “รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคอัมพฤกษ์ - อัมพาต ชุมชนไทยทรงดำสะแกกราย” ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การประยุกต์แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ และความเป็นเอกลักษณ์กลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ

กล่าวคือ การใช้เวทีประชาคม เทคนิค AIC ร่วมกับการประยุกต์เครื่องมือศึกษาชุมชน 7 ชั้น ทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพ/ผู้วิจัยเข้าถึงและเข้าใจชุมชนได้ดี นับเป็นกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนตลอดกระบวนการวิจัย การนับถือและเห็นคุณค่าของเอกลักษณ์กลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ รวมทั้งการเชื่อมโยงเข้ากับมิติสุขภาพและการเจ็บป่วย ทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัวและชุมชน กอปรกับการประยุกต์แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในที่นี้คือความเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตที่ชุมชนรับรู้ร่วมกันถึงภาวะความเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพของชาวบ้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนโดยเฉพาะ



การให้ความสนใจของชาวบ้านต่อสื่อสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ กลุ่มคนที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ได้เสนอความเห็นในการปรับปรุงการใช้สื่อ อาทิ การขยายพื้นที่จากวัดไปยังแหล่งชุมนุมอื่น ๆ การย้ายที่ติดแผ่นไวนิลขนาดใหญ่ที่ชาวบ้านสามารถมองเห็นได้สะดวก และชัดเจนขึ้น มีการปรับการใช้ “สื่อชุมชน” ในวิถีทางที่สอดคล้องกับชุมชน มีความครอบคลุมเข้าถึงใช้ได้จริง น่าสนใจ เข้าใจง่าย สะดวก และประหยัด มีการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และเกิดการยอมรับจากชุมชน จึงสรุปได้ว่าองค์ประกอบทั้งสามนี้ ทำให้เกิดความสำเร็จของการป้องกันโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเกิดวิธีการคิดของชุมชนเพื่อการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนด้วยการใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนเป็นฐาน อนึ่ง รูปแบบฯ นี้ได้นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้านและ ประธาน อสม. เพื่อรับรูปแบบนี้ไปดำเนินการเองต่อไป รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะแก่ชุมชนในการเผยแพร่การสื่อสารความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนไทยทรงดำอื่น ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

### การอภิปรายผล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเน้นการสื่อสารเรื่อง “อาการเตือน” ของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ชา หน้าเบี้ยว การจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการและเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ โดยใช้ภาษาพื้นบ้านไทยทรงดำ (ลาวโซ่ง) มาใช้ในการสื่อสารและการให้ผู้เฒ่าผู้แก่ที่ประชาชนนับถือและเป็นที่ยอมรับกันดีในชุมชนแต่งกายด้วยชุดลาวโซ่ง มาใช้บอกแบบป้ายไวนิลที่ใช้ติดตามแหล่งชุมนุมของชาวบ้าน การขอความร่วมมือและทำงานร่วมกันกับผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของคนในชุมชน รวมทั้งการสื่อสารเพื่อเตือนภัยการสื่อสารความเสี่ยงในระดับชาวบ้านด้วยการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านเป็นระยะ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการผิดปกติในกลุ่มเสี่ยงเป็นระยะ นับเป็นรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่สร้างการทำงานร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคนี้ โดยมุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน การนำส่งเมื่อเกิดอาการในระยะแรกเริ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ

การรักษาได้ทันท่วงที เนื่องจากการรับรู้สัญญาณเตือน (warning signs) เป็นหัวใจของการลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถรับรู้ได้ว่าเป็นอาการเตือนของโรคนี้ ขาดความตระหนักรู้และ/ไม่สามารถระบุถึงอาการผิดปกติใด ๆ ได้ว่าเป็นอาการเตือนของโรคนี้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูง Chuenjairuang & Sritanyarat (2012) พบว่า ในระยะที่รับรู้ว่าการเกิดขึ้นเป็นนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากการได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์และแพทย์เป็นผู้แจ้งกับผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลชุมชนจึงควรให้การชี้แนะที่มุ่งปรับเปลี่ยนการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค รวมทั้งการรับรู้ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Prasanson & Pearkao, 2013) การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขอย่างทันท่วงที และสามารถลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราตายได้ (Punjaisri, Paenpathom, & Weerasarn, 2013) ดังนั้น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่อง “สัญญาณเตือนโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต” และวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก (Kittiboonthawal et al., 2018)

กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดและองค์ประกอบหลักของการสื่อสารความเสี่ยง ซึ่งได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร และข้อความ (Rothman & Kiviniemi, 1999) องค์ประกอบทั้งสามนี้มีความสัมพันธ์กันในการอธิบายปรากฏการณ์ในชุมชนว่า ประชาชนเผชิญหน้ากับ “สิ่งคุกคาม” อย่างไร ประชาชนมีการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ “ความเสี่ยง” อย่างไร และ ประชาชนมีการประเมินข้อมูล “ความเสี่ยง” อย่างไร อนึ่ง กิจกรรมการรณรงค์ฯ ในชุมชนนี้เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค “สัญญาณเตือนโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต” ระหว่างผู้วิจัยกับประชาชน/ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนศึกษา โดยใช้สัญลักษณ์ภาพและสื่อบุคคล หรือพฤติกรรมสุขภาพที่เข้าใจกันดี อาทิ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกายและจัดการความเครียด การใช้ยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างเคร่งครัด รวมทั้ง

การไปตรวจ/พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการการถ่ายทอดสาร (message/content) จากผู้วิจัย (ผู้ส่งสาร) ไปยังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (ผู้รับสาร) โดยผ่านช่องทางและสื่อ (channel & media) ที่หลากหลาย กระบวนการนี้มีความเคลื่อนไหวและเป็นกิจกรรมที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามวิถีชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม อุปสรรคประการหนึ่งในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การขาดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง ปัจจัยที่ส่งเสริมการสร้าง ความไว้วางใจ เช่น ความประทับใจในการได้รับข้อมูล หรือแหล่งของข่าวสารความเชื่อส่วนบุคคล หรือรับรู้ความเสี่ยง กิจกรรมโครงการต่าง ๆ จะดำเนินไปได้ด้วยดีหากไม่กระทบหรือกระทบน้อยที่สุดต่อวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน ดังนั้น แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพจึงเป็นตัวเชื่อมโยงหรือช่วยลดช่องว่างของความไม่เข้าใจกันในระดับปฏิบัติการระหว่างบุคลากรสุขภาพกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี (Qiu, Rutherford, Chu, Mao, & Hou, 2016) เนื่องจากการส่งสาร/ข้อมูลสุขภาพออกไปสู่สาธารณชนในชุมชนเกี่ยวข้องกับข้อมูลจำนวนมาก เพื่ออธิบายถึงลักษณะของปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากโรค อัมพฤกษ์-อัมพาต และที่สำคัญคือวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเพื่อลดการคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น บริบทของการสื่อสารเหล่านี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความสนใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงผู้รับสาร ความเชื่อทางสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ การนับถือพุทธศาสนา และประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพในอดีต ปัจจัยเหล่านี้นับเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ประชาชนในชุมชนเข้าใจถึงความเสี่ยงของโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ที่ตนกำลังเผชิญได้เป็นอย่างดี และมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเองที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและวิถีชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแต่ละคนมากที่สุด (O'Brien, Bray, Bryan, Grunfield, Haque, Hobbs & et al., 2013)

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แม้ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่ยังยึดถือชนบทไทยทรงดำอยู่ก็ตาม แต่ก็ให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรค

หลอดเลือดสมองไม่ได้เกิดจาก “การผัดผั” แต่เกิดจากพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง อาทิ การรับประทานอาหารรสเค็ม มีผงชูรสผสม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการขาดนัดพบแพทย์ ขณะที่พิธีกรรมต่าง ๆ ยังคงกระทำต่อไปเนื่องจากเป็นประเพณีที่สืบทอดจากบรรพบุรุษ แม้ไม่ช่วยในการรักษาโรคแต่ก็ทำให้รู้สึกสบายใจ เป็นสุขใจ ที่มีกิจกรรมร่วมกันกับบุตรหลานและเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Buasonte, Pawanratanachakorn, Sritimongkon, Tubtim, & Poksiri (2012) ที่พบว่าชาวไทยทรงดำในจังหวัดพิษณุโลกมีความเชื่อและวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างจากในอดีตอย่างชัดเจน ชาวบ้านมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังค่อนข้างสูง พบโรคที่เกิดจากการบริโภค นิยมเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีความสะดวกในการคมนาคมและการซื้ออาหารสำเร็จรูปมากขึ้น และนิยมไปใช้บริการสุขภาพจากสถานอนามัย คลินิกและโรงพยาบาลเหมือนประชาชนทั่วไป และ Kulprasutidilok & Phollawan (2018) ที่ศึกษาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาท้องถิ่นชาวไทยทรงดำจังหวัดสุพรรณบุรีแล้วอธิบายว่าแม้ว่าอาหารพื้นบ้านของชนกลุ่มนี้ไม่นิยมใส่กะทิก็ตาม แต่หากบริโภคปลาร้า ผงชูรส และหน่อไม้ต้องเป็นประจำทุกวันก็อาจไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน เพื่อสร้างเชื่อมั่นและไว้วางใจของประชาชนก่อนการดำเนินกิจกรรมในการวิจัยตามลำดับโดยเฉพาะการทำประชาคม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การรับฟังความคิดเห็นและความตระหนักถึงปัญหาของการเจ็บป่วยในมุมมองของชุมชน อนึ่ง การที่ผู้วิจัยนำประเด็นความเป็นชาติพันธุ์ไทยทรงดำมาเป็นหัวใจของการพัฒนาสื่อพื้นบ้าน ทั้งนายแบบ-นางแบบ ในป้ายโปสเตอร์ขนาดต่าง ๆ ภาษาและดนตรี ก็เนื่องด้วยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับความเป็นชาติพันธุ์ของชุมชนนี้ และมีความเชื่อว่าการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพผ่าน บริบทของความเป็นชาติพันธุ์ไทยทรงดำ ย่อมทำให้เกิดประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงที่ดีกว่าการสื่อสารในรูปแบบที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้กันอยู่เดิม (Nimit - arnun, 2015)

กระบวนการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง

ทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในครั้งนี้ อธิบายได้ด้วยแนวคิดการสร้างพลังของกลุ่มคน/ชุมชน (community empowerment) (Wallerstein & Bernstein, 1994) ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกของการเป็นชุมชนและการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนทั้งระดับบุคคลและชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญของการสร้างพลัง คือ การคิดวิเคราะห์ของกลุ่ม การริเริ่มความตระหนักรู้ต่อปัญหา การฟัง และการสนทนาถกเถียง อันนำไปสู่การพัฒนาต่อไป บุคคลกลุ่ม และชุมชนจะต้องเริ่มการเรียนรู้วิถีคิดวิเคราะห์ก่อนที่จะมีการพัฒนาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมของชุมชนและกระบวนการสะท้อนกลับ การที่คนในชุมชนนี้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนโดยร่วมกันวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการนำไปปฏิบัติเพื่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำชุมชนไปสู่ความสำเร็จร่วมกันได้ในที่สุด ผลการพัฒนาในรูปแบบ ๆ อย่างมีส่วนร่วมดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรีของ Wuthidham & Nimit - arnun (2015) สอดคล้องกับผลการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมของ Tachasuksri, Sananreangsak & Kuljeerung (2016) และผลการพัฒนาแบบการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพ ในจังหวัดลพบุรี ของ Krungkraipetch, Ritngam & Viriya (2016) ที่พบว่าความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาฯ เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย อาทิ การพัฒนาศักยภาพคนให้พึ่งตนเอง การระดมทุนความรู้ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ การตั้งเป้าหมายร่วมกันและความสามัคคี โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นผู้นำ ผู้ประสานกลุ่มประโยชน์และผู้สนับสนุนส่งเสริม

### ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มและการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคฯ ในกลุ่มเสี่ยง พยาบาลชุมชนและบุคลากร

สาธารณสุขจึงควรนำไปประยุกต์เพื่อให้เกิดการสื่อสารแบบสองทางและการใช้สื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของในแต่ละพื้นที่

2. การสนับสนุนให้ชุมชนสามารถสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของโรคที่สอดคล้องกับบริบทเชิงวัฒนธรรมในชุมชนของตน เป็นการลดความเสี่ยงระดับบุคคลและครอบครัวอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ยั่งยืนในระดับชุมชนได้ อีกทั้งยังสามารถนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ อาทิ โรคเบาหวานในระยะที่เกิดภาวะแทรกซ้อน โรคหลอดเลือดหัวใจ

3. การวิจัยชุมชนโดยใช้ฐานความคิดการพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม (Cultural-based competency) ด้วยการให้คุณค่ากับวัฒนธรรมเฉพาะของชุมชนศึกษานับเป็นความท้าทายของนักวิจัยชุมชนรุ่นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนโครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนฐานราก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

### Reference

- Buasonte, R., Pawanratanachakorn, J., Sritimongkon, R., Tubtim, W., & Poksiri, M. (2012). Health care lifestyle of Thai - Song - Dam from the past toward the era of sufficiency health. *Journal of Education Nareasuan University*, 14(1), 19-36. [In Thai]
- Chuenjairuang, P. & Sritanyarat, W. (2012). Perception and management of stroke warning signs in persons with stroke. *Journal of Nursing Science & Health*, 35(3), 48-61. [In Thai]
- Chuengsatiansup, K., Tengrung, K., Pinkaew, R., & Pechkong, W. (2012). *Community culture: the 7 tools for community study*. Bangkok: Suksala printing. [In Thai]

- Duangjinda, M., Nimit - arnun, N. & Roojanavech, S. (2015). The outcomes of health risk communication program amongst high risk stroke patients at sub - district health promoting hospitals in Samut Sakhon province. *Journal of The Thai Royal Nurse, 17*(2), 59-67. [In Thai]
- Infanti, J., Sixsmith, J., Barry, MM., Núñez-Córdoba, J., Oroviogoicoechea-Ortega, C., & Guillén-Grima, F. (2013). *A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe*. Stockholm: ECDC.
- Kittiboonthawal, P., Yingrengreung, S., & Srithanya, S. (2018). Perceptions of stroke warning signs among risk patients. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 23*(3): 132-41. [In Thai]
- Krungkraipetch, N., Ritngam, A., & Viriya, C. (2016). The driven model of health community in Thamanow. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 24*(3), 34-46. [In Thai]
- Kulprasutidilok, A. & Phollawan, P. (2018). Knowledge for healthcare from the local wisdom of Thai Song Dum community in Bandon, Uthong district, Suphanburi province. *Journal of Community development and quality of life, 6*(1), 106-116. [In Thai]
- Nimit - arnun, N. (2015). Cultural competence development of community nurse students: the case students of Tai Song Dam ethnic group in Thailand. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand, 2*(1), 41-51. [In Thai]
- O'Brien, C., Bray, E.P., Bryan, S., Grunfield, S.M., Haque, M.S. Hobbs, FDR. & et al. (2013). Targets and self-management for the control of blood pressure in stroke and at risk groups (TASMIN - SR): protocol for a randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorder, 23*, 1-8.
- Prasanson, T. & Pearkao, P. (2013). The correlation between perception risk and prevention behaviors among persons at risk of stroke. *Journal of Nurses' Association of Thailand, Eastern - Division, 31*(2), 36-43. [In Thai]
- Punjaisri, S., Paenpathom, N. & Weerasarn, K. (2013). *Clinical practice guidelines for hemorrhagic stroke*. Bangkok: Tanapress Ltd. [In Thai]
- Punmung, N., Pundhuweth, N., & Champakaew, L. (Editors). (2013). *Guidelines for assessment of cardiovascular risk*. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. [In Thai]
- Qiu, W., Rutherford, S., Chu, C., Mao, A., & Hou, X. (2016). Risk communication and public health. *Global Journal of Medicine and Public Health, 5*(4), 1-11.
- Rothman, A. J., & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating people with information: an analysis and review of approaches to communicating health risk information. *Journal of the National Cancer Institute Monograph, 25*, 44-51.
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017). *The 20 years of National Strategic Plan (Public health)*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai]

- Tachasuksri, T., Sananreangsak, S., & Kuljeerung, O. (2016). Health promotion model by the community participation: case study of people with disabilities. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(3), 47-58. [In Thai]
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)*, 20: 64-78.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment participatory education and health. *Health Education Quarterly*, 21(2): 141-8.
- Wuthidham, N. & Nimit - arnun, N. (2015). The development modification program amongst metabolic syndrome individuals towards community network participation in a community in Petchaburi province. *Christian University of Thailand Journal*, 21(1), 110-122. [In Thai]
- World Stroke Organization. (2014). *Stroke support organizations*. Retrieved June 18, 2014, from: <http://www.world-stroke.org>.
- Yoddumnern - Attig, B. & Tangchonlatip, K. (2009). *Qualitative data analysis: data management, data interpretation, and meaning*. Nakhon Pathom: Institute Population and Social Research, Mahidol University. [In Thai]