

การพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี
Development of a health literacy model for stroke prevention among type 2 diabetic
patients with hypertension in primary care units, Pathum Thani Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย¹ สุรัตน์ อนันตสุข²

Piyaporn Chokreansukchai¹ Surat Ananthasuk²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการ 5 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง 50 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึกสถานะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ HL model ประกอบด้วยการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการเรียนรู้จากประสบการณ์ หลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$, $p<.01$ และ $p<.01$) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ HbA1c ระดับน้ำตาลหลังอาหารเช้า ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และ CVD risk ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และหน่วยบริการปฐมภูมิพัฒนาสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับก้าวหน้าจากร้อยละ 28.0 เป็นร้อยละ 54.0

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This participatory action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a health literacy model for stroke prevention among type 2 diabetes patients with hypertension in primary care units, Pathum Thani Province. The project was implemented in five steps. Sample size consisted of 50 patients with type 2 diabetes and hypertension. Data was collected using questionnaires and health status records. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Participants demonstrated a moderate level of health literacy for stroke prevention, and most patients lacked motivation to adopt health behavior changes. The developed intervention, the HL model, focused on strengthening primary care units as Health Literate Organizations integrated with lifestyle medicine principles and experiential learning. Following implementation, participants showed significant improvements in health literacy, health behaviors, and perceptions of stroke risk, warning signs, and risk assessment ($p<.05$, $p<.01$, and $p<.01$, respectively). Key clinical outcomes including HbA1c, fasting plasma glucose, blood pressure, body mass index, and cardiovascular disease (CVD) risk were significantly reduced ($p<.01$). In addition, primary care units progressed toward becoming health literate organizations at an advanced level, increasing from 28.0% to 54.0%.

Keywords: Health literacy, Stroke, Type 2 diabetic, primary care unit

¹ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ การกิจด้านพัฒนาการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน¹ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลก และเป็นสาเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต ในแต่ละปีมีผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน โดย 6.5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคนกลายเป็นคนพิการอย่างถาวร² ในปี 2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสม 358,062 ราย และเสียชีวิต 39,086 ราย³ ในปี 2560-2566 พบผู้ป่วยต่อแสนประชากร 479, 534, 588, 645, 691, 731, 775 ตามลำดับ อัตราตายต่อแสนประชากรในปี 2560-2563 เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 2 มักพบความชุกในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้นทุนรวมของการรักษาด้วยสายสวนหลอดเลือดสมองและการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 568,587 บาท และ 121,582 บาทตามลำดับ⁴

การป้องกันไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การลดอาหารเค็ม มัน รับประทานผักผลไม้ให้มากขึ้น ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จัดการความเครียด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงหากป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง² ผู้ป่วยเบาหวานมักมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยคือภาวะความดันโลหิตสูง⁵ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันจะสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้⁶⁻⁷ เป็นการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ช่วยลดภาระในการดูแลของครอบครัว และลดรายจ่ายด้านการรักษาและฟื้นฟูของครอบครัวและประเทศชาติต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่มุ่งผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเป็นระบบส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมลดลง⁸ การวิเคราะห์ห่อถักถึงการโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการแก้ไขพฤติกรรมส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกายลดลง⁹ การวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 ผลงานในหลายประเทศพบว่าการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เรียนรู้จากประสบการณ์เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง¹⁰ และการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง^{11,12,13}

จังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2563-2567 เท่ากับ 1,772, 1,912, 1,890, 1,997 และ 2,247 ราย ในปี 2565-2567 อัตราตายเท่ากับร้อยละ 14.13, 14.42 และ 13.21 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน พื้นที่ขาดความเชื่อมโยงหนุนเสริมระหว่างกัน การใช้ข้อมูลคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีจุดมุ่งหมายเพื่อติดตามสถานการณ์มากกว่านำไปใช้สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ขณะที่ประชาชนใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ทำลายสุขภาพ บริโภคอาหารรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด และอาหารจานด่วน รวมทั้งพฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹⁴ งานวิจัยที่ผ่านมายังมิได้ออกแบบกรอบการแทรกแซงที่มุ่งป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบและเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมดังกล่าว และยังมีข้อจำกัดด้านหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทบาทของ “องค์กรรอบรู้ด้าน

สุขภาพ” จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการแทรกแซงเชิงระบบบนฐานองค์รบบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค^{6,7,15} แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์¹⁶ และใช้องค์ความรู้เรื่ององค์รบบรู้ด้านสุขภาพ¹⁷ และหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต¹⁸ เป็นแกนหลักเพื่อออกแบบระบบบริการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 10,812 คน กลุ่มตัวอย่างใช้ตารางคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน¹⁹ ได้ขนาดตัวอย่าง 375 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 7 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 20-80 ปี 2) ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี 3) สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และ 4) สม่ใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ DM Remission 2) เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพจิต 3) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินและความจำ และ 4) ผู้ที่ย้ายออกนอกเขตจังหวัดปทุมธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี^{6-7,15,17,20} ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามให้เลือกตอบว่าทราบกับไม่ทราบ จำนวน 30 ข้อ ตอบทราบได้ 1 คะแนน ตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้²¹ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0-17 คะแนน) รับรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 (18-23 คะแนน) รับรู้ปานกลาง คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (24-30 คะแนน) รับรู้มาก

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท จำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน²² วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²³ ใช้คะแนนสูงสุด (140) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (28) หาค่าด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 28.00-65.33 คะแนน, ปานกลาง = 65.34-102.66 คะแนน, มาก = 102.67-140.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะคำถามให้

เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท จำนวน 38 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 23 ข้อ ข้อความเชิงลบ 15 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน (เชิงลบ = 5), น้อย = 2 คะแนน (เชิงลบ = 4), ปานกลาง = 3 คะแนน (เชิงลบ = 3), มาก = 4 คะแนน (เชิงลบ = 2), มากที่สุด = 5 คะแนน (เชิงลบ = 1)²² วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²³ ใช้คะแนนสูงสุด (190) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (38)หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 38.00–88.66 คะแนน, ปานกลาง = 88.67–139.32 คะแนน, มาก = 139.33–190.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ KR-20²⁴ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .901 และวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค²⁵ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .925 และ .908 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ขั้นที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. วิเคราะห์ข้อมูลรายงาน และประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) และผลการดำเนินงาน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ศึกษาคือเครือข่ายสุขภาพอำเภอจำนวน 7 เครือข่าย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) และแบบประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอิมตัวของข้อมูล²⁶ จำนวน 49 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร 7 คน 2) ทีมสุขภาพ 28 คนและ 3) ภาาเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. หมอประจำบ้าน และญาติผู้ป่วย กลุ่มละ 7 คน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บข้อมูลจริง การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงาน และ 2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)²⁷

ขั้นที่ 3 พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดและทฤษฎี^{6-7,15-17} เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยอาศัยแนวคิดการสร้างรูปแบบเชิงโครงสร้างตามแนวทางของ Keeves²⁸ แล้วนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่านพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ จากนั้นจึงนำรูปแบบ

ไปใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 7 เครือข่าย สุขภาพอำเภอในจังหวัดปทุมธานี

ขั้นที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 7 เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มเลือกพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอตามหลักการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็น²⁹ โดยกำหนดสัดส่วนพื้นที่ร้อยละ 25 จากทั้งหมด 7 เครือข่าย ได้เท่ากับ 2 เครือข่าย ด้วยวิธีการจับสลาก ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองปทุมธานี และเครือข่ายสุขภาพอำเภอลาดหลุมแก้ว 2) สุ่มเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ²⁹ จากเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองปทุมธานี จำนวน 19 แห่ง สุ่มได้ 5 แห่ง และเครือข่ายสุขภาพอำเภอลาดหลุมแก้ว จำนวน 11 แห่ง สุ่มได้ 3 แห่ง ด้วยวิธีการจับสลาก 3) สุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและการสูญหายของข้อมูล จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน โดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามตามขั้นตอนที่ 1 รูปแบบฯ ตามขั้นตอนที่ 3 และแบบบันทึกข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ประเมินภาวะสุขภาพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรวบรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (Clinical Data Collection) 2) รวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงาน และ 3) ประเมินการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ paired-samples t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 5 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

หน่วยที่ศึกษาคือเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้ง 7 เครือข่าย กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอ้อมตัวของข้อมูล²⁶ ได้จำนวน 49 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร 7 คน 2) ทีมสุขภาพ 28 คน 3) อสม.หมอประจำบ้าน 7 คน และ 4) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ตามขั้นตอนที่ 4 จำนวน 7 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)²⁷

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดปทุมธานี ตามใบรับรองเลขที่ PPHO-REC 2568/34 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 (mean = 99.28, SD = 20.83) มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับพอใช้ ร้อยละ

86.8 (mean = 128.28, SD = 10.49) และรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 (mean = 20.04, SD = 3.20)

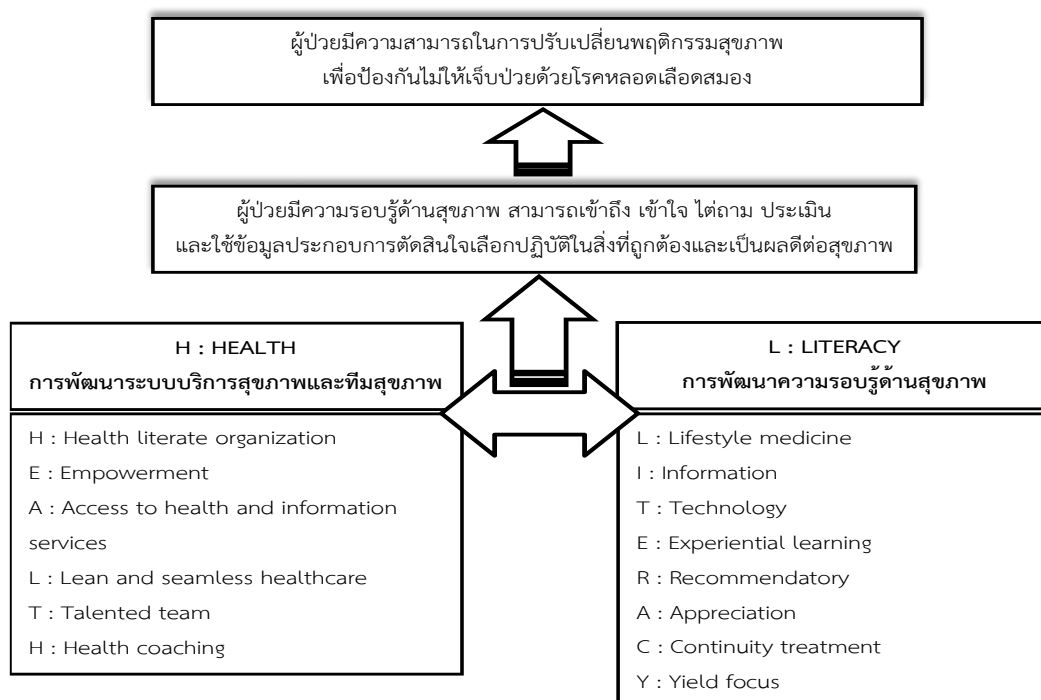
สภาพปัจจุบัน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการดำเนินงานคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ในปีงบประมาณ 2567 ในภาพรวมของจังหวัดพบว่าดำเนินการได้เพียงร้อยละ 59.20 สภาพปัจจุบัน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมีดังนี้ ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการสร้างระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการและไร้รอยต่อโดยมุ่งเน้นลดอัตราป่วยและตาย เสริมสร้างบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในฐานะ “ผู้เฝ้าประตู” และวางระบบส่งต่อไปยังสถานบริการในระดับสูงขึ้น และมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามนโยบายยังเน้นไปทางด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน บุคลากรมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานหลายด้าน ขาดนักโภชนาการ และนักกำหนดอาหารที่จะช่วยสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการติดตามเชิงรุกที่ต่อเนื่อง ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการแบบ real-time ทำให้ติดตามผู้ป่วย ขาดนัดได้ล่าช้า ไม่ได้ใช้ผลการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพที่สื่อสารให้ประชาชนยังเป็นภาษาทางการมากเกินไป ผู้ป่วยบางส่วนยังขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากไม่เห็นผลลัพธ์ใน

ระยะสั้น ขาดกลไกการติดตามและขยายผลอย่างต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ อสม. ให้ความร่วมมือพอสมควร แต่ภาคเอกชนยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ HL model ซึ่ง H : HEALTH คือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีมสุขภาพ โดยเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ พัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอเพื่อการดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ และการเป็นโค้ชเพื่อสอนทักษะแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ L : LITERACY คือการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการดูแลสุขภาพตาม 6 เสาหลักของหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพโดยใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัล เน้นการเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพจากประสบการณ์โดยส่งเสริมกิจกรรมในชมรมผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของตนเองผ่านการชื่นชมของทีมสุขภาพและครอบครัว สนับสนุนและติดตามให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้นผลลัพธ์คือผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยรูปแบบฯ มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (mean = 4.69, 4.40; SD = .32, .40) ดังมีรายละเอียดตามรูปภาพต่อไปนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงรายละเอียดของ HL model

ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 99.86 คะแนน (SD = 19.92) เป็น 109.28 คะแนน (SD = 15.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .027$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 128.54 คะแนน (SD =

11.38) เป็น 155.56 คะแนน (SD = 10.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 20.24 คะแนน (SD = 2.06) เป็น 28.92 คะแนน (SD = 1.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n = 50)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	95%CI		t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		Lower	Upper		
HbA1c (%)	8.08 (1.39)	6.87 (.76)	1.21	.90	1.52	7.97	< .001
FBS (mg/dL)	167.90 (45.96)	135.72 (24.68)	32.18	19.76	44.59	5.21	< .001
Systolic BP (mmHg)	153.96 (10.91)	139.22 (5.41)	14.74	11.36	18.11	8.76	< .001
Diastolic BP (mmHg)	96.18 (4.97)	88.86 (4.72)	7.32	5.75	8.88	9.38	< .001
LDL-C (mg/dL)	133.52 (34.97)	120.18 (29.37)	13.34	2.42	24.25	2.45	.018
BMI (kg/m ²)	26.67 (5.26)	25.32 (4.78)	1.35	.49	2.21	3.17	.003
CVD risk (%)	15.62 (10.00)	9.59 (6.66)	6.02	4.44	7.59	7.68	< .001

จากตารางที่ 1 พบว่าภายหลังการพัฒนา
รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาล
สะสม ระดับน้ำตาลหลังดอาหาร ระดับความดัน
โลหิต ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล และค่าดัชนี
มวลกายได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับระดับความเสี่ยง
ของโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี
ข้างหน้าจากความเสี่ยงระดับปานกลาง (10 -
< 20%) ลดลงเป็นความเสี่ยงระดับต่ำ (< 10%)
และสอดคล้องกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การ
มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค และการรับรู้
ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาส
เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น

2. ผลลัพธ์ในระดับผู้ให้บริการ ภายหลังการ
พัฒนารูปแบบฯ พบว่าผู้ป่วย DM/HT ได้รับการ
ติดตามเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.33 เป็นร้อยละ 63.53
และได้รับการคัดกรอง CVD risk เพิ่มขึ้นจากร้อยละ
65.42 เป็นร้อยละ 80.10

3. ผลลัพธ์ในระดับองค์กร ภายหลังการ
พัฒนารูปแบบฯ พบว่าอัตราการขาดนัดลดลงจาก
ร้อยละ 19.02 เป็นร้อยละ 18.18 อุบัติการณ์โรค
หลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจาก 331.73 ต่อ
แสนประชากร เป็น 258.07 ต่อแสนประชากร
อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากร้อยละ
13.21 เป็นร้อยละ 12.94 ผลการประเมินการเป็น
องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันและ
ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า
พัฒนาอยู่ในระดับก้าวหน้าจากร้อยละ 28.0 เพิ่ม
เป็นร้อยละ 54.0 การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่
เกิดขึ้น ได้แก่ มีการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่ม
DM/HT อย่างเป็นระบบและใช้ CVD risk score ใน
การจัดกลุ่มผู้ป่วย มีการทบทวนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่
ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ส่งเสริมการใช้หลัก
เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพและสร้างความ
รอบรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตาม
หลัก BE-FAST เพื่อให้เข้าถึงระบบ Stroke Fast
Track ได้อย่างรวดเร็ว รณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงใน
ชุมชนอย่างต่อเนื่อง ชุมชนสนับสนุนการคัดกรอง
กลุ่มเสี่ยงและติดตามผู้ป่วยขาดนัด ใช้ระบบสื่อสาร

ผ่าน Line กลุ่ม กำหนดตัวชี้วัดควบคุมความดัน
โลหิต และ HbA1c เป็น KPI ระดับจังหวัด และใช้
ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงพร้อม
วางแผนสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญเนื่องจากเป็น
นโยบายระดับกระทรวง จึงได้กำหนดและถ่ายทอด
นโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ได้แก่ NCDs
Prevention Clinic ศูนย์คนไทยห่างไกลโรค NCDs
DM Remission Clinic เบาหวานสงบได้ด้วย
Lifestyle medicine การพัฒนา NCDs Clinic Plus
องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ชุมชนรอบรู้ด้าน
สุขภาพ (HLC) NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. HL
Coach ครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงเรียน
เบาหวาน และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
ต้นแบบ โดยพัฒนาทีมสุขภาพและ อสม. หมอ
ประจำบ้านให้มีศักยภาพในการสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย มีการจัดสรรทรัพยากรอย่าง
สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ มีระบบ
สนับสนุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ มี
โรงพยาบาลที่เป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง มี
ระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับ BE-FAST
ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการ
ดูแลผู้ป่วย และมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและระบบ
การลงทะเบียนที่มีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สนับสนุนทรัพยากร
และงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีม
สุขภาพโดยพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กร
รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพโดยเน้นการใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีการ
วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ
และภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะ อสม. หมอประจำบ้าน
มีระบบติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ
ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ใต้อาสา ประเมินและใช้ข้อมูล

สุขภาพตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์และเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองผ่านการชื่นชมของทีมสุขภาพและครอบครัว และเข้ารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม โอกาสพัฒนาที่สำคัญคือการจัดทำ Dashboard ที่แสดงข้อมูลสถานการณ์ของโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงเป็นแบบ real-time

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับพอใช้ และรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่ไม่เพียงพอจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเข้าถึง เข้าใจ ใต้อาการ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam¹⁵ ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับการศึกษาและการพัฒนาทักษะทางปัญญา มีผลต่อการรับรู้และการจัดการสุขภาพ ซึ่งมีผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ดี³⁰

จากผลการดำเนินงานคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านมามีอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ประกอบกับข้อค้นพบข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก BE-FAST และสามารถเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ได้อย่างรวดเร็ว¹⁻²

รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมีหลักการที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีมสุขภาพที่เน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁷ มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและส่งเสริมให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ พัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบใกล้บ้านใกล้ใจ และพัฒนาทีมสุขภาพและ อสม.หมอบริการบ้านให้เป็นโค้ชสอนทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วย และ 2) การพัฒนาความรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ 6 เสาหลักตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต¹⁸ ได้แก่ รับประทานอาหารโดยนับคาร์บอย่างจริงจัง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จัดการความเครียด หลีกเลี่ยงอบายมุข นอนหลับพักผ่อนอย่างมีคุณภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลบูรณาการสร้างความรู้รอบรู้ให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพตัดสินใจเลือกใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน¹⁶ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองผ่านการชื่นชมจากทีมสุขภาพและครอบครัว ติดตามสนับสนุนให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งผลลัพธ์คือให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ^{6-8,15,17,20,30}

ผลการนำ HL model ไปใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น สามารถรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และประเมิน

โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีมสุขภาพโดยเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับ 6 เสาหลักตามหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการเรียนรู้จากประสบการณ์ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพและโปรแกรมการศึกษาเชิงโครงสร้าง ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเชื่อมโยงกับการลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว³¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เน้นโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การเลิกพฤติกรรมเสี่ยง การนอนหลับพักผ่อนที่มีคุณภาพ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อคนรอบข้างช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การตระหนักในปัจจัยเสี่ยง และการจัดการตนเองให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับการตระหนักในปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดรวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง^{16,32}

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมลดลง⁸ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกายลดลง⁹ การใช้รูปแบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเอง

ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง¹⁰ การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง¹¹⁻¹³ การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้³³ การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้³⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยนโยบายสามหม้อเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และดัชนีมวลกายลดลง³⁵

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เป็นหัวใจสำคัญมากที่สุดคือผู้บริหารให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นนโยบายระดับกระทรวง จึงได้กำหนดและถ่ายทอดนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ปีงบประมาณ 2568 ซึ่งจังหวัดปทุมธานีพบปัญหาหลักจากภาระโรค NCDs และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองที่ยังอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกับในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเผชิญความท้าทายจากโครงสร้างประชากรสูงวัย ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังพบช่องว่างด้านการสื่อสารความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับชุมชน แนวโน้มภาระโรค NCDs และโรคหลอดเลือดสมองที่ยังสูง สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงระบบทั้งในระดับหน่วยบริการ ชุมชน และครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวซึ่งต้องใช้มาตรการ

ที่ใช้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นฐาน (HL-based intervention) ในการป้องกันเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง คัดกรองและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพิ่มศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างบูรณาการ สื่อสารความเสี่ยงตามหลัก BE-FAST และพัฒนาระบบการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องโดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน³⁶

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการเรียนรู้จากประสบการณ์สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพบูรณาการร่วมกับการใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกลไกเชิงระบบที่สำคัญต่อการเสริมพลังผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยอย่างเป็นระบบ พัฒนาศักยภาพทีม

สุขภาพให้มีสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ในชมรมผู้ป่วยหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมกับติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในระยะยาว และควรทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่และบริบทของการบริการที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความคงทนของผลลัพธ์และสนับสนุนการขยายผลเชิงนโยบายในระดับเขตสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์นันท จินดาเวช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี นายแพทย์ จตุพงษ์ จันทรทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และอาจารย์ชา เครือทิพย์ นักวิชาการอิสระที่สละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่ให้ข้อมูล เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ทีมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่ทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. หมอประจำบ้าน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ทุกท่าน ประโยชน์และคุณค่าจากงานวิจัยนี้ขอมอบไว้เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2567). กรมควบคุมโรคตรวจคัดกรองหลอดเลือดสมองโลก ชวนประชาชนตั้งเป้าออกกำลังกายสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news_views=1671
2. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชากรณย์.(2567). โรคหลอดเลือดสมอง รู้เร็วหายไว ทางไกลอัมพาต [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/stroke>
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3&id=b184366d9fa112292f8374184b21e1a8
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2565). การวิเคราะห์ต้นทุนหรือประโยชน์ของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วยสายสวนหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5789?locale-attribute=th>

5. กรมควบคุมโรค.(2567). กรมควบคุมโรค ผนึกวันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก:
<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc>
6. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง.(2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน (ฉบับปรับปรุง) Health Literacy *processes *practice *evaluation tools. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์ จำกัด; 2567.
7. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค.(2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ เอ็น พีที วอร์เทอร์ จำกัด; 2564.
8. Wang L, et al.(2019). Health literacy and exercise-focused interventions on clinical measurements in Chinese diabetes patients: a cluster randomized controlled trial. *EClinicalMedicine*. 2019;17:100211. doi:10.1016/j.jeclinm.2019.100211.
9. Affect of lifestyle interventions including nutrition education on diabetes outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Metab Disord*. 2023;20(4):456-468. doi:10.1007/s40200-023-01234-9.
10. Zhang X, et al.(2022). The effect of integrated health care in patients with hypertension and diabetes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1234. doi:10.1186/s12913-022-07838-1.
11. สมจิตต์ สินธูชัย, นุสราน นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และปัญญาวีร ปรากฏผล.(2565). รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2565;37(1):58-74.
12. รัฐสุรนีย์ ธนเศรษฐ.(2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี*. 2567;2(2):58-77.
13. อติญาณ ศรีเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, อารยา ศรีวงศ์ษา.(2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2565;23(1):333-343.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2568). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2568. [เอกสารอัดสำเนา]. ปทุมธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี; 2568.
15. Nutbeam D.(2000). 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):259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
16. Kolb DA.(1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
17. World Health Organization.(2024). Health literacy - World Health Organization. Fact sheet; 2024. [Internet]. 2024 [Accessed April 5, 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
18. Rippe JM, editor.(2019). *Lifestyle medicine*. 3rd ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2019.
19. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10. doi: 10.1177/001316447003000308.
20. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ. 2ส. และการป้องกันโรคอุบัติใหม่. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567.
21. Bloom BS.(1976). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1976.
22. อัจฉรา ประเสริฐสิน.(2563). เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษา และจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
23. Best JW, Kahn JV.(1986). *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1986.

24. บุญชัย เมฆแก้ว.(2562). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
25. Cronbach LJ.(1977). Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
26. Creswell JW, Poth CN.(2018). Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
27. Crabtree BF, Miller WL.(1992). Doing qualitative research: multiple strategies. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1992.
28. Keeves JP.(1988). Educational research, methodology, and measurement: an international handbook. Oxford: Pergamon Press; 1988.
29. Cochran WG.(1977). Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
30. Maleki Chollou K, Ghaffari M, Rakhshanderou S, Hajiagha AP.(2020). The association of health literacy level with self-care behaviors and glycemic control in a low education population with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Syndr Obes. 2020;13:1685-1693.
31. Azizi Sani Dopolani SF, Shahbazi H, Lotfizadeh M, Naderimagham S.(2025). The impact of educational intervention on enhancing the health literacy among middle-aged individuals at risk for cardiovascular diseases: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2025;25(1):2291. doi:10.1186/s12889-025-23516-3.
32. Cheng YS, Lin CP, Chen LY, Hwang WR, Lin YC, Chen YC.(2024). Short-term effects of an eHealth care experiential learning program among patients with type 2 diabetes: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2024;26:e53509.
33. กฤษณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว, กันตวิญญู จูเปรมปรี และพัชรินทร์ วงษ์สว่าง.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอปากท่อ จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2567;25(2):131-139.
34. อักษร พรหมเมศรี.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):651-659.
35. สถาพร มุ่งทวีพงษา.(2568). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยนโยบายสามหมอเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง เครือข่ายปทุมภูมิจังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร. 2568;27(3):1-19
36. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 4/2568. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 69]. เข้าถึงจาก: [https:// spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/04/2.-v2-Report_MPOH-3-68-2-4-68.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/04/2.-v2-Report_MPOH-3-68-2-4-68.pdf)