เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
เขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ณัฐิยาภรณ์ เปลี่ยนเนียม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร

Development of a model for promoting health literacy to reduce the risk of stroke in patients with hypertension in Phichit Province

ณัฐิยาภรณ์ เปลี่ยนเนียม พย.บ.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Nattiyaporn Pleanneam RN
Phichit Provincial Health Office

บทคัดย่อ

ที่มา โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลันจากภาวะขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดตีบ แตก หรืออุดตัน สาเหตุหลักมาจากพฤติกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 423 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 3.8 ± 0.5 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (59.81%) และพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ (47.75%) การวิเคราะห์ร่วมกับภาคีเครือข่ายระบุว่าผู้ป่วยขาดทักษะป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบท **ระยะที่ 2** พัฒนาแผนกิจกรรมต้นแบบโดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเทคนิค A-I-C ตาม VNUT Model ทดลองใช้กับผู้ป่วย 30 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ทักษะความรอบรู้สุขภาพเพิ่มจาก 3.68 ± 0.25 เป็น 4.04 ± 0.24 ($p < 0.05$) และพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง (73.33%) **ระยะที่ 3** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.52, SD = 0.55) สูงสุดในด้านการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{X}$= 4.70, SD = 0.47) และการได้รับความรู้ ($\bar{X}$= 4.67, SD = 0.48) ความพึงพอใจต่อระยะเวลาการพัฒนารูปแบบต่ำสุด ($\bar{X}$= 4.33, SD = 0.71) ชุมชนมีส่วนร่วม สร้างสัมพันธภาพที่ดี และความภาคภูมิใจในผลงานจากการตัดสินใจและรับผลประโยชน์ร่วมกัน

สรุปผล รูปแบบนี้ช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Background: Origin: Stroke is a condition in which the brain stops working suddenly due to lack of blood flow. It is caused by a narrow, ruptured or blocked blood vessel. The main cause is behavior.

Objectives: To develop a health literacy enhancement model to reduce the risk of stroke in hypertensive patients in Phichit Province.

Results: Phase 1 found that the sample of 423 people had an average health literacy score of 3.8 ± 0.5, mostly at a low level (59.81%), and disease prevention behaviors were at a low level (47.75%). Collaborative analysis with partners indicates that patients lack context-appropriate disease prevention skills. Phase 2: Develop a prototype activity plan using health literacy concepts, health behavior theory, health belief models, and A-I-C techniques. According to the VNUT Model, it was tested with 30 patients for 12 weeks and found that health literacy skills increased from 3.68 ± 0.25 to 4.04 ± 0.24 ($p < 0.05$) and disease prevention behaviors were at a high level (73.33%) Stage 3 found that the sample group was highly satisfied with the format ($\bar{X}$= 4.52, SD = 0.55), highest in the aspect of participation in exchanging opinions ($\bar{X}$= 4.70, SD = 0.47) and knowledge acquisition ($\bar{X}$= 4.67, SD = 0.48), satisfaction with the lowest model development period ($\bar{X}$= 4.33, SD = 0.71). Community participation creates good relationships and pride in the results of decisions and mutual benefits.

Conclusion: This model effectively increases health literacy and stroke prevention behaviors and can be applied to other communities with similar contexts.

Keywords: Model for promoting Health Literacy, hypertension, Stroke

บทนำ

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก อีกทั้งผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นภาระกับครอบครัว เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน มีความพิการเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 143 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.55 ล้านคน (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021) โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (Feigin, et al., 2022) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) (กรมควบคุมโรค, 2565). สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดพิจิตร ในปี 2564 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1,190 ต่อแสนประชากร การเข้าถึง Stroke fast track (onset <4.5 hr) ร้อยละ 35.48 การส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 32.25 เมื่อผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นแล้ว ต้องรีบนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองช่องทางด่วนให้เร็วที่สุด โรงพยาบาลทุกแห่งได้พัฒนาช่องทางด่วน โดยการปรับลดขั้นตอนต่างๆ ยังพบอัตราการเสียชีวิตที่สูงเกินกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะรีบส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา (สมพิศ วิริยม, 2565) หากพบมีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะรีบไปโรงพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง และเมื่อเกิดสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นต้องเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทันที (Emergency Medical Service) (Jauch et al., 2010)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการป้องกันและผลกระทบของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยดำเนินการให้หน่วยบริการทุกภาคส่วน ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการรณรงค์ให้ประชาชนมีการตระหนักรู้ถึงภาวะเสี่ยงอาการเตือนของโรค และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ การเลิกบุหรี่ และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2565) อีกทั้งยังมีการดำเนินงานเชิงรุกในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไป และ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เป็นผลให้ประชาชนได้รับทราบความเสี่ยงของตนเองเบื้องต้น และเกิดความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

ในปี พ.ศ. 2559 หลังจากการประชุมนานาชาติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน (9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, China) ได้มีการประกาศคำประกาศเซี่ยงไฮ้ (The Shanghai Declaration) (Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2016) ซึ่งมีหลักการสำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก การสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นกลยุทธ์สำคัญในการนำสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ปี พ.ศ. 2573 [Sustainable Development Goals (SDGs)] และประการที่สอง กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ คือ 1) ธรรมาภิบาล (Good governance) 2) การสร้างชุมชนสุขภาวะ (Health Cities and Communities) และ 3) ความรอบรู้สุขภาพและการระดมสรรพกำลังทางสังคม (Health Literacy and Social Mobilization) แนวคิดเรื่อง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy) จึงได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และได้รับการยืนยันความสำคัญในฐานะกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสุขภาพประชาชน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2562) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเอง จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Wilandika et al., 2023)

จากปัญหาที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Theory) การวิจัยไว้ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตเนื้อหา 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาบริบทความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2) ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทั้งในและต่างประเทศ

ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล ประชากร และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร จำนวน 423 คน โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

2. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 คน ตัวแทนประชากร ซึ่งใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษา เดือนมกราคม - เดือนกุมภาพันธ์ 2568

ระยะที่ 2 การสร้างพัฒนา และการทดลอง รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตเนื้อหา 1) ผู้วิจัยมาร่วมกันกลุ่มพัฒนารูปแบบฯ โดยประยุกต์หลักการใช้เทคนิค (A-I-C: Appreciation-Influence-Control) มาสร้างแผนกิจกรรมต้นแบบ (Prototype Activity Plan) ที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้ใน**ระยะที่ 1** โดยนำแนวคิดการพัฒนาแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการทำกิจกรรมฯ และผู้วิจัยได้เสนอแผนกิจกรรมต้นแบบที่ร่างขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแผนกิจกรรมฯให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำมาทดลองใช้ 2) การสร้างความรอบรู้สุขภาพ โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถสรุปเป็น 3 กิจกรรมใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัว ประกอบด้วย

1.1 การสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามโรคหลอดเลือดสมองโดยสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านกระบวนการให้ความรู้ เชิญตัวอย่างกรณีศึกษามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ สะท้อนคิด วิเคราะห์ตนเองร่วมกับครอบครัว

1.2 การสร้างการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสนทนากลุ่ม

1.3 การสร้างการรับรู้และขจัดอุปสรรคในพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางขจัดปัญหาอุปสรรค

1.4 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เสริมความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับครอบครัว

2. การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัว โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับครอบครัว พร้อมทั้งวิเคราะห์เป้าหมายแนวทางปฏิบัติโดยให้เขียนแผนเป้าหมายและแผนการปฏิบัติการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัวลงในแบบบันทึก

3. การกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัว และการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องโดยผ่านคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล 1) กลุ่มตัวอย่างในการสร้างแผนกิจกรรมฯ ได้แก่ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร จำนวน 12 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 2) กลุ่มทดลองใช้แผนกิจกรรมฯ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ขอบเขตด้านระยะเวลา เดือนมีนาคม 2568 - เดือนพฤษภาคม 2568

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

ขอบเขตเนื้อหา ประเมินความพึงพอใจของการใช้รูปแบบฯในกลุ่มทดลอง และร่วมกันพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมให้รูปแบบฯให้มีความสมบูรณ์ และเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล 1) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบฯ ได้แก่ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร จำนวน 12 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 2) กลุ่มทดลองใช้แผนกิจกรรมฯ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ขอบเขตด้านระยะเวลา เดือนมิถุนายน 2568

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) มาสร้างแผนกิจกรรมต้นแบบ (Prototype Activity Plan) ที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

เชิงปริมาณ **ประชากร** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน โดยใช้สูตรของ Cochran (1977) จำนวน 423 คน

เชิงคุณภาพ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพิจิตร จำนวน 12 คน ตัวแทนประชากรซึ่งใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การพัฒนารูปแบบฯ โดยกลุ่มพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 12 คน (Development Group) ซึ่งมีบทบาทหลักในการร่วมกันพัฒนาและสร้างแผนกิจกรรมต้นแบบ (Prototype Activity Plan)

ทดลองแผนกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 30 คน แบบกลุ่มเดียวก่อน-หลัง (single-group pre-post design) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ แล้วเปรียบเทียบผลภายในกลุ่มเดียวกัน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 12 คน และ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาตามมาตรวัดแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ กลุ่มพัฒนารูปแบบฯ ใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview)

ระยะที่ 2 มีการพัฒนาแผนกิจกรรมต้นแบบโดยใช้เทคนิค A-I-C และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมเรื่องแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวบรวมโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมที่ใช้ใน**ระยะที่ 1** บริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตพื้นที่จังหวัดพิจิตรรวมถึงใช้หลักเกณฑ์เดิมในการให้คะแนนและการแปลผลของคะแนนในแต่ละตัวแปรจาก**ระยะที่ 1** เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้แผน

กิจกรรมฯในสัปดาห์ที่ 12 ได้รวบรมข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 ใช้แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม อย่างละ 10 ข้อ ที่พัฒนาตามมาตรวัดแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ รวมถึงแนวทางการถอดบทเรียนที่พัฒนาขึ้นเพื่อการประเมินผลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยดำเนินการใน 2 ด้าน ได้แก่ ความตรงและความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.50) ดังนี้ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (IOC = 0.85) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ (IOC = 0.88) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (IOC = 0.82) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (IOC = 0.90) แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม (IOC = 0.87) และคำถามเปิดกว้างและสอดคล้องกับบริบท

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.70) ดังนี้ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (α = 0.89) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ (α = 0.87) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (α = 0.85) และแบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม (α = 0.91) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยทั้งหมดมีความเที่ยงที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการบันทึกเทป จดบันทึก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้การสืบค้นข้อมูลหลายแหล่งเพื่อยืนยันความสอดคล้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ **ระยะที่ 1** ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 **ระยะที่ 2** ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 โดยใช้การเหลื่อมเวลาระหว่างการทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร และ**ระยะที่ 3** ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน 2568 การเก็บข้อมูลในแต่ละระยะดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัยและการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ตามแนวทางของ Braun และ Clarke (2006)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างมีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย แนวทางในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อหรือรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลถูกนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 39/2567 รหัสจริยธรรม การวิจัยเลขที่ AF 04-08/02.0 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย:

ระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.04) อายุเฉลี่ย 58.10 ปี จบประถมศึกษา (50.35) อาชีพเกษตรกรรม (46.10) BMI อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9) (37.82) เป็นโรคความดันโลหิตสูงคุมไม่ได้ (62.42) มีประวัติเคยสูบบุรี่ (44.67) และมีประวัติดื่มสุรา (56.96) จากตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามข้อมูลทั่วไป (n=423)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	131	30.96
หญิง	292	69.04
อายุเต็มปีของผู้ให้ข้อมูล (ปี) Mean ± SD = 58.1 ± 11.3		
30-39	56	13.23
40-49	203	47.99
50-59	164	38.77
สถานภาพสมรส		
โสด	58	13.71
สมรส	334	78.96
หม้าย แยก หย่าร้าง	31	7.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	11	2.60
ประถมศึกษา	213	50.35
มัธยมศึกษา	148	34.99
ปริญญาตรีขึ้นไป	51	12.06
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49	11.58
ข้าราชการ	6	1.42
รับจ้าง	134	31.68
ค้าขาย	12	2.84
เกษตรกรรม	195	46.10
อื่นๆ	27	6.38
BMI		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	25	5.91
18.5-22.9	83	19.62
23-24.9	73	17.25
25-29.9	160	37.82
≥ 30	82	19.38
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	182	43.03
ดื่มเป็นประจำ	74	17.49
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	167	39.47
ประวัติการดื่มสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	234	55.32
สูบเป็นประจำ	112	26.47
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	77	18.20
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง		
รับยาต่อเนื่อง/ควบคุมได้ดี	264	62.42
รับยาต่อเนื่อง/ควบคุมไม่ได้	83	19.62
รับยาไม่ต่อเนื่อง	32	7.57

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยรักษา	12	2.83
ซื้อยามารับประทานเอง	28	6.61
อื่น ๆ	4	0.95
รวม	423	100

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียด ดังนี้

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 3.8 ± 0.5 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5.0) โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (Sufficient) จำนวน 253 คน (ร้อยละ 59.81) รองลงมามีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (Problematic) จำนวน 160 คน (ร้อยละ 37.82) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (Inadequate) น้อยที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.37) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=423)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนน	ความถี่	ร้อยละ
ระดับต่ำ (Inadequate)	3.67-5.0	253	59.81
ระดับปานกลาง (Problematic)	2.34-3.66	160	37.82
ระดับสูง (Sufficient)	1.0-2.33	10	2.37
รวม Mean ± SD3.8 ± 0.5 Range 1.2-5.0		423	100.0

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียด ดังนี้

พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ 202 คน (47.75) ระดับปานกลาง 184 คน (43.49) และเมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการรับประทานอาหาร ดังแสดงในตารางที่ 3

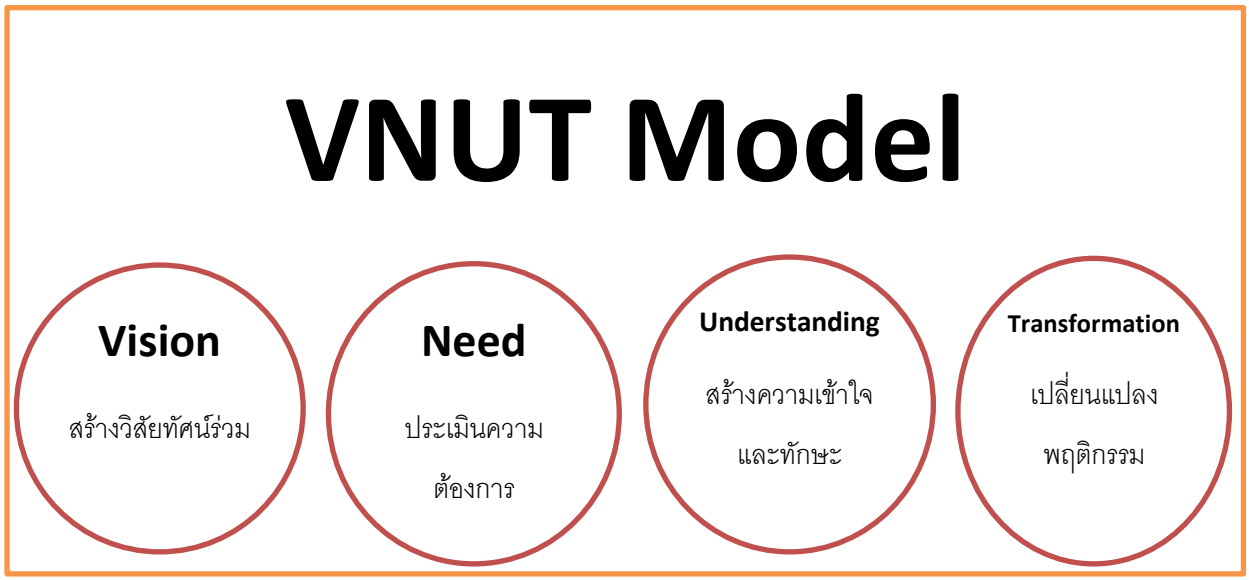
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=423)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	**ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คน (ร้อยละ)**		
	ระดับสูง	**ระดับปานกลาง**	**ระดับต่ำ**
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	37(8.74)	184(43.49)	202(47.75)
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน			
- ด้านการรับประทานอาหาร	88(20.80)	193(45.62)	142(33.56)
- ด้านการออกกำลังกาย	41(9.69)	129(30.49)	253(59.81)
- ด้านอารมณ์	68(16.07)	98(23.16)	257(60.75)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มพัฒนารูปแบบฯ แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของปัญหาเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย รวมถึงด้านการควบคุมอารมณ์ ซึ่งสภาวะเหล่านี้จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ใน**ระยะที่ 2** ของการพัฒนารูปแบบฯ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และผู้วิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุของปัญหา หาวิธีการแก้ไขและป้องกันปัญหาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์หลักการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) ได้จัดให้มีการประชุมร่วมกัน 1 ครั้ง การเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและการแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะร่วมมือในการหาแนวทางแก้ไข และป้องกันปัญหา และได้ข้อสรุปร่วมกันว่าจะดำเนินการต่อ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการแก้ปัญหา และป้องกันปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร โดยเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้เปิดเผยสถานภาพว่าเป็นผู้วิจัย การพูดคุยมีลักษณะเป็นกันเอง เพราะรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลมาก่อน โดยทำการพูดคุย จดบันทึกรายละเอียด การพูดคุย และทำการบันทึกเทป โดยจัดเก็บข้อมูลวันที่ 22 เมษายน 2568 ตั้งแต่เวลา 8.30 -16.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ผู้เข้าร่วม ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน รวม 12 คน จากการร่วมกันวางแผนกิจกรรมฯ ได้แผนกิจกรรมฯ VNUT Model ดำเนินงานเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตามหัวข้อกิจกรรมหลัก และกิจกรรมย่อย และการพิจารณาเลือกพื้นที่ที่จะนำแผนกิจกรรมฯไปทดลองใช้จริง ที่ หมู่ 4 บ้านดงป่าคำเหนือ จังหวัดพิจิตร โดยสังเขป ต่อไปนี้



การพัฒนาคุณภาพของแผนกิจกรรมฯ

1) ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และผู้วิจัยได้ร่างแผนกิจกรรมฯเสร็จ ได้ส่งแผนกิจกรรมฯไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบ และเพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับแผนกิจกรรมฯดังกล่าว หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแผนกิจกรรมฯ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2) ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และผู้วิจัยได้ร่วมกันเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ประกอบการเรียนรู้ และรวมถึงการคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่ใช้เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เพื่อการนำแผนกิจกรรมที่ได้ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (ปฏิบัติ) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยได้เลือกสถานที่ดำเนินการที่ศาลากลางบ้าน ที่ หมู่ 4 บ้านดงป่าคำเหนือ จังหวัดพิจิตร

หลังการดำเนินการทดลองใช้แผนกิจกรรมฯ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ได้วิเคราะห์ข้อมูลก่อน และหลังการทดลองใช้ และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลตามตัวแปรที่กำหนดไว้

ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีอายุเฉลี่ย 58.1±11.3 ปี ต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 59 ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.34 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่เคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 60.00 สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 46.66 และรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและควบคุมได้ดี คิดเป็นร้อยละ 36.66 ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง แบ่งตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	23.30
หญิง	23	76.70
อายุเต็มปีของผู้ให้ข้อมูล (ปี) Mean ± SD = 58.1 ± 11.3		
30-39	7	23.33
40-49	19	63.34
50-59	4	13.33
สถานภาพสมรส		
โสด	6	20.00
คู่	21	70.00
หม้าย แยก หย่าร้าง	3	10.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	0	0.00
ประถมศึกษา	3	10.00
มัธยมศึกษา	20	66.67
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	6	20.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.33
อื่นๆไม่ระบุ	0	0.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23.33
ข้าราชการ	0	0.00
รับจ้าง	9	30.00
ค้าขาย	10	33.33
เกษตรกรรม	4	13.33
อื่นๆ	0	0.00
BMI		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	1	3.34
18.5-22.9	6	20.00
23-24.9	15	50.00
25-29.9	4	13.33
≥ 30	4	13.33
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	18	60.00
ดื่มเป็นประจำ	6	20.00
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	6	20.00
ประวัติการดื่มสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	10	33.34
สูบเป็นประจำ	14	46.66
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	6	20.00
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง		
รับยาต่อเนื่อง/ควบคุมได้ดี	11	36.66
รับยาต่อเนื่อง/ควบคุมไม่ได้	8	26.67
รับยาไม่ต่อเนื่อง	6	20.00

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยรักษา	4	13.33
ซื้อยามารับประทานเอง	1	3.33
อื่น ๆ	0	0.00
รวม	30	100

ผลการเปรียบเทียบทักษะความรอบรู้สุขภาพ ก่อนและหลังการใช้แผนกิจกรรมฯ

พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมเท่ากับ3.68 ± 0.25 หลังเข้าร่วมแผนกิจกรรมฯ มีค่าเฉลี่ยทักษะโดยรวม เท่ากับ 4.04 ± 0.24 ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5: ผลการเปรียบเทียบทักษะความรอบรู้สุขภาพก่อนและหลังการใช้แผนกิจกรรมฯ (n=30)

ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	p-value
ก่อนการทดลอง	3.68	0.25	
หลังการทดลอง	4.04	0.24	< 0.05

หมายเหตุ คะแนนความรอบรู้สุขภาพวัดจากคะแนนเต็ม 5.0 การเปรียบเทียบใช้การทดสอบ Paired t-testระดับนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ $p < 0.05$

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้แผนกิจกรรมฯ

พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับ“ปานกลาง”ร้อยละ 56.67 และหลังเข้าร่วมแผนกิจกรรมฯกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ใน “ระดับสูง” ร้อยละ 73.33 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง ระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=30)

ระดับพฤติกรรม	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง		
ระดับต่ำ	9	30.00
ระดับปานกลาง	17	56.67
ระดับสูง	4	13.33
หลังการทดลอง		
ระดับต่ำ	0	0.00
ระดับปานกลาง	8	26.67
ระดับสูง	22	73.33
โดยภาพรวม	**30**	**100**

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ

ด้านความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.52, SD = 0.55) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{x}$ = 4.70, SD = 0.47) และการได้รับความรู้จากการพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 4.67, SD = 0.48) ส่วนความพึงพอใจ ต่อเวลาในการพัฒนารูปแบบมีคะแนนต่ำสุด ($\bar{x}$ = 4.33, SD = 0.71) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

ด้านที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจต่อรูปแบบ	4.53	0.57	มาก
การได้รับความรู้	4.67	0.48	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อผลการพัฒนา	4.47	0.63	มาก
การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	4.70	0.47	มากที่สุด
การได้รับประโยชน์	4.60	0.50	มาก
การพัฒนาศักยภาพ	4.53	0.57	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.52	0.55	มาก

ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.48, SD = 0.60) โดยมีส่วนร่วมสูงสุดในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{x}$ = 4.67, SD = 0.48) และการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.60, SD = 0.50) ส่วนการมีส่วนร่วมในการประสานงานมีคะแนนต่ำสุด ($\bar{x}$ = 4.33, SD = 0.71) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ (n=30)

ด้านที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับการมีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา	4.43	0.63	มาก
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดความต้องการ	4.50	0.57	มาก
การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์	4.37	0.67	มาก
การมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการและแนวทางดำเนินงาน	4.47	0.63	มาก
การมีส่วนร่วมในการประสานงาน	4.33	0.71	มาก
การมีส่วนร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	4.67	0.48	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมให้ประโยชน์และสนับสนุนโครงการ	4.40	0.62	มาก
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการพัฒนา	4.60	0.50	มาก
การพัฒนาศักยภาพจากการมีส่วนร่วมทำกิจกรรม	4.53	0.57	มาก
การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ	4.47	0.63	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.48	0.60	มาก

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.8, SD = 0.5) โดยร้อยละ 37.8 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางและร้อยละ 2.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wilandika et al. (2023) ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การที่ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี ($\bar{x}$ = 7.8/10, SD = 1.4) แต่มีข้อจำกัดในบางด้าน โดยเฉพาะการควบคุมความดันสูงด้วยอาหาร (ร้อยละ 47.3) และการออกกำลังกายที่เหมาะสม (ร้อยละ 54.4) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุไว้ในคำประกาศเซี่ยงไฮ้ (Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2016) ที่เน้นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในกลยุทธ์หลักในการส่งเสริมสุขภาพและบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบางด้าน เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารเค็มและไขมัน (ร้อยละ 76.9 และ 78.2 ตามลำดับ) แต่มีข้อจำกัดในด้านการออกกำลังกาย โดยร้อยละ 54.8 ออกกำลังกายน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ

ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization) ที่ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร และศรีสุภา ใจโสภา (2566) อธิบายว่า การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องมีระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C (Access-Interpret-Communicate) และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2562) ที่เน้นการพัฒนาหน่วยงานหรือองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยต้องมีการทำงานแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

การใช้ Health Belief Model เป็นกรอบแนวคิดหลักมีความเหมาะสม เนื่องจากทฤษฎีนี้เน้นการสร้างการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self- efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาควรระบุรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนารูปแบบ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบ

ผลการประเมินรูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.52, SD = 0.55) และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.48, SD = 0.60) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{x}$ = 4.70) และการได้รับความรู้ ($\bar{x}$ = 4.67) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเมือง ตลอดจนบุคลากร สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

การติดตามผลระยะยาว: ควรมีการศึกษาและติดตามผลในระยะ 1-2 ปี เพื่อดูว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถคงอยู่ได้หรือไม่ และส่งผลต่ออัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจริง ๆ ในระยะยาวเพียงใด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การขยายผลสู่พื้นที่อื่น: ควรมีการจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง

2.2 การบูรณาการกับระบบสุขภาพชุมชน: ควรพิจารณาแนวทางในการบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบสุขภาพในระดับอำเภอหรือจังหวัดอย่างเป็นทางการ เช่น การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัคร

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน.* กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *สบส.เผยภัยเงียบ!! "โรคหลอดเลือดสมอง" ดับชีพคนไทยทุก 20 นาที หนุนอสม. ส่งไลน์ภาพเตือน!! รู้ทันโรค ทุกเช้า!!.* http://www.hss.moph.go.th/show_topic.php?id=454

ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร, & ศรีสุภา ใจโสภา. (2566). องค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับพยาบาล. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 9(1), 1-10.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2562). *การพัฒนาหน่วยงานหรือองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ.* วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ, 1(1), 12–26.

สมพิศ วิริยม. (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา 2 ราย.* วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, *3*(2), 8-13.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. International Journal of Stroke, *17*(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/17474930211065917

GBD 2019 Stroke Collaborators (2021). *Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet Neurology, 20(10), 795–820. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0

Jauch, E. C., Cucchiara, B., Adeoye, O., Meurer, W., Brice, J., Chan, Y. Y., . . . Hazinski, M. F. (2010). *Part 11: adult stroke: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Circulation, *122*, S818–828 811.

Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. (2016). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*.

Wilandika, A., Pandin, M. G. R., & Yusuf, A. (2023). *The roles of nurses in supporting health literacy: A scoping review. Frontiers in Public Health, 11, Article 1022803*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1022803