

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ผุสดี ก่อเจดีย์* จารุณี จันทรเปล่ง* ปรารค์ จักรไชย*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และการสะท้อนผล บนพื้นฐานของแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ เนื้อหา

ผลการวิจัย : ผู้เข้าร่วมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$) และมีพฤติกรรมสุขภาพระดับมาก ($\bar{X}=3.65$) โดยเฉพาะด้านการรับประทานยา ($\bar{X}=4.71$) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและการส่งเสริมความเข้าใจในการดูแลตนเอง

สรุปผล : รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถยกระดับความรู้รอบรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชน

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : จารุณี จันทรเปล่ง, E-mail: penguin760@gmail.com

Received: July 14, 2025

Revised: December 29, 2025

Accepted: December 29, 2025

Health Literacy Promotion Model for Stroke Prevention among Hypertensive Patients in the Community

Pudsadee Korjedee* Jarunee Janpleng* Prang Jakchai*

Abstract

Background: Stroke is a leading cause of mortality, with hypertension as a primary risk factor. Promoting health literacy is essential for enabling patients to practice effective self-care and prevent disease.

Objectives: This study aimed to develop a health literacy promotion model to prevent stroke among patients with hypertension.

Methods: This action research study consisted of four stages: planning, action, evaluation, and reflection, based on the concept of community participation. Quantitative data were collected from 33 patients with hypertension, while qualitative data were obtained from community leaders, village health volunteers, and healthcare personnel. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The participants demonstrated high levels of health literacy ($\bar{x}=3.86$) and health-related behaviors ($\bar{x}=3.65$), especially in medication adherence ($\bar{x}=4.71$). Qualitative findings indicated that the developed model was appropriate for the community context and effectively enhanced participants' understanding of self-care practices.

Conclusion: The health literacy promotion model integrated with community participation effectively improved health literacy and preventive health behaviors among patients with hypertension.

Keywords: Health literacy, stroke, hypertensive patients, community

* Faculty of Nursing, St.Teresa International University

Corresponding Author: Jarunee Janpleng, E-mail: penguin760@gmail.com

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ (World Health Organization [WHO], 1998) บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ได้ ความรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ ความรู้ด้านข้อมูลสุขภาพ (Health information literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ได้อย่างถูกต้อง มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยบุคคลต้องสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ทางการแพทย์ หน่วยงานรัฐ (WHO, 2024) 2) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยสามารถอ่านและตีความฉลากยา เอกสารทางการแพทย์ และคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ (Kickbusch et al., 2013) 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ ความสามารถในการแยกแยะ ข้อมูลเท็จ หรือข้อมูลที่ไม่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ (Nutbeam & Lloyd, 2021) และ 4) การนำข้อมูลไปใช้ การใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Sørensen et al., 2012) ความรู้ด้านระบบบริการสุขภาพ (Health system literacy) ได้แก่ 1) เข้าใจโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิได้ (WHO, 2013) 2) สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การใช้สิทธิประกันสุขภาพ เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมหรือสิทธิข้าราชการได้ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้ว่าต้องติดต่อใครและไปที่ไหนเมื่อมีอาการป่วย เช่น การใช้สายด่วนสุขภาพ (Kickbusch et al., 2013) และ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ สามารถอธิบายอาการป่วยของตนเอง สอบถามแผนการรักษาและเข้าใจข้อมูลที่แพทย์ให้ถูกต้อง (Sørensen et al., 2012) และความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior literacy) เป็นความสามารถในการนำความรู้ด้านสุขภาพไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน (Nutbeam, 2025) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 2) พฤติกรรมป้องกันโรค โดยการล้างมือบ่อย ๆ การสวมหน้ากากอนามัย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ (WHO, 2020) 3) การจัดการความเครียด ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ (Sørensen et al., 2012) และ 4) การลดพฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดที่เป็นอันตราย (Kickbusch et al., 2013)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่พบบ่อยในชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย วัยกลางคนที่มียาอายุเกิน 40 ปีและผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Thai Hypertension Society, 2015) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จากการศึกษาของ Nilnate (2019) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอัตราสูงถึงร้อยละ 53 จากการสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude and Practice: KAP survey) เรื่องความรู้ เจตคติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของคนในชุมชนหมู่ที่ 7 บ้านปากคลอง 15 หก ตำบลชุมพล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ประชากรในชุมชนขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53 ประชากรในชุมชนมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้เกลือ หรือเครื่องปรุงรสในอาหาร ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40.85 ประชากรในชุมชนมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผงปรุงรสในการประกอบอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 63.33

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ช่วยพัฒนาระบบการดูแลและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและการ

สนับสนุนจากชุมชน (Suriya, 2023; Norseeda & Chomnirat, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการจากผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การอบรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน การจัดระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของทุกสาขาวิชาชีพ และการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้วยการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ (Suriya, 2023) และพบการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านโรคหลอดเลือดสมองให้แก่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกระบวนการฝึกอบรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease risk: CVD risk) ในระดับสูง ค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และค่าสัดส่วนระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) (Rachakai & Trinnawoottipong, 2023)

การศึกษาในครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Participatory Research: CBPR) (Israel et al., 2013) และแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1993) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนไทย เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน

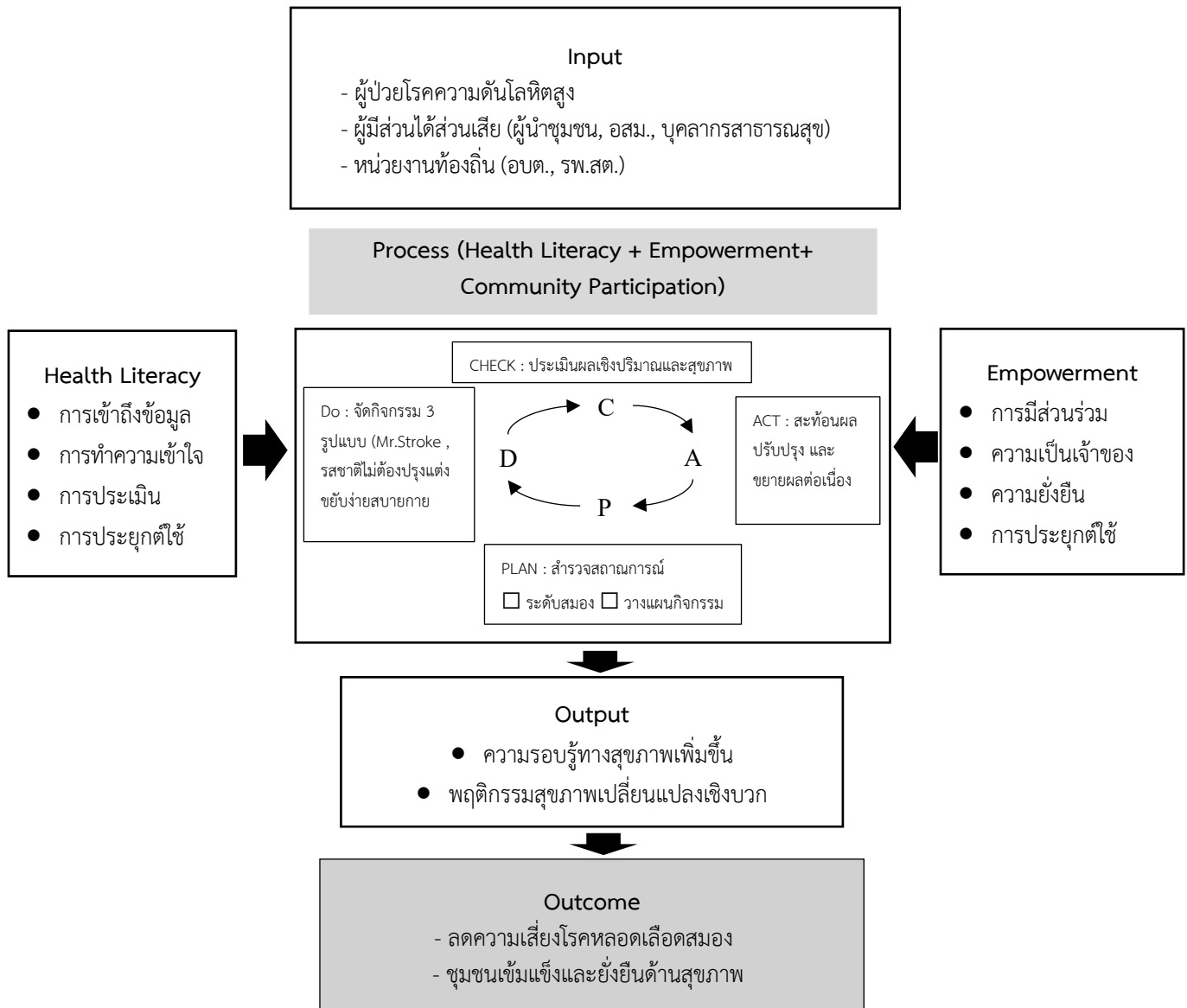
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน (plan) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Do) 3) ขั้นติดตามและประเมินผล (Check) และ 4) ขั้นการปรับปรุง (Act) โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation theories) เป็นวิธีที่ชุมชนมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจในกิจกรรมหรือการพัฒนาใด ๆ เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนและการพึ่งพาตนเอง และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) เป็นการนำความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิต 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (access) เป็นการใช้ความสามารถในการฟัง การดู การอ่าน การเขียน และสืบค้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) เป็นความสามารถในการเผยแพร่การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเหตุผลและน่าเชื่อถือ 4) การจัดการตนเอง (self management) เป็นความสามารถในการตั้งเป้าหมาย วางแผน ประเมินตนเอง เพื่อนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์เนื้อหาหรือสื่อที่น่าเชื่อถือได้อย่างเหมาะสม และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) เป็นกระบวนการคิดในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มี

อยู่ร่วมกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1993) ที่เน้นให้ประชาชนและชุมชน มีบทบาทในการออกแบบและดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผสานกับการวิจัยเชิงคุณภาพ และกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน ซึ่งมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา จังหวัด นครนายก

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา จังหวัดนครนายก จำนวน 33 คน เนื่องจากประชากรทั้งหมดในชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีจำนวน 33 คน จึงใช้ประชากรทั้งหมดมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Etikan et al., 2016) คัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) อาศัยอยู่ในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา จังหวัดนครนายก อย่างน้อย 1 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริการสุขภาพในพื้นที่จำนวน 11 คน งานวิจัยเชิงคุณภาพอาศัยหลักการความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) (Malterud et al., 2016) จำนวน 11 คน มีความเพียงพอเนื่องจากแต่ละคนเป็นผู้แทนของกลุ่มสำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสะท้อนมุมมองที่ครอบคลุมของชุมชน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร การปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่ม กลุ่มผู้บริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล 2) ผู้บริหารหมู่บ้าน และ 3) สนใจ เข้าร่วมการวิจัย ส่วนกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2015) ประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 35 ข้อ ใช้แบบสอบถามส่วนกลางตามคู่มือรหัสบันทึกข้อมูลแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต้นแบบกระทรวงสาธารณสุขกรมอนามัย ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก

ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำ คือ ไม่เคยทำ (1 คะแนน) ทำได้ยากมาก (2 คะแนน) ทำได้ยาก (3 คะแนน) ทำได้ง่าย (4 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอนย่อย คือ

3.1 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ประกอบด้วย ระดับไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) และปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ (5 คะแนน)

3.2 พฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติ คือระดับไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บ้างบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย ๆ (4 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ลักษณะแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ (Jiraro, 2019) การแปลผลคะแนน ดังต่อไปนี้

- 1.00 - 1.49 ผลการประเมินระดับ น้อยที่สุด
- 1.50 - 2.49 ผลการประเมินระดับ น้อย
- 2.50 - 3.49 ผลการประเมินระดับ ปานกลาง
- 3.50 - 4.49 ผลการประเมินระดับ มาก
- 4.50 - 5.00 ผลการประเมินระดับ มากที่สุด

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย 3 คำถาม ได้แก่ 1) ชุมชนมีความต้องการข้อมูลและบริการสุขภาพอะไรบ้าง 2) ชุมชนจะวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร และ 3) แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับชุมชนเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.50 ในทุกข้อคำถาม ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability) หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เท่ากับ .93 และพฤติกรรมสุขภาพได้เท่ากับ .65

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เอกสารรับรองเลขที่ TRSU 011/2567 ลงวันที่ 24 เมษายน 2568

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

1. วิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา โดยการใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. จัดประชุมสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย นายก องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล และรองนายก จำนวน 2 คน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบ่อ จำนวน 3 คน เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นการสนทนากลุ่มใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured questions)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

1. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปสู่การปฏิบัติ โดยประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “Mr. Stroke รู้เร็ว รอด” กิจกรรมที่ 2 “รสชาติที่ดีไม่ต้องปรุงแต่ง” และ กิจกรรมที่ 3 “ขยับง่าย สบายกาย”

2. ลงมือปฏิบัติการตามแผน ทำการตรวจคัดกรองสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สร้างความตระหนักการใช้สารปรุงแต่ง และแนะนำการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกายในกิจกรรม “ขยับง่าย สบายกาย”

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

โดยการทดสอบความรู้ การซักถาม ในประเด็นความต้องการข้อมูลและระบบสุขภาพอะไรบ้าง การวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรบ้าง และสอบถามความรู้สึกและความรู้จากการเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง

การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จำนวน 11 คน เป็นแนวคำถาม ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน รวมทั้งคะแนนรวม

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยดำเนินการดังนี้ ถอดข้อความการสนทนากลุ่มจากไฟล์เสียงและบันทึกการประชุม จัดกลุ่มข้อมูล (Coding) ตามประเด็นหลัก สรุปเป็นหมวดหมู่และธีม (themes) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) มีการใช้ Triangulation 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) แบบสอบถามเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม (Method triangulation) 2) ข้อมูลได้มาจากหลายกลุ่มในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานสาธารณสุข (Data source triangulation) และ 3) ทีมวิจัยมากกว่า 1 คน ร่วมกันถอดความ (Investigator triangulation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 มีอายุระหว่าง 60–69 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.8 สำหรับบทบาทหรือสถานะทางสังคม พบว่าร้อยละ 90.9 เป็นประชาชนทั่วไป และมีเพียงร้อยละ 9.1 ที่ดำรงตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการบริหารองค์กรท้องถิ่น

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.86, (SD=0.74) โดยองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.40, SD=1.13) องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.95, SD=0.98) องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.93, SD=0.94) และองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.14, SD=0.61) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

รายการ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.40	1.13	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.95	0.98	มาก
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	3.93	0.94	มาก
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.14	0.61	มาก
รวม	3.86	0.74	มาก

2.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.65$, $SD=0.66$) โดยด้านการบริโภคอาหารมีพฤติกรรมระดับปานกลาง คือ มักกินอาหารแบบเดิม ซ้ำ ๆ จำเจ ด้านการออกกำลังกายมีพฤติกรรมระดับปานกลางทั้งการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่อง ส่วนด้านการจัดการความเครียดมีพฤติกรรมระดับมาก รายละเอียดแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

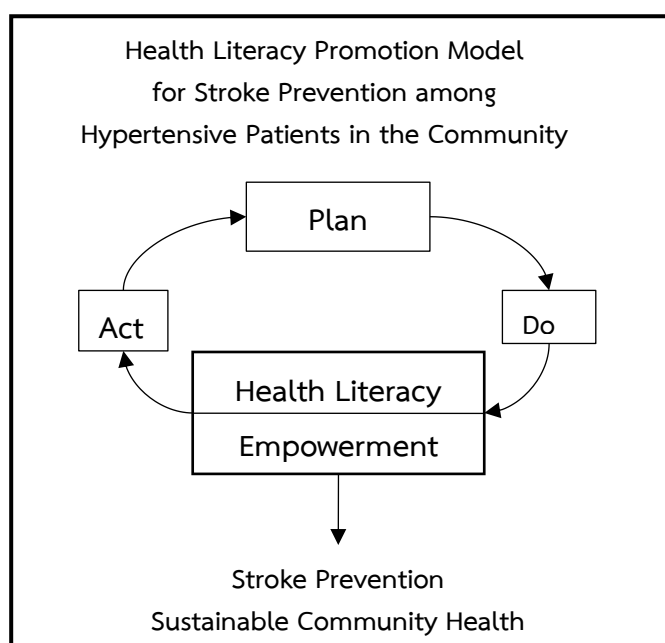
ข้อ	รายการ	$\bar{X}$	SD	มีพฤติกรรมระดับ
การบริโภคอาหาร				
1	กินผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด อย่างน้อยวันละครั้งกิโลกรัม	3.75	1.25	มาก
2	มักกินอาหารแบบเดิม ซ้ำ ๆ จำเจ	3.45	1.25	ปานกลาง
3	ไม่กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน	3.66	1.31	มาก
4	ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ลูกอม ขนมเชื่อม หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง	3.87	1.13	มาก
5	ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียว	4.15	1.20	มาก
6	ไม่กินอาหารรสเค็ม หมักดอง หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร	3.90	1.30	มาก
การออกกำลังกาย				
7	ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก	2.63	1.57	ปานกลาง
8	เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 30 นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน	3.30	1.74	ปานกลาง
การจัดการความเครียด				
9	ไม่มีอาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	4.12	1.19	มาก
10	ไม่มีอาการหลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	3.69	1.46	มาก
รวมทุกด้าน		3.65	0.66	มาก

2.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการรับประทานยา และมาตรวจตามนัดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.71$, $SD=0.53$) ทุกข้อมีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ระดับมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการรับประทานยา และมาตรวจตามนัดเพื่อควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

ข้อ	รายการ	$\bar{X}$	SD	พฤติกรรมระดับ
1	มาพบแพทย์ตามเวลานัดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	4.63	0.99	มากที่สุด
2	รับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	4.69	0.98	มากที่สุด
3	รับประทานยาตามเวลาและครบทุกมื้อ	4.66	0.81	มากที่สุด
4	ไม่รับประทานยาของผู้อื่นที่ป่วยโรคเดียวกัน	4.84	0.44	มากที่สุด
5	ไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	4.72	0.62	มากที่สุด
รวม		4.71	0.53	มากที่สุด

3. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ของคนในชุมชนหมู่ที่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 ดังภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ของคนในชุมชนหมู่ที่ 7 ชุมชนปากคลอง 15

4. ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

4.1 การตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต เจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี โดยใช้ Thai CV risk พบว่า

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในกิจกรรม “Mr. Stroke รู้เร็ว รอด” เป็นการนำโมเดลนวัตกรรม Mr. Stroke รู้เร็ว รอดเป็นสื่อในการให้ความรู้ สาเหตุการเกิด การป้องกันและระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke FAST Track) โดยมีการแจกสมุดการ์ด สัญญาณเตือนให้ผู้เข้าร่วมนำกลับบ้านได้ และเชิญผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงมาแชร์ประสบการณ์

กิจกรรมที่ 2 สร้างความตระหนักการใช้สารปรุงแต่งในกิจกรรม “รสชาติที่ดีไม่ต้องปรุงแต่ง” โดยอธิบายแนะนำให้ผู้เข้าร่วมโครงการตระหนักถึงการใช้อาหารปรุงแต่งในการทำอาหารรวมถึงพฤติกรรม ความเชื่อ

ที่ไม่ถูกต้อง และการอ่านฉลากสารปรุงแต่งต่าง ๆ โดยผู้วิจัยนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ฯ จจริงมาให้ผู้เข้าร่วมได้ทดลองอ่าน และแจกแผ่นพับ

กิจกรรมที่ 3 แนะนำการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย ในกิจกรรม “ขยับง่าย สบายกาย” สาธิตวิธีการออกกำลังกายและให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติพร้อมกับผู้นำเสนอ ซึ่งจะมีแผ่นพับให้ข้อมูลวิธีการออกกำลังกายรูปภาพแสดงท่าการออกกำลังกาย

4.2 ประเมินผล โดยการซักถามในประเด็นความต้องการข้อมูลและระบบสุขภาพอะไรบ้าง การวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรบ้าง และสอบถามความรู้สึกและความรู้จากการเข้าร่วมโครงการ พบว่า

4.2.1 ประเด็นที่สะท้อนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

“จะมีอาการหน้าเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง”

“การควบคุมความดันโลหิตให้ไม่เกิน 140/90 จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้”

“โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการกินอาหาร หวาน มัน เค็ม”

“การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง”

“โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้” “เดินออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง”

“ไม่กินเค็ม ใสเกลือน ซีสั่ว หรือเครื่องปรุงรส เท่าที่จำเป็น” “ไม่สูบบุหรี่” “ลดน้ำหนัก”

“หลีกเลี่ยงของทอด ของหวาน” “กินอาหารผักพื้นบ้าน ไม่กินอาหารกระป๋อง”

“หาอะไรทำ มีรายได้จะได้ไม่เครียด”

4.2.2 ประเด็นที่สะท้อนความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน บอก อสม. หรือผู้ใหญ่บ้านช่วยเรียกรถ อบต.ไปส่งที่โรงพยาบาล”

“รีบให้ลูกพาไปตรวจที่ รพสต. ก่อนสะดวกดี”

4.2.3 ประเด็นสะท้อน การวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

“หมั่นวัดความดันโลหิตเดือนละครั้ง” “เดินออกกำลังกายทุกวัน” “กินดี พักผ่อน”

“ไม่กินเค็ม เลือกรับประทานอาหารทำผักกินเอง”

4.2.4 ประเด็นสะท้อน ความรู้สึกและความรู้จากการเข้าร่วมโครงการ

“ได้ความรู้ในการป้องกันโรค” “สนใจที่ได้ร่วมกิจกรรม” “อยากให้มามีกิจกรรมแบบนี้บ่อย ๆ”

“อยากดูแลสุขภาพ ไม่ให้ป่วยติดเตียง”

อภิปรายผล

การสำรวจสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$) โดยเฉพาะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}=4.14$) แต่ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$) แสดงถึงข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaeodumkeong and Thummakul (2015) ศึกษาเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ กล่าวว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการศึกษา การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทัน และการใช้เทคโนโลยี ข้อมูลยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aaby et al. (2017) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับสุขภาพต่ำจะประสบปัญหาในการนำข้อมูลไปใช้และประเมินแหล่งข้อมูลอย่างเหมาะสม ในเรื่องพฤติกรรมประเด็นสำคัญที่พบ คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับปานกลางบางรายการ เช่น การรับประทานอาหารเช้า ($\bar{X}=3.45$) และการออก

กำลังกายต่อเนื่อง ($\bar{X}=2.63$) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมที่เน้นการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและการเสริมแรงทางสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจเผชิญข้อจำกัดด้านร่างกาย (Nutbeam, 2025) การจัดประชุมสนทนากลุ่ม เพื่อออกแบบกิจกรรมที่ตรงกับปัญหาและบริบทของชุมชน ผลลัพธ์จากการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในกระบวนการตัดสินใจทำให้เกิดการยอมรับและสนับสนุนกิจกรรมได้อย่างกว้างขวาง แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1993) เสนอว่า การเสริมพลัง (Empowerment) ช่วยให้คนในชุมชนแสดงความคิดเห็น เรียนรู้และร่วมตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ การมีส่วนร่วมนี้ก่อให้เกิดความรู้สึก “เป็นเจ้าของ” (ownership) ต่อการพัฒนาโครงการสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของแผนสุขภาพ กระบวนการวางแผนกิจกรรมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและสังคมทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในการจัดการสุขภาพตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังสนับสนุนโดยงานของ Norseeda and Chomnirat (2019) ที่ระบุว่าทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องและความร่วมมือในระยะยาว การจัดกิจกรรมสุขภาพตามความต้องการของชุมชน กิจกรรมที่จัด เช่น “Mr. Stroke รู้เร็ว รอด” “รสชาติที่ดีไม่ต้องปรุงแต่ง” และ “ขยับง่าย สบายกาย” มีเป้าหมายเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ลดการบริโภคอาหารเค็ม และส่งเสริมการออกกำลังกาย ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการกินเค็มลดลง และเกิดความตระหนักเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย กิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rachakai and Trinnawoottipong (2023) ที่พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสามารถเพิ่มความรู้และทักษะของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การใช้สื่อที่มีลักษณะเป็นโมเดล หรือแบบรูปธรรม เช่น สมุดการ์ด หรือการสาธิต ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น ซึ่งสนับสนุนโดย ที่เน้นการใช้สื่อเหมาะสมกับความสามารถทางภาษาของกลุ่มเป้าหมาย แนวคิดองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ “health-literate organizations” เน้นการใช้ทักษะการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากร และการนำไปปรับใช้กับชีวิตประจำวัน (Nutbeam, 2025) การประเมินผลผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การประเมินโดยกลุ่มผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า กิจกรรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน มีการพูดถึงการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ลดเค็ม ออกกำลังกาย และควบคุมความดันสม่ำเสมอ ซึ่งสะท้อนถึงการนำความรู้ไปใช้จริง นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มที่ใช้ระดมสมองและการสนทนากลุ่มในงานวิจัยนี้ เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมแบบชุมชน (community participation) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและระบบบริการในระดับฐานราก ดังที่ระบุไว้ในการศึกษาของ Wallerstein et al. (2019) การมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างพลังให้กับคนในชุมชนเข้ามาร่วมออกแบบกิจกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบททางสังคม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและกระบวนการเสริมพลังอำนาจเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ การที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกำหนดปัญหาและออกแบบกิจกรรมทำให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมและการยอมรับสูง ส่งผลให้ข้อมูลสุขภาพเชื่อมโยงกับบริบทจริงของชุมชนและง่ายต่อการนำไปใช้ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกิจกรรมที่สาธิตจริงช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดการตนเอง นำไปสู่การปรับพฤติกรรม เช่น ลดเค็ม ออกกำลังกาย และตรวจความดันสม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัวทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านการเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูล นำไปสู่การลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาคีในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม การดำเนินงาน และการประเมินผล ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเสริมพลังอำนาจยังช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพึ่งพาตนเองในระยะยาว ส่งผลให้การป้องกันโรคและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสามารถดำเนินต่อไปได้แม้สิ้นสุดโครงการวิจัยแล้ว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อยกระดับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นสารสนเทศประกอบการกำหนดนโยบายส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

Reference

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with long-term conditions. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(17), 1880–8. <https://doi.org/10.1177/2047487317729538>
- Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2015). *Data coding manual for the assessment of health literacy and health behaviors to control and prevent complications of hypertension patients in model health service areas*. (in Thai)
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Gibson, C. M. (1993). Empowerment theory and practice with adolescents of color in the child welfare system. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 74(7), 387–96. <https://doi.org/10.1177/104438949307400701>
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (Eds.). (2013). *Methods in community-based participatory research for health* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Jiraro, P. (2019). *Teaching material for the course: Health research (Instructional document)*. Research and Development Institute, Saint Theresa International University.
- Kaeodumkeong, K., & Thummakul, D. (2015). Health literacy promoting in aging population. *BCNNON Health Science Research Journal*, 9(2), 1–8. (in Thai)
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization.

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–60. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Nilnate, N. (2019). Risk factors and prevention of stroke in patients with hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 51–7. (in Thai)
- Norseeda, W. & Chomnirat, W. (2019). Development stroke prevention guideline for uncontrolled hypertension patients in SAM Phrao Health Promoting hospital. *J Nurs Ther Care*, 37(4), 167–76. (in Thai)
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 42, 159–73. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Nutbeam, D. (2025). Health literacy as a public health goal: 25 years on. *Health Promotion International*, 40(4), daaf119. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf119>
- Rachakai, T. & Trinnawoottipong, K. (2023). Development of a stroke prevention model among hypertensive patients by professional nurses in sub-district health promoting hospitals in Kalasin province. *Journal of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen*, 30(1), 84–98. (in Thai)
- 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. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Suriya, M. (2023). Development of stroke risk group care system among hypertensive patients in the responsible area of Thakhantho Hospital, Kalasin province. *Research and Development Health System Journal*, 16(3), 141–55. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2015). *2015 Thai guidelines on the treatment of hypertension in general practice (revised version of the 2011 edition)*. (in Thai)
- Wallerstein, N., Muhammad, M., Avila, M., Belone, L., Lucero, J., Noyes, E., ..., Duran, B. (2019). Power dynamics in community-based participatory research: A multi-case study analysis partnering contexts, histories, and practices. *Health Education & Behavior*, 46(Suppl 1), 19S–32S. <https://doi.org/10.1177/1090198119852998>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. <https://iris.who.int/handle/10665/64546>
- World Health Organization. (2013). *Health systems in transition: Template for authors*. World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/185804>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19): Advice for the public*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- World Health Organization. (2024, August 5). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>