

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

Effects of the health literacy promotion program on stroke prevention behavior in elderly people at risk of stroke, Pa Makhap Subdistrict, Mueang District, Phichit Province

รัชชนันท์ภัทร เชื้อสุวรรณ พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ จังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยเฉพาะในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ด้านพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.57 เป็น 4.23 ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม และควรขยายการใช้ในตำบลอื่นต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ, การวิจัยกึ่งทดลอง

Abstract

The purpose of this study was to examine the effects of a health literacy promotion program on the level of health literacy and stroke prevention behaviors among at-risk elderly individuals in Pa Makab Subdistrict, Mueang District, Phichit Province. This was a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design. The sample consisted of 54 elderly individuals diagnosed with hypertension, divided into an experimental group and a control group, with 27 participants in each group. The experimental group received the program over a period of 8 weeks. The research instruments included a health literacy promotion program, a health literacy

assessment tool, and a stroke prevention behavior assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that the experimental group had significantly higher levels of health literacy and health behaviors after receiving the program compared to before the intervention ($p < .001$), and also significantly higher than the control group ($p < .001$), particularly in terms of health behavior change and understanding of health information. In contrast, the control group showed no significant changes. Specifically, the experimental group's mean score for health behaviors increased from 3.57 to 4.23 ($p < .001$), especially in the areas of diet and medication adherence, while the control group exhibited no significant changes.

The findings indicate that the health literacy promotion program is effective in enhancing the knowledge, attitudes, and health behaviors of at-risk elderly individuals in a concrete manner, and its implementation should be expanded to other subdistricts.

Keywords: Stroke, Health Literacy, Older Adults, Health Behavior, Quasi-Experimental Research

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้สมองขาดเลือดและออกซิเจนจนเนื้อเยื่อสมองเสียหาย ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการถาวรหรือเสียชีวิต โรคนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่ก่อให้เกิดภาระโรค (Burden of Disease) สูงในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก⁽²⁾ ระบุว่าในปี พ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจ โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 12.2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 6.5 ล้านคนทั่วโลก คาดการณ์ว่าในช่วงชีวิตของประชากรโลกทุก 4 คน จะมี 1 คนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงประวัติครอบครัวที่มีโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง ขณะที่โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างเต็มที่” (Super-Aged Society) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2575⁽³⁾

ยิ่งทำให้สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองน่าเป็นห่วงมากยิ่งขึ้น ในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดพิจิตร มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราผู้ป่วยในทุกช่วงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 เพิ่มขึ้นจาก 0.46 เป็น 0.55 ต่อพันประชากร เช่นเดียวกับจังหวัดพิจิตรที่มีอัตราเพิ่มจาก 0.49 เป็น 0.54 ต่อพันประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน⁽⁴⁾ โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ซึ่งพบได้ประมาณ 80-85% ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 7.7-10.1% ชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) พบได้ 15-20% แต่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 51-65% สำหรับประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยชนิดสมองขาดเลือดอยู่ที่ประมาณ 3.4% ขณะที่ผู้ป่วยชนิดเลือดออกในสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 22.3-43.3% โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁽⁵⁾ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ mmHg), เบาหวานชนิดที่ 2 (FBS ≥ 126 mg/dL), ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

(LDL ≥ 130 mg/dL หรือ HDL ต่ำกว่ามาตรฐาน), ดัชนีมวลกาย ≥ 25 kg/m² หรือภาวะอ้วนลงพุง, การสูบบุหรี่, ต้มแอลกอฮอล์เป็นประจำ, ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁶⁾ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 ตำบลปามะคาบ อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร มีผู้สูงอายุจำนวน 1,650 คน โดยอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปามะคาบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตลอดช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 115, 127 และ 138 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: CoC) ยังรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2567 จาก 3 ราย เป็น 9 ราย สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของการเจ็บป่วยที่น่ากังวลในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินมาตรการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ด้วยการนำแนวคิดเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) มาใช้เป็นกลยุทธ์หลัก เนื่องจากเป็นแนวทางที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ณ ตำบลปามะคาบ อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยรูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิก ≥ 90 มม.ปรอท) และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร รวมจำนวนทั้งสิ้น 138 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกผู้สูงอายุจากประชากรทั้งหมดโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และกำหนดให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละเท่าๆ กัน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.53 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำลังของการทดสอบ ($\text{Power} = 1 - \beta$) เท่ากับ 0.958 ผลการคำนวณพบว่าควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 25 คนต่อกลุ่ม เพื่อรองรับการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย จึงเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง : การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือภาวะบกพร่องทางสมองที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1.) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 2.) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (ค่าความดัน $\geq 140/90$ มม.ปรอท) 3.) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ของ Thai NCD Network เช่น มีภาวะเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กก./ม²(⁹) 4.) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่มี ความบกพร่องทางการได้ยินหรือการพูดที่รุนแรง 5.) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในแบบฟอร์มยินยอมโดยสมบูรณ์ และ 6.) ไม่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่นที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกับการวิจัยนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) : ย้ายหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตด้านเนื้อหาแบ่งออกเป็นสองส่วนหลัก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยในส่วนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Nutbeam⁽¹⁰⁾ มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะความรู้และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ โดยเนื้อหาในส่วนนี้มุ่งเน้นการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยได้สังเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องรวมถึงแนวทางที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอยู่ 6 ด้านหลัก ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำตาล และไขมันในเลือด รวมถึงการเข้ารับการตรวจรักษาและพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตด้านระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัยอยู่ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาการวางแผน การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ในแนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam⁽¹⁰⁾ เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบโปรแกรมและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยความรู้ด้านสุขภาพในแนวคิดของ

Nutbeam แบ่งออกเป็น 3 ระดับหลัก ได้แก่ 1.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) หมายถึงความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 2.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) คือความสามารถในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น ให้บริการสุขภาพหรือบุคคลอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและสร้างความเข้าใจร่วมกัน และ 3.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) คือความสามารถในการวิเคราะห์

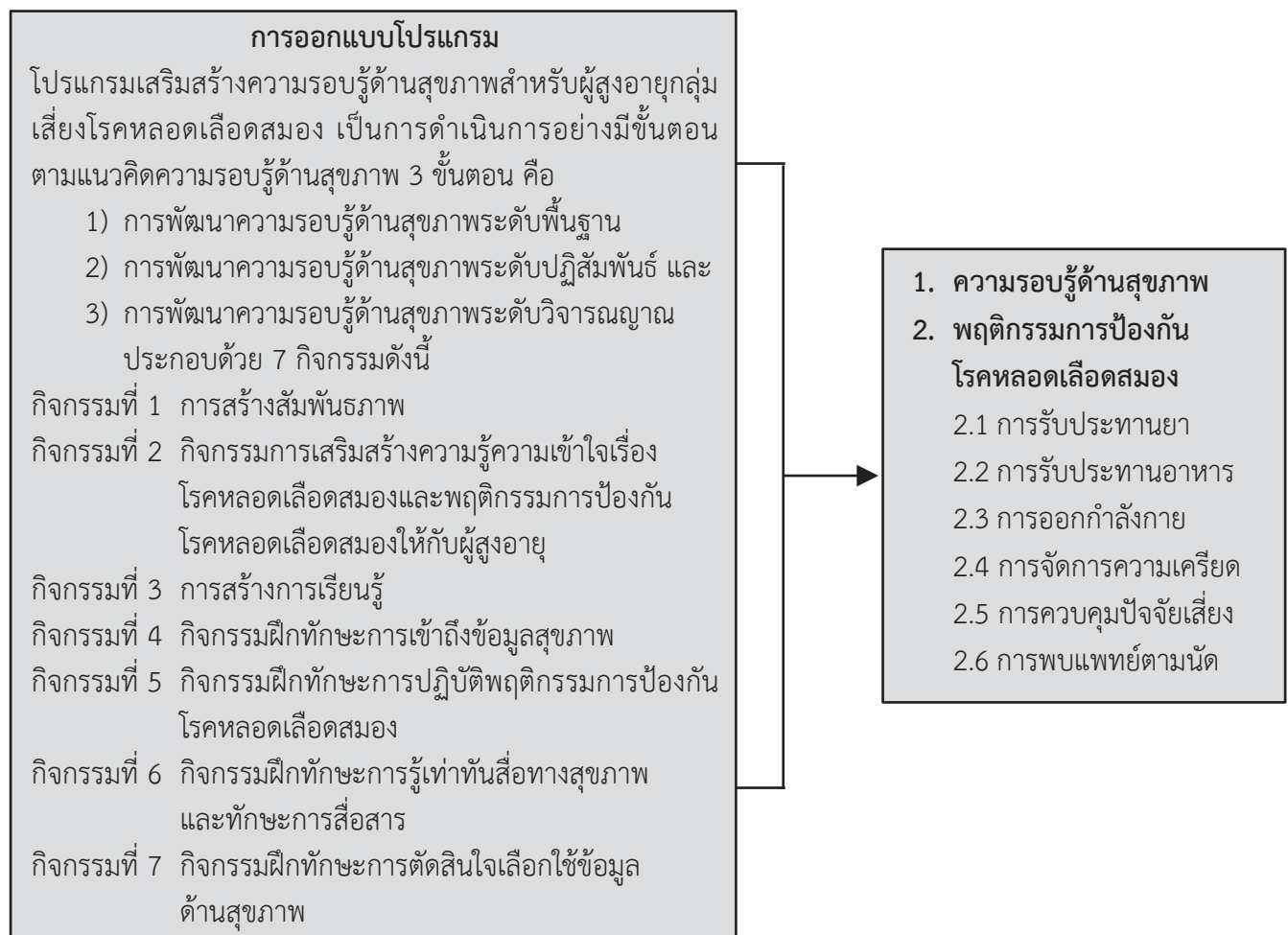
วิจารณ์ และประเมินข้อมูลสุขภาพอย่างรอบด้าน เพื่อใช้ตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองโดยแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

โดยการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมถูกออกแบบให้สอดคล้องกับระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามระดับ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาได้เขียนกรอบแนวคิด ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม

ที่สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษาาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและโรคที่เกิดร่วม ประวัติครอบครัว หรือญาติสายตรงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิต ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อความทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

1.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 22 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต จำนวน 4 ข้อ, องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาตจำนวน 3 ข้อ, องค์ประกอบที่ 3 ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนจำนวน 3 ข้อ, องค์ประกอบที่ 4 ตัดสินใจจำนวน 3 ข้อ, องค์ประกอบที่ 5 เปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ และองค์ประกอบที่ 6 บอกต่อจำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบมาตร 5 ระดับ (Likert Scale)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 6 ข้อ การออกกำลังกาย (กิจกรรมทางกาย) จำนวน 2 ข้อการจัดการความเครียด จำนวน 1 ข้อ การสูบบุหรี่/ยาเส้น จำนวน 2 ข้อ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อและ 4 พฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ รวม 18 ข้อแต่ละข้อเป็นแบบมาตร 5 ระดับ (Likert Scale)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ : เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ รพ.สต.

ปากทาง อำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.87 และ 0.85 ส่วนโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านนำไปหาค่าความตรงของเนื้อหาโดยค่า CVI ที่ยอมรับได้ > 0.8 หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง : ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการ 27/2567 ลงวันที่ 12 กันยายน 2567 ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักการพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ประการ คือ หลักการเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักการคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ซึ่งหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยคำนึงถึงและถือปฏิบัติตลอดระยะเวลาการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่มทดลองที่สถานประกอบการ แจ้งเกี่ยวกับขั้นตอนและกิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ

หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะและจำนวนใกล้เคียงกัน โดย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

สุขภาพ การประเมินและการใช้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ กิจกรรมเสริมทักษะ และการติดตามผลแบบต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความรู้ ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองอีกครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการแทรกแซงหรือโปรแกรมส่งเสริมใดๆ ในช่วงระยะเวลาการวิจัย แต่จะได้รับการประเมินผลพฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่เทียบเท่ากับ กลุ่มทดลอง โดยหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัย มีแผนที่จะให้ความรู้และดำเนินกิจกรรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มควบคุม เพื่อเป็นการตอบแทน และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย : ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนจะลงรหัสแล้ว บันทึกลงคอมพิวเตอร์ จากนั้นจะวิเคราะห์โดยโปรแกรม สถิติสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการทดสอบ ค่าที (Independent t-test) โดย การเปรียบเทียบ ผลก่อน-หลัง (paired t-test) ส่วน การเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่ม (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตำบล ป่ามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 อายุเฉลี่ย 65.33 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 55.6 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 59.3 รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 51.9 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 151.59 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 164.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 94.22 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท

สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.70 ปี และเป็นโรคไขมันในเลือดสูง รวมด้วย ร้อยละ 51.9

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุม คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตำบล ป่ามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 อายุเฉลี่ย 65.51 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 63.0 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 51.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.9 รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 44.4 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 149.59 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 169.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก เฉลี่ย 93.55 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.07 ปี และเป็นโรคไขมันในเลือดสูง รวมด้วย ร้อยละ 37.0

2. การเปรียบเทียบคะแนนและระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 71.05 (SD = 18.22) เป็น 83.38 (SD = 13.26) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในองค์ประกอบ “การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด รองลงมา คือ “ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ” และ “การตัดสินใจด้านสุขภาพ” ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 54)

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (N=27)			กลุ่มควบคุม (N=27)		
	ก่อนทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังทดลอง (Mean $\pm$ SD)	t/pvalue	ก่อนทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังทดลอง (Mean $\pm$ SD)	t/pvalue
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	68.78 $\pm$ 20.01	80.15 $\pm$ 5.33	t = 5.02, p < .001	67.48 $\pm$ 9.21	68.22 $\pm$ 20.11	t = 0.41, p = .684
2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	72.72 $\pm$ 16.36	84.41 $\pm$ 3.29	t = 4.93, p < .001	71.15 $\pm$ 17.53	71.89 $\pm$ 18.20	t = 0.35, p = .731
3. การโต้ตอบ/ซักถามข้อมูล	75.33 $\pm$ 19.33	86.74 $\pm$ 14.66	t = 4.44, p < .001	73.52 $\pm$ 18.42	74.48 $\pm$ 19.77	t = 0.38, p = .706
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	70.25 $\pm$ 19.55	82.70 $\pm$ 12.42	t = 4.76, p < .001	71.33 $\pm$ 20.14	71.81 $\pm$ 21.22	t = 0.19, p = .851
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	72.72 $\pm$ 16.47	85.33 $\pm$ 10.55	t = 5.28, p < .001	70.81 $\pm$ 17.45	72.00 $\pm$ 18.18	t = 0.54, p = .595
6. การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ	68.51 $\pm$ 21.54	79.66 $\pm$ 16.28	t = 4.01, p < .001	67.00 $\pm$ 22.22	67.63 $\pm$ 21.35	t = 0.27, p = .791
คะแนนรวมทั้งหมด	71.05 $\pm$ 18.22	83.38 $\pm$ 13.26	t = 6.12, p < .001	70.04 $\pm$ 18.89	70.89 $\pm$ 19.77	t = 0.42, p = .678

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมของความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.73, p < .01) โดยเฉพาะในองค์ประกอบ “การเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ” (t = 3.11, p < .01) และ “ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ” (t = 3.07, p < .01) ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมฯ มีผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 27) Mean $\pm$ SD	กลุ่มควบคุม (n = 27) Mean $\pm$ SD	t-test	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	80.15 $\pm$ 5.33	68.22 $\pm$ 20.11	2.86	.006 **
2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	84.41 $\pm$ 3.29	71.89 $\pm$ 18.20	3.07	.003**
3. การโต้ตอบ/ซักถามข้อมูล	86.74 $\pm$ 14.66	74.48 $\pm$ 19.77	2.56	.013 *
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	82.70 $\pm$ 12.42	71.81 $\pm$ 21.22	2.32	.024 *
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	85.33 $\pm$ 10.55	72.00 $\pm$ 18.18	3.11	.003**
6. การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ	79.66 $\pm$ 16.28	67.63 $\pm$ 21.35	2.23	.030 *
คะแนนรวมทั้งหมด	83.38 $\pm$ 13.26	70.89 $\pm$ 19.77	2.73	.008

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกองค์ประกอบ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.57 ($SD = 0.47$) เป็น 4.23 ($SD = 0.39$) องค์ประกอบที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างโดดเด่น ได้แก่ การรับประทานอาหาร และการรับประทานยาและตรวจตามนัด ซึ่งสะท้อนว่าผู้เข้าร่วม

สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ และการมาตรวจตามนัดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก็มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญชี้ให้เห็นถึงผลของโปรแกรมที่เน้นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ในทุกองค์ประกอบ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของการได้รับบริการสุขภาพแบบปกติที่ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจหรือความตระหนักรู้ในระดับลึกเพียงพอ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 27)		t/ztest	p-value	กลุ่มควบคุม (n = 27)		t-test	p-value
	ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)			ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)		
1. การรับประทานอาหาร (6 ข้อ)	3.35 ± 0.62	4.12 ± 0.47	t = 6.24	< .001*	3.40 ± 0.57	3.42 ± 0.55	t = 0.21	0.835
2. การออกกำลังกาย / กิจกรรมทางกาย (2 ข้อ)	3.11 ± 0.88	4.00 ± 0.64	t = 5.10	< .001*	3.15 ± 0.82	3.19 ± 0.80	t = 0.26	0.794
3. การจัดการความเครียด (1 ข้อ)	3.52 ± 1.00	4.30 ± 0.78	t = 4.02	< .001*	3.56 ± 1.02	3.59 ± 1.01	t = 0.14	0.888
4. การสูบบุหรี่ / ยาเส้น (2 ข้อ)	4.00 ± 1.12	4.56 ± 0.84	t = 3.14	0.004*	3.96 ± 1.15	4.04 ± 1.13	t = 0.29	0.775
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (1 ข้อ)	4.11 ± 1.08	4.67 ± 0.65	t = 3.26	0.003*	4.07 ± 1.10	4.11 ± 1.09	t = 0.17	0.865
6. การรับประทานยาและตรวจตามนัด (6 ข้อ)	3.70 ± 0.58	4.33 ± 0.46	t = 5.47	< .001*	3.72 ± 0.61	3.75 ± 0.59	t = 0.27	0.789
รวมทั้งหมด (18 ข้อ)	3.57 ± 0.47	4.23 ± 0.39	t = 8.05	< .001*	3.58 ± 0.49	3.60 ± 0.48	t = 0.21	0.833

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงหรือไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในทุกองค์

ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ($p > .05$) ซึ่งสะท้อนว่าการรับบริการสุขภาพตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าภาวะตั้งต้นของกลุ่มทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 27) Mean ± SD	กลุ่มควบคุม (n = 27) Mean ± SD	t-test	p-value
1. การรับประทานอาหาร	3.35 ± 0.62	3.42 ± 0.55	0.43	0.668
2. การออกกำลังกาย / กิจกรรมทางกาย	3.11 ± 0.88	3.19 ± 0.80	0.36	0.721
3. การจัดการความเครียด	3.52 ± 1.00	3.59 ± 1.01	0.27	0.786
4. การสูบบุหรี่ / ยาเส้น	4.00 ± 1.12	4.04 ± 1.13	0.13	0.899
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.11 ± 1.08	4.11 ± 1.09	0.00	1.000
6. การรับประทานยาและตรวจตามนัด	3.70 ± 0.58	3.75 ± 0.59	0.34	0.737
คะแนนรวมทั้งหมด (18 ข้อ)	3.57 ± 0.47	3.60 ± 0.48	0.28	0.782

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบบนพื้นฐานของแนวคิด Nutbeam⁽¹⁰⁾ มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตำบลปามะคาบ จังหวัดพิจิตร โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกองค์ประกอบ ความสำเร็จของโปรแกรมนี้นสะท้อนถึงแนวคิดของ Nutbeam⁽¹⁰⁾ ซึ่งเสนอว่า ความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล (Functional HL) การสื่อสารและตัดสินใจ (Interactive HL) และการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical HL) โปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้พัฒนาและฝึกทักษะในทั้ง 3 ระดับผ่านกิจกรรมหลากหลาย เช่น การฝึกปฏิบัติ การสื่อสารกลุ่มและการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Action Process Approach⁽¹¹⁾ ที่ระบุว่าความตั้งใจที่ดีต้องตามมาด้วยการวางแผน การเสริมแรง และการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของสุกัญญา วิเศษศักดิ์⁽¹²⁾ และศรีสุตา พรหมภักดี⁽¹³⁾ ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมความรู้ผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการตระหนักรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น การเรียนรู้แบบนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง ในทางตรงกันข้าม งานวิจัยของทิพวรรณ ลิ้มสุวรรณ⁽¹⁴⁾ และ Hirungerd et al.⁽¹⁵⁾ พบว่า การให้ข้อมูลสุขภาพผ่านเอกสารหรือการบรรยายเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยฝึกฝนและเสริมสร้างทักษะ ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างแท้จริง ดังนั้น ความสำเร็จของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในงานวิจัยนี้น่าจะมาจากการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการฝึกปฏิบัติในชีวิตจริง ผ่านกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม

การติดตามผล และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะในเรื่องของการรับประทานอาหารที่หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัดและไขมันสูง พร้อมกับเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผลการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สะท้อนถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมที่เน้นกิจกรรมมีส่วนร่วม การติดตามผล และการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและความรับผิดชอบในตัวผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และนี่สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญมี สรรพกิจ⁽¹⁶⁾ และ Samphetjaroen et al.⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่าโปรแกรมสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งรวมความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการเสริมแรง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมเชิงป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังยืนในผู้สูงอายุ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้แสดงผลลัพธ์เชิงบวกอย่างชัดเจนทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นหรือบริบทการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การติดตามประเมินผลในระยะยาว รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมในมิติของปัจจัยสนับสนุนในระดับครอบครัวและชุมชน ควรได้รับความสนใจเพื่อขยายผลเชิงนโยบายและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ปลอดภัยจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปประยุกต์

ใช้เป็นนโยบายสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงกึ่งทดลองซ้ำเพื่อขยายผลระยะเวลาของกิจกรรมโดยที่ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองยังคงเดิม
2. ควรพัฒนาและขยายผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปยังชุมชนและพื้นที่อื่นๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ตำบลปามะคาบ
3. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรเน้นการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควรมีการประเมินผลในระยะยาวเพื่อดูความคงทนของผลการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและการเข้าถึงบริการสุขภาพ
5. การปรับโปรแกรมตามความต้องการเฉพาะกลุ่มควรคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้และลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อออกแบบกิจกรรมและเนื้อหาที่เหมาะสมและตอบโจทย์ความต้องการจริง
6. การทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และครอบครัวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., ... & Vos, T. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet

- Neurology, 20(10), 795–820. 2021. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
2. World Stroke Organization. Global Stroke Factsheet 2019. <https://www.world-stroke.org>
 3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2565. <https://www.nesdc.go.th>
 4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566. กรมควบคุมโรค.
 5. สุตารัตน์ สิริประภาพล, และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบสุขภาพไทย. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
 6. Thai NCD Network. แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคมอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 2023.
 7. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร. (2567). สถิติผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มม.ปรอท ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปามะคาบ อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร.
 8. Thai NCD Network. (2562). แนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับผู้บริหารระดับจังหวัดและพื้นที่. สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
 9. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
 10. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health.
 11. Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied Psychology, 57(1), 1–29. Promotion International, 15(3), 259–267. 2000. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
 12. สุกัญญา วิเศษศักดิ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการพยาบาล, 29(1), 12–21.
 13. ศรีสุตา พรหมภักดี. (2563). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาล, 31(2), 67–75
 14. ทิพวรรณ ลิ้มสุวรรณ. (2559). ผลของการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านเอกสารต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุข, 41(4), 100–109.
 15. Hirungerd, S., et al. (2021). Effectiveness of health education on sustainable behavior change among elderly. Journal of Geriatric Care, 12(1), 23–30.
 16. บุญมี สรรพกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพชุมชน, 34(2), 45–56.
 17. Samphetjaroen, K., et al. (2021). The impact of community-based health promotion on physical activity among elderly at risk of stroke. Thai Journal of Nursing, 35(3), 88–99.