

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงที่อยู่ในชุมชน

สิริรัตน์ สุขอร่าม¹ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ: การวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามเกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยงของกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 60 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ บนพื้นฐานแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทิมา โขเรนเสน และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ สเตซเซอร์ โรเซนสตอก และเบคเกอร์ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ที่ได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที (t-tests) และ ANCOVA ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้จัดบริการสุขภาพเชิงบูรณาการ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอื่นต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(1): 55-76

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง; กลุ่มเสี่ยงสูง; ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: nunnurse2012@gmail.com
วันที่รับบทความ 6 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 23 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤษภาคม 2568

The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Stroke Prevention Behavior of High-Risk Individuals Living in a Community

Abstract: This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program on stroke preventive behavior of a high-risk group. Sixty participants were working-age adults (aged 35–59 years) with high-risk of stroke in a community of Phetchaburi province. A risk assessment form based on the seven risk factor assessment criteria was used to screen this group for cardiovascular disease risk. They were purposefully selected and divided into two groups. Thirty participants in the experimental group received the health literacy enhancement program on stroke prevention behavior based on Nutbeam, Sorensen's health literacy concept and Stretcher, Rosentock, and Becker's health belief model for 7 weeks. Another 30 participants in the control group received routine health promotion. Data were collected before and after the intervention period using two questionnaires: health literacy and stroke preventive behavior of high-risk groups, with reliabilities of 0.91 and 0.96 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics for comparisons using t-tests and ANCOVA. The research results revealed that, after participating in the program, the experimental group had significantly higher mean scores of health literacy and stroke preventive behavior than before receiving the program, and higher than the comparison group ($p < .01$). Therefore, the health literacy enhancement program is effective in modifying behavior for stroke prevention. This program should be used in integrating healthcare services for prevention of stroke in high-risk groups in other communities.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(1): 55–76

Keywords: stroke; high-risk group; health literacy; preventive behavior

¹Registered nurse, Senior Professional Level, Thayang Hospital, Phetchaburi; Corresponding author, E-mail: nunnurse2012@gmail.com

Received September 6, 2024; Revised March 23, 2025; Accepted May 1, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke / cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก คาดการณ์ ปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 77 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 23 ล้านคน โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา¹ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2562-2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 534, 588, 645, 672 และ 698 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 47, 53, 53, 54 และ 55 ตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยร้อยละ 10.23, 10.52, 10.55, 11.70 และ 12.15 ตามลำดับ²⁻³ สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี ที่พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 188, 216, 272, 215 และ 235 ราย ตามลำดับ พบอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.66, 10.26, 5.00, 9.09 และ 8.95 ตามลำดับ⁴ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ โดยการค้นหาและดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁵ ประกอบด้วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม² ขึ้นไป โดยผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เพิ่มขึ้น 1.2-1.5 เท่า⁶ ผู้ที่มีภาวะก่อนความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.5-2 เท่า⁷ และผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.8-2.4 เท่า⁸ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าปกติ อีกทั้งหากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันตั้งแต่ 3-4 ปัจจัยขึ้นไป จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4-6 เท่า⁹ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) สูบบุหรี่ 2) ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอท หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่ได้รับการรักษา 3) ระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานแต่ยังไม่ได้รับการรักษา 4) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ 5) ขนาดรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (เซนติเมตร) หาร 2 6) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ ขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และ 7) มีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี หรือผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงาน นำไปสู่การสูญเสียรายได้และภาระค่าใช้จ่ายการรักษาที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงจึงมีความสำคัญยิ่ง การป้องกันในระดับบุคคลจะประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตระหนักถึงความเสี่ยง และมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน¹⁰ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นแนวคิดสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ความสามารถของบุคคลที่เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเอง⁷ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงหรือเพียงพอมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถประเมินความเสี่ยง เข้าใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรม¹²⁻²² พบว่าการสร้างเสริมความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาทั้ง 3 ระดับ และทักษะที่จำเป็น 5 ด้านในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ประกอบด้วย 1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง (access) การสร้างความเข้าใจ (understand) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะการไต่ถาม (questioning) และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ (make decision) และการนำไปใช้ (apply) ทักษะเหล่านี้มีความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรค เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการเกิดโรค สามารถซักถามและปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ ตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาข้อมูล

เชิงลึกด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอท่ายาง พบว่า ประชาชนยังขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ขาดความสำคัญในการป้องกันโรค สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้อง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน วิธีการป้องกัน พยาธิสภาพ และผลกระทบของโรค และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เน้นการตรวจคัดกรอง การให้ความรู้ และการจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสูงสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน

จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกของประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีความสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)²³ อธิบายว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้นหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บุคคลต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงมากน้อยเพียงใดหรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงชีวิต เกิดความพิการ มีความเจ็บปวดหรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น

และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึง ประโยชน์ด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามี มากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นร่วมกับการ ได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ จาก การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ^{16-18, 24-27} เป็นแนวคิดทฤษฎีที่มีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่ง กันและกัน โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์ กันหลายมิติ คือ 1) การรับรู้ความเสี่ยงและความ รุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ ความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูล สุขภาพขั้นพื้นฐาน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะสามารถประเมิน ความเสี่ยงและทำความเข้าใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ต่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม 2) การรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพมีความเชื่อมโยงกับระดับความสามารถใน การมีปฏิสัมพันธ์และการคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเสริมสร้างความ สามารถในการวิเคราะห์และประเมินทางเลือกในการ ดูแลสุขภาพได้อย่างรอบด้านและมีประสิทธิภาพ 3) การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะช่วยเสริม สร้างความมั่นใจและความสามารถในการจัดการ สุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน และ 4) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมีความเชื่อมโยงกับ ความสามารถในการรับรู้ ติความ และตอบสนองต่อข้อมูล สุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถ

เข้าใจและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางสุขภาพได้อย่าง มีประสิทธิภาพ นำไปสู่แรงจูงใจและการตัดสินใจ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเสริมสร้างการรับรู้และความ เชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน การบูรณาการ แนวคิดทั้งสองเพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ คำนึงถึงการพัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพและการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจและการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้กลุ่ม เป้าหมายที่ต้องเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนก เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations) 2) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่ำ (low-literacy populations) และ 3) ประชาชนทั่วไป (general populations)¹³ การศึกษา ครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจพัฒนาและสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไป เนื่องจากเป็น บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น รับประทานอาหารสจัด รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นเพื่อเป็นการสร้างเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัดสินใจเลือกและ ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงตามแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁹⁻²⁰ Sorensen, et al.¹⁴⁻¹⁵ Kaodumkoeng¹³ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข¹² และประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)²³ ซึ่งเน้นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) และตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (cues to action) นำมาประยุกต์ออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง โดยคาดหวังว่ากลุ่มเสี่ยงสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยควบคุมอิทธิพลของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมฯ

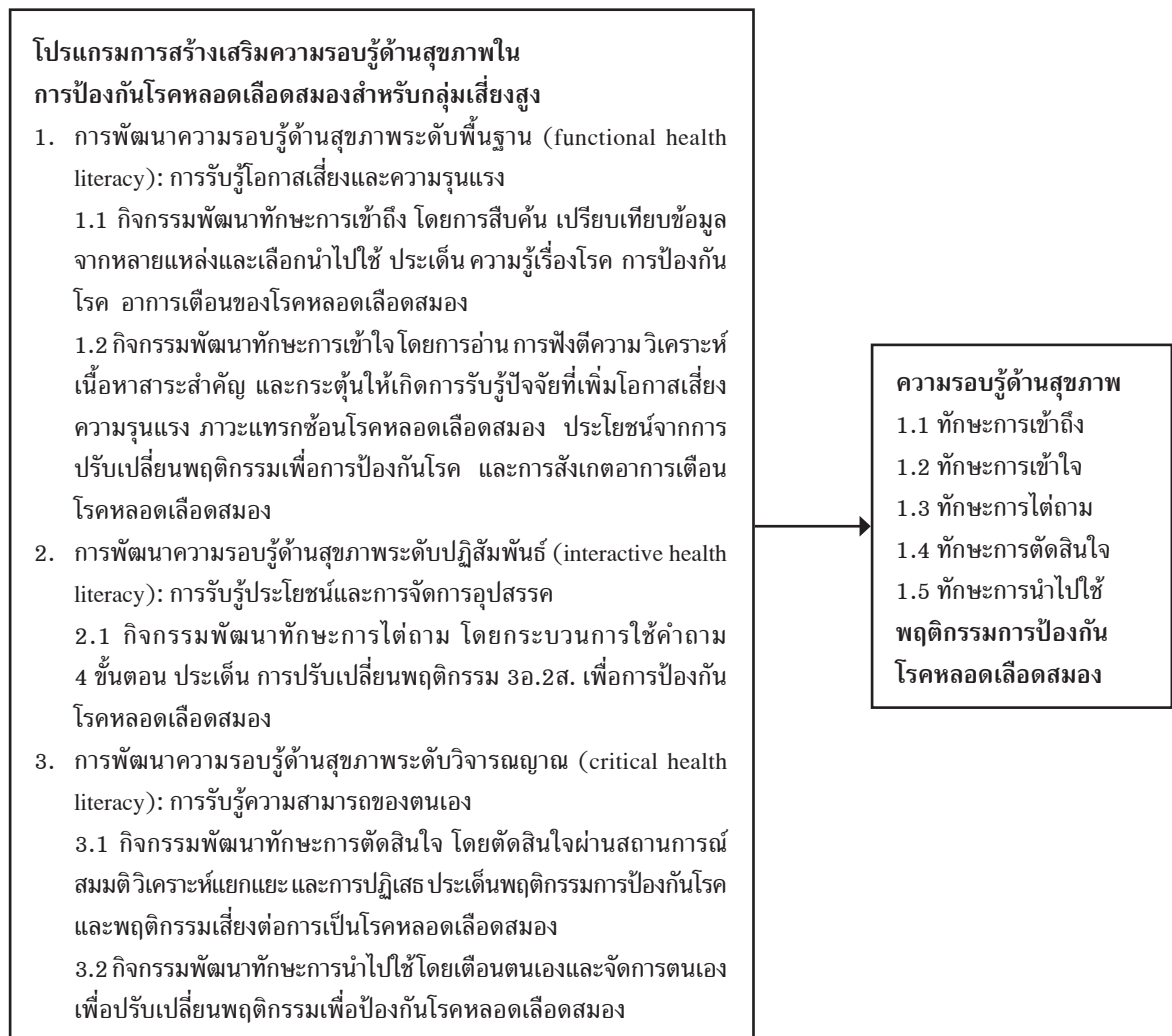
กรอบแนวคิดการทำวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁹⁻²⁰ Sorensen, et al.¹⁴⁻¹⁵ Kaodumkoeng¹³ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹²

เป็นแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถและทักษะทางการรับรู้ครอบคลุม 3 ระดับ และกำหนดทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะที่นำไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยบูรณาการทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)²³ ประยุกต์ออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเน้นทักษะทางการรับรู้ 3 ระดับ และทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน เพื่อเพิ่มการรับรู้และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยการพัฒนาทักษะการเข้าถึงด้วยการสืบค้น เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่งและเลือกนำไปใช้ ระดับปฏิสัมพันธ์ เพื่อลดอุปสรรคและเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ส่งเสริมด้วยการฝึกทักษะการไต่ถามหรือการใช้คำถาม และการสื่อสารด้วยกระบวนการใช้คำถาม 4 ขั้นตอน และระดับวิจารณ์ญาณ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองและสนับสนุนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม โดยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะการตัดสินใจช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง เน้นกิจกรรมการให้ความรู้และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งสื่อสารด้วยการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมและ

แอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ประโยชน์โดยเน้นให้เห็นผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้การลดอุปสรรคและแก้ไขปัญหามานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีจากกลุ่ม

ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับดีขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง การทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม²ขึ้นไปได้รับการประเมินจากแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (guidelines for assessment of cardiovascular risk)⁵ พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันตั้งแต่ 3-4 ปัจจัยขึ้นไป²⁸⁻²⁹ และอาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างวันที่ 1 - 30 เมษายน 2566 จำนวน 209 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณของ Cohen³⁰ กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันได้ค่าเท่ากับ 1.4³¹ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 รายเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 60 คน การเลือกตัวอย่างทำโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 ราย ด้วยวิธีจับฉลาก ตามเกณฑ์การคัดเลือกโดย 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป³² อาศัยในเขตหมู่ 1-5 ของอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี 2) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะ สามารถเขียนหนังสือและสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีโทรศัพท์มือถือเชื่อมต่อสัญญาณ

อินเทอร์เน็ตที่สามารถใช้พูดคุยสื่อสารได้และ 5) เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมมาได้ครบทุกขั้นตอน สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอน และ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหลอดเลือดสมองระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการจัดกิจกรรมบูรณาการจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ^{11,14-15,33-35} และประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)²³ จัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบและกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมมุ่งเน้นพัฒนาความสามารถและทักษะครอบคลุมในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงและทักษะการเข้าใจ ระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการไต่ถาม และระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์โปรแกรมมาผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเชิงโครงสร้างประชากร อาทิ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ 2) ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย อาทิ โรคประจำตัว ภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 2 ข้อ และ 3) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้มาตรการแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ

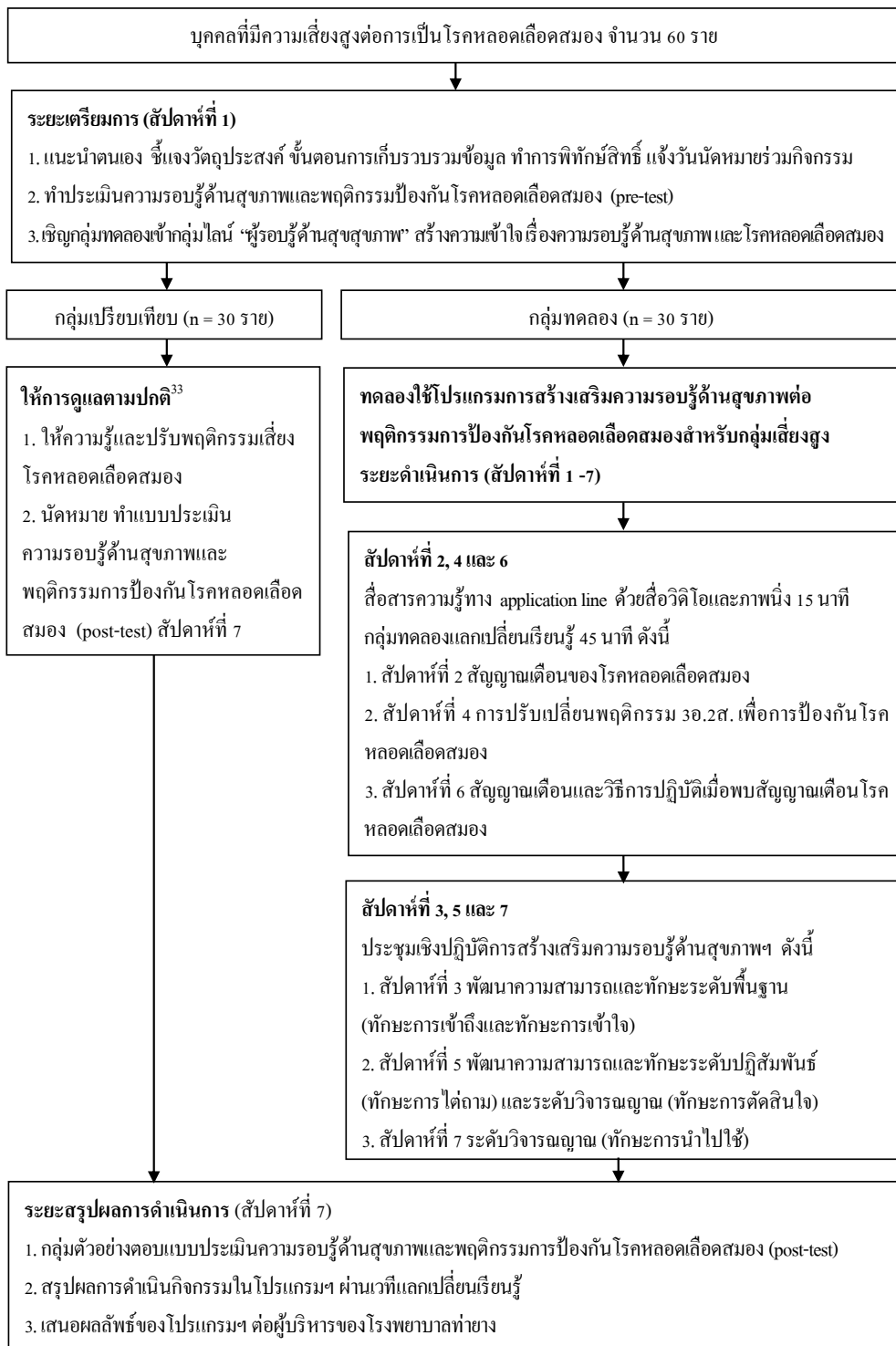
2.2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลง จาก กรมควบคุมโรค³⁶ ประกอบด้วย 5 ทักษะ ดังนี้ ทักษะการเข้าถึง (4 ข้อ) ทักษะการเข้าใจ (4 ข้อ) ทักษะการไต่ถาม (4 ข้อ) ทักษะการตัดสินใจ (4 ข้อ) ทักษะการนำไปใช้ (4 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามลำดับความยาก - ง่าย โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ใช้ความสามารถ และทักษะ และ 4 คะแนน หมายถึง ต้องใช้ความสามารถและทักษะในระดับทำได้ง่ายมาก การแปลผล คะแนนรวมเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 00.00 - 60.00 หมายถึง ระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ไม่พอเพียง คะแนน 61.00 - 74.90 หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ มีปัญหา คะแนน 75.00 - 89.00 หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ พอเพียง คะแนน 90.00 - 100.00 หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ดีเยี่ยม แบบประเมินฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง³⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 โดย 1 คะแนน หมายถึง มีความถี่ในการปฏิบัติตน 0 วัน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์และ 5 คะแนน หมายถึง มีความถี่ในการปฏิบัติตน 6-7 วัน โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์การแปลผลคะแนน 00.00-60.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ไม่ถูกต้อง คะแนน 61.00

-79.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ คะแนน 80.00 - 100.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ แบบประเมินฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{11,38} เป็นเครื่องมือที่ช่วยควบคุมมาตรฐานการดำเนินการทดลองให้เป็นระบบ มีทิศทางเดียวกัน เที่ยงตรง และตรวจสอบได้ ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ นำไปใช้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ คือ คู่มือการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ามาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำการพิทักษ์สิทธิ์ และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบประเมินให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย จากนั้นในกลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย ประชุมเชิงปฏิบัติการทุกวันพุธสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 เวลา 08.30 -12.00 น. และสื่อสารความรู้ทางไลน์กลุ่ม (application line group) สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 เวลา 17.00 น. - 18.00 น. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (PBEC No. 14/2566) เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน เก็บข้อมูลและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รักษาความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ ประโยชน์จากการวิจัยเป็นในลักษณะภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการได้รับการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้เก็บรักษาเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยนำเสนอลักษณะภาพรวม ในกลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics)

2. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปรข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square tests

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

4. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-tests

5. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) เพื่อควบคุมอิทธิพลของความแตกต่างเริ่มต้นระหว่างกลุ่ม เนื่องจากก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะคล้ายคลึงกันส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.00 และ 83.30 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 49.53 ปี และ 48.97 ปีตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกันร้อยละ 43.30 และ 46.70 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษาเท่ากันร้อยละ 56.70 อาชีพรับจ้างทั่วไปเท่ากันร้อยละ 46.70 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 70.00 และ 80.00 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.70 และ 83.30 ตามลำดับ ภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 และ 50.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลอง มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ได้แก่

เสียงตามสายและบุคลากรสาธารณสุขเท่ากันร้อยละ 46.70 ส่วน กลุ่มเปรียบเทียบมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ได้แก่ เสียงตามสายร้อยละ 56.70 และ บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 53.30 เมื่อเปรียบเทียบ

ความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (N = 60)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.71 ^{ns}
ชาย	3	10.00	5	16.70	
หญิง	27	90.00	25	83.30	
อายุ					1.0 ^{ns}
น้อยกว่า 50 ปี	14	46.70	15	50.00	
มากกว่า 50 ปี	16	53.30	15	50.00	
	X = 49.53	S.D.= 5.49	X = 48.97	S.D.= 5.42	
	Min = 37	Max = 58	Min = 38	Max = 57	
สถานภาพสมรส					.98 ^{ns}
โสด	4	13.30	3	10.00	
คู่/อยู่ด้วยกัน	13	43.30	14	46.70	
คู่/แยกกันอยู่	4	13.30	5	16.70	
หม้าย	7	23.30	6	20.00	
หย่าร้าง	2	6.70	2	6.70	
ระดับการศึกษา					.98 ^{ns}
ประถมศึกษา	17	56.70	17	56.70	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.70	6	20.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	13.30	4	13.30	
อนุปริญญา/ปวส.	2	6.70	2	6.70	
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.70	1	3.30	
อาชีพ					.96 ^{ns}
เกษตรกร	6	20.00	5	16.70	
รับจ้างทั่วไป	14	46.70	14	46.70	
ค้าขาย	4	13.30	5	16.70	
กิจการส่วนตัว	5	16.70	4	13.30	
ว่างงาน/ได้ประกอบอาชีพ	1	3.30	2	6.70	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (N = 60) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน					.55 ^{ns}
น้อยกว่า 10,000 บาท	21	70.00	24	80.00	
มากกว่า 10,000 บาท	9	30.00	6	20.00	
โรคประจำตัว					.23 ^{ns}
ไม่มี	20	66.70	25	83.30	
มี	10	33.33	5	16.70	
ภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
เบาหวาน	14	46.70	14	46.70	1.00 ^{ns}
ความดันโลหิตสูง	18	60.00	15	50.00	.60 ^{ns}
ไขมันในเลือดสูง	5	16.70	2	6.70	.42 ^{ns}
ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล					
เว็บไซต์	12	40.00	9	30.00	.59 ^{ns}
โทรทัศน์	13	43.30	13	43.30	1.00 ^{ns}
วิทยุ	4	13.30	8	26.70	.33 ^{ns}
เสียงตามสาย	14	46.70	17	56.70	.60 ^{ns}
บุคคลในครอบครัว/ชุมชน	7	23.3	10	33.30	.57 ^{ns}
บุคลากรสาธารณสุข	14	46.70	16	53.30	.87 ^{ns}
เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่/หนังสือพิมพ์	7	23.30	7	23.30	1.00 ^{ns}
เฟสบุ๊ค ไลน์ อีเมลล์ ยูทูป ทวิตเตอร์	22	73.30	22	73.30	1.00 ^{ns}
อื่นๆ	1	3.30	1	3.30	1.00 ^{ns}

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมระดับมีปัญหา ($\bar{X} = 70.75$, S.D. = 0.40) และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเป็นส่วน

ใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ($\bar{X} = 68.93$, S.D. = 5.52) และพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมระดับพอเพียง ($\bar{X} = 78.25$, S.D. = 0.20) และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ($\bar{X} = 76.07$, S.D. = 4.42) เมื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 2

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมระดับมีปัญหา ($\bar{X} = 62.75$, S.D. = 0.44) และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ($\bar{X} = 66.37$, S.D. = 4.16)

และพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมระดับมีปัญหา ($\bar{X} = 63.25$, S.D. = 0.42) และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ($\bar{X} = 66.20$, S.D. = 3.71) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ paired t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนได้รับ		หลังได้รับ		t	p-value
	โปรแกรมฯ		โปรแกรมฯ			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง(n = 30)						
ความรู้ด้านสุขภาพฯ	70.75	0.40	78.25	0.20	- 4.829	.000
พฤติกรรมป้องกันโรคฯ	68.93	5.52	76.07	4.42	- 5.677	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ(n = 30)						
ความรู้ด้านสุขภาพฯ	62.75	0.44	63.25	0.42	- 1.987	.056
พฤติกรรมป้องกันโรคฯ	66.37	4.16	66.20	3.71	0.724	.475

* p-value < .01

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 70.75$, S.D. = 0.40) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 62.75$, S.D. = 0.44) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 68.93$, S.D. = 5.52)

สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 66.37$, S.D. = 4.16) ดังตารางที่ 3 ดังนั้นการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่ม จึงใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ค่าคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมฯ เป็นตัวแปรร่วม (covariate) เพื่อควบคุมอิทธิพลของความแตกต่างเริ่มต้น

4. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมอยู่ในระดับพอเพียง ($\bar{X} = 78.25$, S.D. = 0.20) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมอยู่ในระดับมีปัญหา ($\bar{X} = 63.25$, S.D. = 0.42) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ ที่ปรับแล้ว (adjusted mean) เท่ากับ 62.21 คะแนน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วเท่ากับ 52.32 คะแนน

โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 9.89 คะแนน (S.E.=1.25, $p < .01$) ดังตารางที่ 4-5

5. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ($\bar{X} = 76.07$, S.D. = 4.42; $\bar{X} = 66.20$, S.D. = 3.71 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับแล้ว (adjusted mean) เท่ากับ 75.64 คะแนน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วเท่ากับ 66.63 คะแนน โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 9.01 คะแนน (S.E. = 1.01, $p < .01$) ดังตารางที่ 6-7

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ independent t-test (N = 60)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้ด้านสุขภาพฯ	70.75	0.40	62.75	0.44	2.91	.005*
พฤติกรรมป้องกันโรคฯ	68.93	5.52	66.37	4.16	2.03	.047*

* p-value < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยควบคุมอิทธิพลของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติ ANCOVA (N = 60)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนก่อนทดลอง (covariate)	1168.14	1	1168.14	57.03	.000
ระหว่างกลุ่ม	1280.80	1	1280.80	62.53	.000*
ความคลาดเคลื่อน	1167.53	57	20.48		
รวม	201744.00	60			

* p-value < .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ ANCOVA (N = 60)

ค่าคะแนนเฉลี่ย กลุ่มทดลอง	ค่าคะแนนเฉลี่ย กลุ่มเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	S.E.	p-value
62.21	52.32	9.89	1.25	.000*

* p-value < .01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยควบคุมอิทธิพลของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติ ANCOVA (N = 60)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนก่อนทดลอง (covariate)	156.54	1	156.54	11.04	.002
ระหว่างกลุ่ม	1135.28	1	1135.28	80.07	.000*
ความคลาดเคลื่อน	808.13	57	14.18		
รวม	306022.00	60			

* p-value < .01

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ ANCOVA

ค่าคะแนนเฉลี่ย กลุ่มทดลอง	ค่าคะแนนเฉลี่ย กลุ่มเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	S.E.	p-value
75.64	66.63	9.01	1.01	.000*

* p-value < .01

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่ลึกซึ้งกว่าข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล¹⁹ เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ หรือแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ¹⁴ นอกจากนี้ ความแตกต่างอาจเกิดจากบริบทและสิ่งแวดล้อมในชุมชน คุณภาพและความลึกซึ้งของเนื้อหาสุขภาพที่ได้รับ รวมถึงความถี่ที่ได้รับข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ³⁹ แม้ว่าจะระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มจะใกล้เคียงกัน แต่อาจมีความแตกต่างในกระบวนการเรียนรู้และความสามารถในการประมวลผลข้อมูลสุขภาพ⁴⁰ รวมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคมที่ไม่ได้รับการประเมิน เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁴¹ ตลอดจน

ความไวต่อการตอบสนองข้อมูลสุขภาพ แรงจูงใจ และความสนใจในประเด็นสุขภาพที่ต่างกัน⁴²

ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อธิบายได้ว่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ^{11,14-15,33-35} และประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)²³ ในการจัดกิจกรรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบและกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมครอบคลุมการพัฒนาความสามารถและทักษะที่จำเป็น 5 ประการ ครอบคลุมการพัฒนาทักษะทั้งในระดับพื้นฐาน (functional health literacy: FHL) ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง (access) และทักษะการเข้าใจ (understand) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy: IHL) ได้แก่ ทักษะการโต้ถาม (questioning) และระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy: CHL) ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ (make decision) และทักษะการนำไปใช้ (apply) เมื่อกลุ่มทดลองได้รับ

การพัฒนาทักษะทั้ง 5 ด้านจากโปรแกรมฯ ทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค กล่าวคือ หากมีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี^{36,43} นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเกิดจากการที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และได้รับการแนะนำวิธีจัดการอุปสรรค สอดคล้องกับการศึกษา⁴⁴ ที่พบว่าการเสริมสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ¹⁹ ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางสังคมและการรู้คิดที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี ทั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในทางที่ดีขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพิ่มขึ้น

จึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ตามปกติอาจไม่เพียงพอต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความสำเร็จของโปรแกรมฯ ส่วนหนึ่งมาจากการบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการออกแบบกิจกรรม ทำให้สามารถพัฒนาทั้งทักษะและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีหลายแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลมากกว่าการใช้แนวคิดเดียว⁴⁵ โปรแกรมฯ ได้พัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงส่วนบุคคลและการวิเคราะห์กรณีศึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงของตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบว่าการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁴⁶ ทั้งนี้การพัฒนาการรับรู้ความรุนแรงของโรคผ่านการให้ข้อมูลและการนำเสนอกรณีตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหรือเสียชีวิต ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจถึงผลกระทบที่รุนแรงของโรค²³ ขณะเดียวกันโปรแกรมฯ ได้พัฒนาการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคผ่านการให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม⁴⁷ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง พบว่าการพัฒนาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴⁸ นอกจากนี้การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะการคำนึงถึงระดับการศึกษา และรายได้ ทำให้เนื้อหาและวิธีการเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พบว่า การออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ⁴⁹

นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันไตเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไตผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ⁵⁰ และสอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรม

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ⁵¹

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามผลและการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากการได้รับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World stroke campaign [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign>.
2. Ministry of Public Health. Health Data Center: HDC [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. Thai.
3. Region 5 Information Center, Ministry of Public Health. Health service and human resource plans 2020–2024 [Internet]. Ratchaburi: Regional Health Office 5; 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://region5.moph.go.th/region5/>. Thai.

4. Thayang Hospital. Statistics of cerebrovascular disease in 2023 [Internet]. Phetchaburi: Thayang Hospital; 2023 [cited 2023 Feb 17]. Available from: HOS xP program in windows application software for Thayang Hospital. Thai.
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for assessment of cardiovascular risk. Bangkok: War Veterans Organization Printing; 2014. Thai.
6. Wang Y, Tang J, Zhang P, et al. Association of prediabetes with stroke: an updated meta-analysis of cohort studies. *Front Endocrinol.* 2023; 14: 1131538.
7. Lee JH, Kim JY, Ahn SV, et al. Association between prehypertension and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* 2023; 41(3): 453-61.
8. GBD 2021 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-202: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024; 23(1): 62-84.
9. INTERSTROKE investigators. Global impact of modifiable risk factors for stroke: a global and regional analysis of the INTERSTROKE study. *Lancet Glob Health.* 2023; 11(2): e163-74.
10. Health Education Division, Ministry of Public Health. Health behavior monitoring system to modify diabetes, hypertension in Thailand: policy to practice for primary health services. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013. Thai.
11. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2016; 99(7): 1079-86. doi: 10.1016/j.pec.2016.01.020.
12. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guideline for health literacy promotion in preventing and controlling disease and health hazards. Bangkok: RNPP Water; 2021. Thai.
13. Kaodumkoeng K. Health literacy: Functional, interactive, critical. Bangkok: Amarin Book Center; 2019. Thai.
14. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12(80): 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
15. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013; 13(1): 948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.
16. Smith G, Taylor B, Johnson D, et al. Health literacy and perceived barriers to healthcare among older adults: implications for health behavior. *J Aging Health.* 2020; 32(4-5): 427-40.
17. Wang X, Zhang L. Impact of health literacy enhancement programs on health beliefs and behaviors: An application of the health belief model. *Int J Public Health.* 2021; 66: 456789.
18. Kim S, Lee J. The positive relationship between health literacy and self-efficacy in chronic disease management: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19(1): 759.
19. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3): 259-67.

20. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008; 67(12): 2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
21. McCaffery K, Jorm C, Dunn A, et al. Effects of a health literacy intervention program on self-care behaviors and glycemic control among diabetic patients: a study applying Nutbeam's 3-level framework. *Diabetes Educ.* 2022; 48(2): 101–10.
22. Wongsawang W, Kasetsomboon S, Sriwattanakul N. Development of health literacy program for chronic kidney disease patients in Thailand context. *J Nurs Sci.* 2023; 41(1): 45–58. Thai.
23. Rosenstock MI, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q.* 1988; 15(2): 175–83. doi: 10.1177/109019818801500203.
24. Kim KB, Han HR, Huh B, et al. The effect of a community-based health literacy-enhanced behavioral intervention in Korean American seniors with high blood pressure. *Am J Hypertens.* 2018; 31(5): 530–7.
25. Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, et al. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav.* 2019; 36(5): 860–77.
26. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: A review of progress. *Health Promot Int.* 2018; 33(5): 901–11.
27. Lee HY, Rhee TG, Kim NK, et al. Health literacy as a social determinant of health in Asian American immigrants: Findings from a population-based survey in California. *J Gen Intern Med.* 2015; 30(8): 1118–24.
28. Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Clinical nursing practice guidelines for stroke. 2nd ed. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2022. Thai.
29. Dharmasaroja PA, Muengtawepong S, Kommaroj S. Demographic Data and Common Risk Factors in Young and Middle-aged Thai Stroke Patients: A Multicenter Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2023; 32(1): 106871.
30. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
31. Arahung R. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom province. [dissertation]. Nakhon Pathom: Christian University; 2017. 161p.
32. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics–2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2021; 143(8): e254–e743.
33. Health education division. Health literacy and health behavior promotion among the young adults. Ministry of public health; 2016. Thai.
34. Kaodumkoeng K, Lohachunsopak C. Development and testing of health literacy assessments in prevention and control diseases of public health personnel. *RPJ.* 2021; 32(2): 1–15. Thai.
35. Kaodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *J Hlth Sci Res.* 2015; 9(2): 1–8. Thai.
36. Health Education Division, Ministry of Public Health. The study of situation of health literacy and health behavior among the risk groups of diabetes and hypertension. Nonthaburi: The Division; 2013. Thai.
37. Intarakamhang U. Creating and developing a tool to measure the health literacy of the Thai people. Bangkok: Department of Health Service Support; 2018. Thai.

38. Kaodumkoeng K. Health literacy: Understand, Access, Apply. Bangkok: Amarin Book Center; 2018. Thai.
39. Puppaithanchai P, Chokpaiboonkit K, Malatham P. Effects of health literacy promotion program on self-care behaviors of patients with type 2 diabetes. JR Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 145–54. Thai.
40. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health. 2016; 132: 3–12.
41. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav. 2007; 31(1): 19–26.
42. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med. 2011; 155(2): 97–107.
43. Shikha D, Kushwaha P, Gokdemir O, et al. Editorial: Health literacy and disease prevention. Front Public Health. 2023; 11: 1128257.
44. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, et al. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. Health Commun. 2021; 30(6): 566–76.
45. Saengchan S, Kaewpan W, Thongkantom A. Effects of health education program with social support on health literacy and health behavior of hypertensive patients. Eastern Asia Univ Acad J. 2020; 14(2): 222–34. Thai.
46. Suwanajira T, Chaichalermphong W, Nakornchay S. Effectiveness of behavior modification program for stroke prevention among hypertensive patients. J Health Sci. 2020; 29(4): 656–66. Thai.
47. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. 45–65.
48. Prommard C, Rungruangkolkit S. Effects of health education program applying health belief model with social support on stroke prevention among risk group. J Phrakklao Nurs Coll. 2021; 32(1): 72–84. Thai.
49. Ekpakorn W, Reekanong Y, Preechawong S. Development of stroke prevention program in community by participation of stakeholders network. J Public Health. 2019; 49(3): 308–20. Thai.
50. Hongsamsipjed T, Insrichuen S, Puakluang W, et al. The effect of health literacy enhancement program on preventive renal failure in older persons of risk groups. JGMCUKK. 2022; 9(3): 220–30. Thai.
51. Boonchawee P, Nunthaitaweekul P. The effect of health literacy enhancement program on stroke preventive behaviors among stroke patients on recovery stage. TJN. 2024; 73(2): 51–60. Thai.