ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Vol. 32 No. 2 May – August 2026

การพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภัคจิรา นุ้ยเกตุ, พย.บ.[1]
นงณภัทร รุ่งเนย, ค.ด.[2*]

(วันที่ส่งบทความ: 28 ตุลาคม 2568; วันที่แก้ไข: 22 มิถุนายน 2569; วันที่ตอบรับ: 12 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักขาดความรู้และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) พัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายจำนวน 32 คน และกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การติดตามให้คำปรึกษาและประเมินผล ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้รูปแบบฯ ภายใน 12 สัปดาห์ ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 21.963$, $t = 8.712$ ตามลำดับ, $p < .001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยง, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, หน่วยบริการปฐมภูมิ

---

[1] พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นงณภัทร รุ่งเนย, อีเมล: nongnaphat@bcnsurat.ac.th

Development of a Motivational Interviewing Model to Promote Health Literacy and Behavior Change for Stroke Prevention among High-Risk Groups in Primary Care

Phakchira Nuyket, BNS [1]

Nongnaphat Rungnoei, PhD [2*]

(Received: October 28th, 2025; Revised: June 22nd, 2026; Accepted: July 12th, 2026)

Abstract

Stroke is a major public health issue, particularly among patients with risk factors such as hypertension, diabetes, and hyperlipidemia. These groups often lack adequate knowledge and motivation to modify their health behaviors, resulting in complications, premature disability and death. This research and development project aimed to: (1) examine the current situation and challenges in stroke prevention among high-risk patients in primary care settings; (2) develop a motivational interviewing model to promote health behavior change and enhance health literacy for stroke prevention in high-risk patients; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study involved 32 participants including administrators, healthcare providers, and network partners, as well as 30 high-risk patients. The research was conducted in three phases using both qualitative and quantitative approaches. Phase 1 involved in-depth interviews with administrators, providers, and partners to analyze the current situation and identify problems. Phase 2 focused on developing the motivational interviewing model which incorporated health literacy enhancement, counseling, follow-up, and evaluation. Phase 3 assessed the effectiveness of the model through a 12-week implementation using a one-group pretest-posttest design. Data were analyzed using content analysis and paired t-tests. The results showed statistically significant improvements in both health literacy and health behaviors among high-risk patients after the intervention (t = 21.963 and t = 8.712, respectively; $p < .001$), indicating the effectiveness of the developed model in promoting stroke prevention at the primary care level.

Keywords: motivational interviewing, health literacy, high-risk patients, stroke prevention, primary care units

---

[1] Registered Nurse, Ban Nai Subdistrict Health Promoting Hospital, Surat Thani Province

[2] Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[*] Corresponding author: Nongnaphat Rungnoei, Email: nongnaphat.ru@pi.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ ตันหรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านคน และเสียชีวิตถึง 6.5 ล้านคน ขณะที่ประชากรโลก 1 ใน 4 คน ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วงชีวิต (World Stroke Organization, 2024) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ.2567 พบผู้ป่วยจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตถึง 39,086 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูง (Caro et al., 2018; Cheon et al., 2023; Feigin et al., 2025)

แม้โรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ แต่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Boehme et al., 2017; Feigin et al., 2025) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวส่วนใหญ่สามารถคัดกรองและควบคุมได้ในระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงยังเป็นความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจดูแลสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบกับแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change Theory) ที่อธิบายว่าบุคคลมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกัน (Prochaska & DiClemente, 1983) จึงควรจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความพร้อมของแต่ละบุคคลเพื่อเพิ่มโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่มุ่งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรัง (อรุณรัตน์ เปรมกมล และอุษนันท์ อินทมาศน์, 2567; Janchai et al.,2021; Posawang & Vatcharavongvan, 2023) รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (คณรัตน์ เดโฟเซซ์ และคณะ, 2566; เทอดศักดิ์ เดชคง, 2560; โสภา ไชยแก้ว, 2563) แต่ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลในระยะสั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ

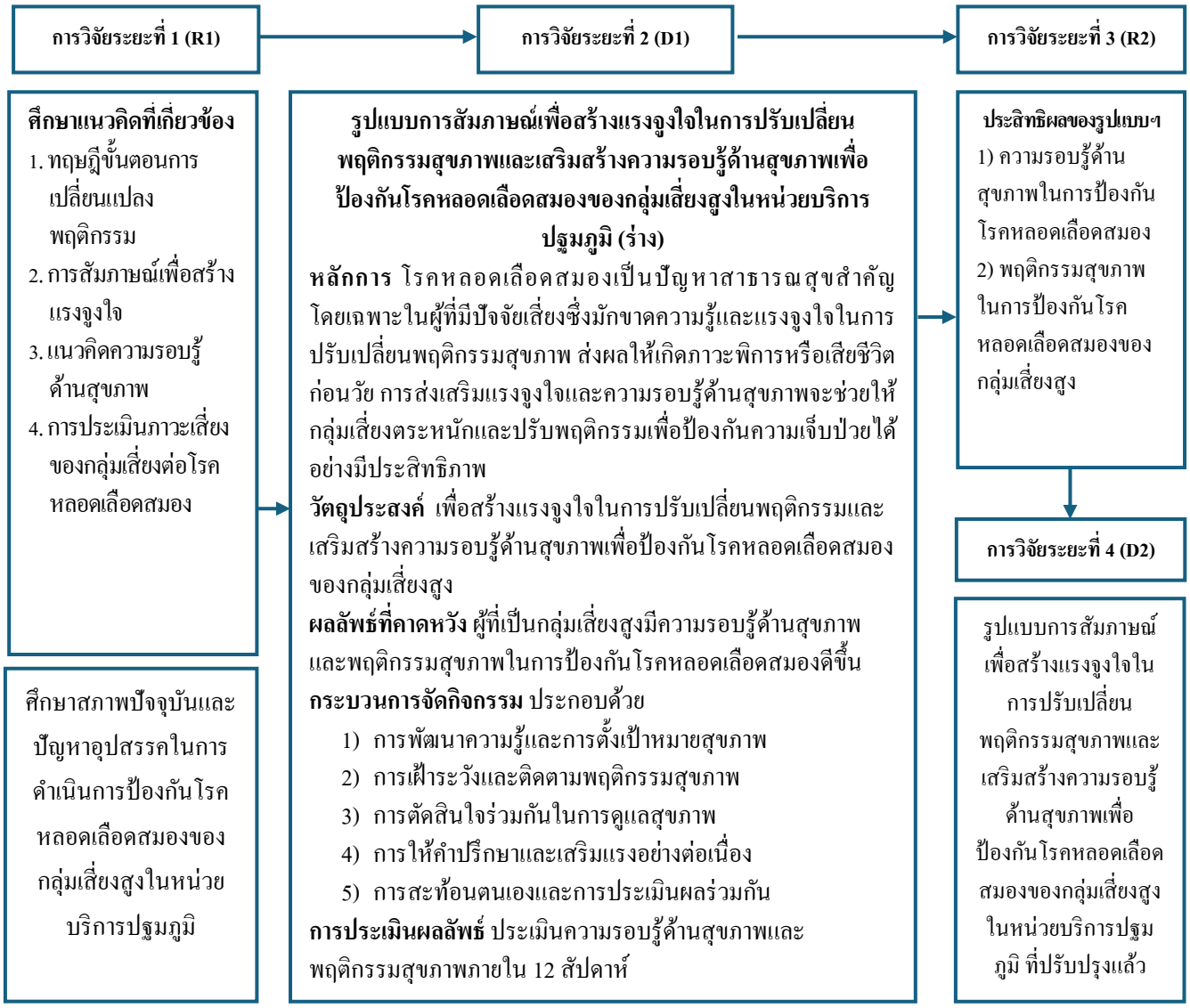
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยบูรณาการทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change theory) ของ Prochaska and DiClemente (1983) ร่วมกับเทคนิคการสัมภาษณ์ของ Miller and Rollnick (1991) และแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561; Nutbeam, 2000) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง โดยบูรณาการทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1983) เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991) และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561; Nutbeam, 2000) เพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดในการวิจัย*

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2567 ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการศึกษาเอกสาร ระยะที่ 2 นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้

แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (One-group pre-test post-test design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้วิธีการสำรวจพื้นที่ ศึกษาสถิติข้อมูล เอกสารรายงาน และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทีมสุขภาพจำนวน 32 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย จำนวน 9 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพผู้รับผิดชอบดูแลกลุ่มเสี่ยง จำนวน 13 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้จัดการดูแลสุขภาพ (Care manager) ภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 10 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงาน การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมาย การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ท่าน ปรับแก้ไขและนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2567 โดยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) ได้ประสานและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที ข้อมูลเสียงจากการสัมภาษณ์ จะทำลายทิ้งภายใน 1 ปี ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือยุติการสนทนาได้ตลอดเวลา การรายงานผลการวิจัยไม่ระบุชื่อ และรายงานผลสรุป ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำมาวิเคราะห์ใจความหลัก (Thematic analysis) โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่รหัส แล้วนำมาหาแก่นของสาระเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญ (Krippendorff, 2013) โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลโดยรวม จากนั้นลงรหัส (Coding) จัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันเป็นหมวดหมู่ (Categories) และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (Themes) เพื่ออธิบายสาระสำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เก็บรักษาร่องรอยการวิเคราะห์

ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และนำเสนอรายละเอียดบริบทของการศึกษาและผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือ สามารถตรวจสอบย้อนกลับ และนำไปพิจารณาประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกันได้

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดที่เกี่ยวข้อง (Miller & Rollick, 1991; Nutbeam, 2000; Prochaska & DiClemente, 1983) เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบ และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของรูปแบบฯ ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและวัดหลังการทดลอง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 (Faul et al., 2007) เลือกการทดสอบแบบ t-tests: Means – Differences between two independent means (Matched pairs) กำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size = 0.5) ค่าความคลาดเคลื่อน (α = .05) และค่า power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน จากนั้นเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อเผื่อการสูญหายของข้อมูล (Polit & Beck, 2021) รวมเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้เป็นเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสีของสำนักโรคไม่ติดต่อ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงและสูงมาก และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนสัก จำนวน 1 ตำบล และจับฉลากกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้จำนวน 30 คน ที่ใช้ทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง กระบวนการจัดกิจกรรม และการประเมินผลลัพธ์

2) สื่อให้ความรู้แบบ One-page ในรูปแบบอินโฟกราฟิก เพื่อใช้ประกอบการส่งเสริมการเรียนรู้ของกลุ่มเสี่ยง โดยเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการป้องกัน ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลทางกายภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต

2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง โดยใช้เกณฑ์การแปลผลตามระดับคะแนนของ Best and Kahn (2016) ดังนี้ 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก, 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย, 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด และการใช้ยา โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแปลผลตามเกณฑ์เดียวกับแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ (Best & Kahn, 2016)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีมาก โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง สำหรับการประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ผลการคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรแอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha) พบว่า แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.89 และรายด้านมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.74 ถึง 0.92 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การทดลองใช้รูปแบบฯ และการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ในการทดลอง และขอความร่วมมือในการ

ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และจัดประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและภาคีเครือข่าย ผู้เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินการทดลองตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 36 ชั่วโมง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1: การประเมินความพร้อมและความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง ใช้แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้น

ขั้นที่ 2: การพัฒนาความรู้และตั้งเป้าหมายสุขภาพ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่าย ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมการตระหนักถึงคุณค่าและผลกระทบของพฤติกรรมและตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และอภิปรายกลุ่มย่อย

ขั้นที่ 3: การตัดสินใจและวางแผนรายบุคคล วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคเฉพาะบุคคล เช่น ความเชื่อ ความรู้ การเข้าถึงบริการ กำหนดแนวทางปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและความพร้อม และวางแผนการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติได้จริง ยืดหยุ่น และติดตามได้

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10 ขั้นที่ 4: การติดตามและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง เยี่ยมติดตามรายบุคคล 5 ครั้ง ครั้งละ 40–45 นาที โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและประยุกต์ใช้ความรู้ในชีวิตจริง และทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาและสะท้อนผล พร้อมมอบรางวัลเชิงสัญลักษณ์เพื่อเสริมแรงบวก

สัปดาห์ที่ 12 ขั้นที่ 5: การสะท้อนตนเองและประเมินผล จัดกิจกรรม “ย้อนมองตัวเอง” เพื่อทบทวนสิ่งที่ทำได้ดี อุปสรรค และสิ่งที่ต้องปรับปรุง และกิจกรรม “วงล้อความเปลี่ยนแปลง” ประเมินความรู้ ความมั่นใจ ความตั้งใจ และผลลัพธ์

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบฯ 12 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ 2024/04 ลงวันที่ 15 มกราคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจกเอกสารข้อมูลโครงการและแบบฟอร์มแสดงความยินยอม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ข้อมูลที่รายงานไม่มีการระบุชื่อ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 32 คน และกลุ่มทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 32–58 ปี (M =45.37 , SD = 10.23) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.5) และมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 21.40 ปี (SD = 9.64) ประกอบด้วยผู้บริหาร 9 คน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ 13 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน 10 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ทดลองใช้รูปแบบฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.33) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 63.33) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.67) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.33) เบาหวาน (ร้อยละ 13.33) และทั้งสองโรคร่วมกัน (ร้อยละ 13.33) โดยส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงมาก (ร้อยละ 77.33) รายละเอียดผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ทดลองใช้รูปแบบฯ*

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		รายได้ของครอบครัว	
ชาย	8 (26.67)	5,001 – 10,000 บาท	4 (13.33)
หญิง	22 (73.33)	10,001 – 15,000 บาท	6 (20)
อายุ (ปี)		15,001 – 20,000 บาท	12 (40)
40– 49 ปี	4 (13.33)	มากกว่า 20,000 บาท	6 (20)
50-59	7 (23.33)	ดัชนีมวลกาย	
60 ปีขึ้นไป	19 (63.33)	ปกติ (< 23 กก./ม^2)	8 (26.67)
สถานภาพสมรส		เกินเกณฑ์ (≥23 กก./ม^2)	22 (73.33)
โสด	2 (6.67)	โรคประจำตัว	
คู่	24 (80)	เบาหวาน	4 (13.33)
หม้าย/หย่า/แยก	4 (13.33)	ความดันโลหิตสูง	22 (73.33)
อาชีพ		เบาหวานและความดันโลหิตสูง	4 (13.33)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (3.33)	ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว (ปี)	
แม่บ้าน	3 (10)	< 10 ปี	7 (23.33)
เกษตรกรรม	22 (73.33)	10 ปีขึ้นไป	23 (76.67)
ค้าขาย	4 (13.33)	การสูบบุหรี่	
การศึกษา		ไม่สูบ	28 (93.33)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	23 (76.67)	สูบ	2 (6.67)
มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (10)	ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (6.67)	เสี่ยงสูง	8 (26.67)
ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (6.67)	เสี่ยงสูงมาก	22 (73.33)

หมายเหตุ *n=30*

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ จำนวน 4 ตำบล ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า การคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในภาพรวมร้อยละ 88.11 โดยมีกลุ่มเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 5.82 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด มีการให้บริการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลโดยทีมสุขภาพ ผลการดำเนินงานด้านพฤติกรรมสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 84.24 แต่มีเพียงร้อยละ 39.10 ที่สามารถลดภาวะเสี่ยงได้อย่างชัดเจน สะท้อนถึงความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 32 คน พบประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่

1. ด้านนโยบาย ขาดการประสานงานอย่างเป็นระบบ การนิเทศติดตามไม่ต่อเนื่อง และการประชาสัมพันธ์ในชุมชนยังมีน้อย
2. ด้านการดำเนินงาน แม้ทีมสุขภาพมีความรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน แต่การดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ไม่ทั่วถึง
3. ด้านงบประมาณ ขาดแคลนงบประมาณสำหรับเครื่องมือประเมินและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งผลต่อการติดตามผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
4. ด้านระบบข้อมูล ระบบเชื่อมโยงข้อมูลยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง
5. ด้านผู้ใช้บริการ ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม
6. ด้านภาคีเครือข่ายชุมชน แม้มีการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น แต่ยังขาดการขยายผลและดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่

2. รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจฯ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง กระบวนการจัดกิจกรรม และการประเมินประสิทธิผล กระบวนการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินระดับความพร้อมและความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง (2) การพัฒนาความรู้และตั้งเป้าหมายสุขภาพ (3) การตัดสินใจและวางแผนรายบุคคล (4) การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และ (5) การสะท้อนตนเองและประเมินผล การดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 36 ชั่วโมง และติดตามผลภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อให้ครอบคลุมทุกระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *กระบวนการจัดกิจกรรมตามรูปแบบและการเชื่อมโยงกับแนวคิดที่เกี่ยวข้อง*

สัปดาห์	ขั้นตอน	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ	แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 (6 ชั่วโมง)	ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระดับความพร้อมและความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง	เปิดมุมมองสุขภาพและค้นหาความเสี่ยง	1. ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 2. วิเคราะห์ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Open-ended Questions, Reflective Listening	การให้ข้อมูลพื้นฐานโรคและปัจจัยเสี่ยง	Precontemplation / Contemplation
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2-4 (วันละ 6 ชั่วโมง)	ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรู้และตั้งเป้าหมายสุขภาพ	สร้างแรงบันดาลใจสู่เส้นทางสุขภาพ	1. อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบท โดยใช้การบรรยายควบคู่กับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ 2. ส่งเสริมการตระหนักรู้ ให้กลุ่มเสี่ยงเห็นคุณค่าและผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน 3. กระตุ้นการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงโดยเน้นแรงจูงใจภายใน 4. จัดกิจกรรมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน เพื่ออภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม	Evocative questions, Affirmation, Goal setting	ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท	Contemplation / Preparation
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 5 (6 ชั่วโมง)	ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและวางแผนรายบุคคล	วางแผนชีวิตสุขภาพในแบบของเรา	1. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคเฉพาะบุคคล 2. กำหนดแนวทางปรับพฤติกรรม 3. วางแผนการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติได้จริง	Collaborative planning, Summarizing	การใช้เครื่องมือวางแผนที่เข้าใจง่าย	Preparation
สัปดาห์ที่ 2,4,6,8,10 (ครั้งละ 40-45 นาที รวม 4 ชั่วโมง)	ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง	ก้าวต่อไปสู่สุขภาพดี	4. เยี่ยมติดตามรายบุคคลเพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5. มอบรางวัลเชิงสัญลักษณ์	Affirmation, Support self-efficacy	คำแนะนำที่นำไปใช้ได้จริง	Action

สัปดาห์	ขั้นตอน	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ	แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
สัปดาห์ที่ 12 (2 ชั่วโมง)	ขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนตนเองและประเมินผล	ย้อนมองตัวเองและวงล้อความเปลี่ยนแปลง	1. กิจกรรม “ย้อนมองตัวเอง” ให้กลุ่มเสี่ยงเล่าเรื่องราวการเปลี่ยนแปลงของตนเอง 2. กิจกรรม “วงล้อความเปลี่ยนแปลง” ให้กลุ่มเสี่ยงประเมินตนเองในด้าน ความรู้ ความมั่นใจ ความตั้งใจและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	Self-reflection, Affirmation	ประเมินความเข้าใจและทักษะ	Maintenance

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ

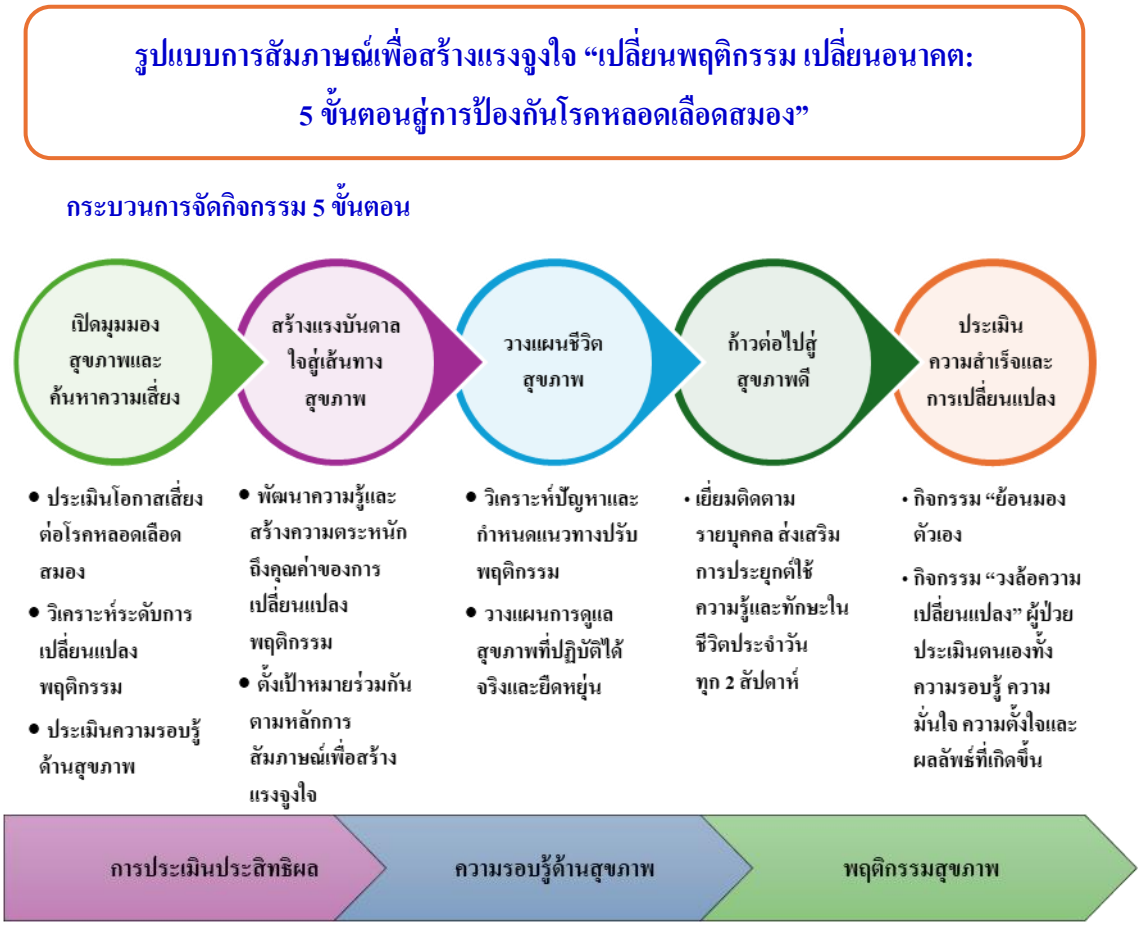
หลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ได้ประเมินประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.963$ และ $t = 8.712$ ตามลำดับ, $p < .001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test*

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	2.35	0.69	4.05	0.40	15.720	<.001*
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.32	0.71	4.12	0.46	12.765	<.001*
3. การซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	2.33	0.53	4.17	0.42	16.917	<.001*
4. ทักษะการตัดสินใจ	2.25	0.77	4.05	0.55	13.048	<.001*
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	2.07	0.62	3.80	0.47	12.299	<.001*
6. การจัดการตนเอง	2.38	0.42	3.86	0.42	16.696	<.001*
โดยรวม	2.28	0.47	4.01	0.36	21.963	<.001*
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การบริโภคอาหาร	3.44	0.44	4.19	0.23	10.910	<.001*
2. การออกกำลังกาย	2.76	1.04	3.73	0.70	4.929	<.001*
3. การสูบบุหรี่	4.48	0.80	4.66	0.63	3.266	<.001*
4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	5.00	0.00	5.00	0.00	-	-
5. การจัดการความเครียด	3.00	0.52	3.60	0.49	4.148	<.001*
6. การใช้ยา	3.82	0.29	4.00	0.00	3.247	<.001*
โดยรวม	3.75	0.29	4.19	0.18	8.712	<.001*

หมายเหตุ $n = 30$, $*p < .05$

การปรับปรุงรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจฯ หลังการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลลัพธ์และทบทวนการดำเนินกิจกรรมร่วมกับทีมสุขภาพ พบว่า รูปแบบฯ สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอให้ปรับชื่อและกิจกรรมให้สั้น กระชับ และน่าสนใจมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงรายละเอียดของรูปแบบฯ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 *รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจฯ ที่ปรับปรุงแล้ว*

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า แม้การคัดกรองความเสี่ยงจะเป็นไปตามเป้าหมายในภาพรวม แต่ยังมีผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมีข้อจำกัดด้านแรงจูงใจภายใน การใช้แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2013) จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมมากกว่าการให้คำแนะนำแบบสั่งการทั่วไป เนื่องจากช่วยเปิดพื้นที่ให้ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสะท้อนตนเองและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบปัญหาเชิงระบบที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย

แม้มีแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันในระดับจังหวัด แต่ข้อจำกัดด้านงบประมาณส่งผลให้การจัดหาเครื่องมือและการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันระบบข้อมูลสุขภาพยังขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำให้การติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นไปอย่างไม่เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ และคณะ (2565) ที่พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิของไทยยังขาดระบบข้อมูลและการบูรณาการภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตามแม้โครงสร้างเชิงนโยบายจะเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดด้านทรัพยากร การบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการในบางพื้นที่ จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างแรงจูงใจภายใน และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงเกิดผลอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ

ในด้านผู้ใช้บริการ พบว่าผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง และมองว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องยาก มักหลีกเลี่ยงการเผชิญกับความท้าทาย ส่งผลให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน (Warner & Schwarzer, 2024) ประเด็นนี้เชื่อมโยงกับแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของความสามารถในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งช่วยส่งเสริมการจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสม ผลการวิจัยของสุขสันต์ มรรคาเขต และคณะ (2568) ยังสนับสนุนแนวคิดนี้ โดยพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า

การพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง ขณะเดียวกันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารเชิงจิตสังคมที่กระตุ้นแรงจูงใจภายในของบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) ที่เน้นการสื่อสารแบบมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้และความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงลึกโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจควบคู่กับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

จากการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน การดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความเสี่ยง การพัฒนาความรู้และตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจและวางแผนรายบุคคล การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และการสะท้อนตนเองและประเมินผล ส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์สะท้อนถึงความเหมาะสมของการออกแบบกิจกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska & DiClemente, 1983) ที่เน้นการปรับให้สอดคล้องกับระดับความพร้อมของผู้ใช้บริการ และแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2013) ที่ช่วยเปิดพื้นที่ให้ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสะท้อนตนเองและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงด้วยแรงจูงใจภายใน ขณะเดียวกันการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Sørensen et al., 2012; Ymeraj et al., 2025) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมของการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่เน้นว่าการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการสนับสนุนจากระบบสุขภาพและการพัฒนาทักษะของผู้ใช้บริการ

กล่าวโดยสรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล และมีศักยภาพในการนำไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาติดตามเพียง 12 สัปดาห์ อาจไม่สามารถยืนยันผลลัพธ์ในระยะยาว จึงควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินการคงอยู่ของผลลัพธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สรุปผลการวิจัย

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิยังประสบปัญหาด้านแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพบางประการ การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิผล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบฯ ไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหารควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างทีมสุขภาพที่เข้มแข็งทั้งในองค์กรและภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พร้อมจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

2. การบูรณาการรูปแบบฯ เข้ากับระบบบริการเดิม ควรนำรูปแบบฯ ไปบูรณาการกับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเสี่ยงทั้งในสถานบริการและชุมชน

3. การบูรณาการรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในหลักสูตรการเรียนการสอน สถาบันการศึกษาควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยโดยเฉพาะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปบูรณาการในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการสื่อสารเชิงจูงใจ สามารถประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว โดยดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกองค์ประกอบของรูปแบบ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำแถลงการใช้ปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มีการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อช่วยตรวจสอบและปรับปรุงความถูกต้องของบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบ ปรับแก้ เรียบเรียงเนื้อหา และรับผิดชอบต่อความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. https://www.scribd.com/document/406967113/220120180914085828-linkhed-pdf

คณรัตน์ เดโฟเซซ์, ณัฐรุจา เนตรภักดี, อิ๋น วงษ์เคน, และหนูกาญจน์ แฝงเมืองคุก. (2566). การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8*(2), 260–268.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (บรรณาธิการ). (2560). *สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย NCDs [Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs]*. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. https://dmh-elibrary.org/items/show/275

เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยพร สุชาติสุนทร, และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2565). การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ. *วารสารควบคุมโรค, 48*(3), 667-679.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).* โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *สถานะสุขภาพการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.* https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8881445af732eb166fa2470ba5046956

สุขสันต์ มรรคาเขต, ธนกร ศรีสุวรรณ, และรุ่งพนา ยุทธวรวิทย์. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดสตูล. *วารสารสุขภาพสตรองแอนด์เฮลที่*, *1*(3), 5-18.โสภา ไชยแก้ว. (2563). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *5*(3), 79-83

อรุณรัตน์ เปรมกมล, และอุษนันท์ อินทมาศน์. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 38*(2), 1-18.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2016). *Research in education*. Pearson Education.

Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation research*, *120*(3), 472-495.

Caro, C. C., Costa, J. D., & Da Cruz, D. M. C. (2018). Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occupational Therapy in Health Care*, *32*(2), 154-171.

Cheon, S., Li, C. Y., Jeng, J. S., Wang, J. D., & Ku, L. J. E. (2023). The lifetime burden following stroke: Long term impact of stroke on survival and quality of life. *International Journal of Stroke, 18*(7), 795-803.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF0319314616.

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M., & Rautalin, I. (2025). World Stroke Organization: Global stroke fact sheet 2025. *International Journal of Stroke, 20*(2), 132–144. https://doi.org/10.1177/17474930241308142

Janchai, N., Deoisres, W., & Chaimongkol, N. (2021). A improving health literacy using the health education and health empowerment program in Thai adults with uncontrolled hypertension: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 25*(4), 600-613.

Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An introduction to its methodology* (3rd ed.). Sage Publications.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Posawang, P., & Vatcharavongvan, P. (2023). Stroke health literacy: A narrative review of assessment tools and improvement strategies. *Journal of Associated Medical Sciences*, *56*(1), 192-200.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H., (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), Article 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Warner, L. M., & Schwarzer, R. (2024). Self-efficacy and health. In *Handbook of concepts in health, health behavior and environmental health* (pp. 1-26). Springer.

World Stroke Organization. (2024). *Impact of stroke.* https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke

Ymeraj, M., Kotica, F., Bozzolan, G., Rocco, G., Virgolesi, M., Alvaro, R., Vellone, E., & Pucciarelli, G. (2025). Health literacy in stroke disease: A systematic review. *Journal of Vascular Nursing, 43*(1), 33–45. https://doi.org/10.1016/j.jvn.2025.01.001