

# The Result of Improving Health Literacy for Reducing Risk of Cardiovascular Disease. A case Study of People living in Amphoe Soem Ngam, Lampang Province<sup>1</sup>

Sommart Yotkasem<sup>2</sup>  
Nongphakha Poodla<sup>3</sup>

Received: 21 October 2023

Accepted: 28 December 2023

## Abstract

The quasi-experimental research aims to study a result of improving health literacy for reduce cardiovascular risk. Research design was two groups pretest-posttest design. Purposive sampling was used to recruit 80 participants who had low, moderate, and high levels of CVD risk and poor and low health literacy levels. Forty of the experimental group received an improving health literacy promotion programme in order to reduce risk of cardiovascular disease. The control group received a regular health literacy promotion programme. Research tools were health literacy and self-care behaviour questionnaires, Thai CV risk score and personal health data. The content validity of all instruments were showed by IOC= 0.67-1.00. Quantitative data was analysed using descriptive statistics and Independent T-test and Dependent T test. The results showed that at post-experiment the experimental group had significant higher mean scores of health literacy and health behaviour ( $p < 0.05$ ), and CVD risk score had significant lower mean scores than at pre-experimental ( $P < 0.05$ ). CVD risk score of experimental group were significant decreased more than control group at post-test ( $P < 0.05$ ). Research suggests that should be used Improving Health Literacy program for Reducing Cardiovascular Risk of all severity of risk and evaluate long term health outcomes.

**Keywords:** Health Literacy, Cardiovascular risk

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Professional Public Health Academician, Sermngam Provincial Public Health Office, Lampang Province

<sup>3</sup> Professional Nurse, Sermngam Provincial Public Health Office, Lampang Province

ผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิด  
โรคหัวใจและหลอดเลือด กรณีศึกษาของประชากรเขตอำเภอเสริมงาม  
จังหวัดลำปาง<sup>1</sup>

สมมาศ ยศเกษม<sup>2</sup>

นงพะงา ปืดหล้า<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 80 คน ได้มาอย่างเจาะจง แบ่งเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คนได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมดได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent T-test และ Dependent T-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงจากระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรที่มีความเสี่ยงในทุกๆระดับ การติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสริมงาม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสริมงาม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง





## บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) (จุรีพร คงประเสริฐ สุขุมณี วิชารสินธุ์ และณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, 2558) จากสถิติของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2563 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.90 ล้านคน แนวโน้มสถานการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2021) และ ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาดังกล่าว เช่นเดียวกัน สถิติของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 10 มกราคม 2565 พบว่าคนไทยมีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559–2563 เท่ากับ 31.90, 31.82, 31.78, 31.36 และ 32.57 และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 48.13, 47.81, 47.15, 52.97 และ 52.80 ตามลำดับ แนวโน้มการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (Strategy and Planning Division, 2022) แสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจำนวนผู้เสียชีวิตดังที่ปรากฏเป็นเพียงภูเขาน้ำแข็งเท่านั้น ผลกระทบทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดภาวะทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะเพิ่มขึ้นจากการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา องค์การสหประชาชาติ ได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อที่ 3.4 ที่มีจุดมุ่งหมายจะลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงให้ได้หนึ่งในสามภายในปี 2573 (World Health Organization, 2021)

จากการศึกษาของ รัญจนา ธนาวิวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ธนบูรณ์ วรกิจธำรงชัย (2562) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ เพศชาย ระดับการศึกษา อาชีพ พื้นที่อยู่อาศัย ขนาดรอบเอว การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลสูง และความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกัน และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับยาตามความเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นส่งผลให้มีการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยง และควบคุมผลลัพธ์การรักษาได้ตามเป้าหมาย และจากการศึกษาของ แพรพรรณณ ภูริบัญชา, บุญทนากร พรหมภักดี และสุปรียา



จรรยา (2560) พบว่าการประเมินความต้องการจำเป็น สำหรับการใช้เครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย การสื่อสารนโยบายการใช้เครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงฯ ให้บุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบที่ง่ายและสะดวก การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงฯ ทุกระดับและครอบคลุมถึงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง และรูปแบบการบริหารจัดการกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านการจัดการฐานข้อมูล การประมวลผลข้อมูลและการคืนข้อมูล

ซินดา เตชะวิจิตรจารย์ (2561) ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า พยาบาลควรปฏิบัติบทบาทด้านการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของผู้รับบริการ ด้วยการประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพอย่างถูกต้อง เลือกใช้เครื่องมือประเมินอย่างเหมาะสม พัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาสื่อทางสุขภาพอย่างสร้างสรรค์และง่ายต่อความเข้าใจของผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ กระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ

บุคคลจะสามารถจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองได้นั้น ต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง

โดยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม วัชรพร เขยสุวรรณ (2560) กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้รับบริการมากกว่า บทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ แต่ผู้ให้บริการสุขภาพเองสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น การสื่อสารที่ดีสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรู้ของประชาชนทั่วไปผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่ได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ผลจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ (uncontrolled hypertension)





มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ลดลง (Halladay et al., 2017) ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ghisi, Chaves, Britto & Oh, 2018; Nutbeam, 2000, 2008) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาวิธีการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับโรค และสื่อสารแนวทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ด้วยกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิต ตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพและแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ (วิชรพร เขยสุวรรณ, 2560) และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score)

โดยแสดงผลการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน และโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้านำมาใช้ในประชากรทั่วไปที่มีอายุ 35-70 ปีที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจเป้าหมายของการใช้เพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองรายใหม่ (ระดับปฐมภูมิ) ให้มีการจัดบริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับโอกาสเสี่ยงรายบุคคล เพื่อให้ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสามารถจัดการตนเองลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องส่งผลให้น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนได้รับยาในรายที่มีข้อบ่งชี้ (สมชัย อัครสุดสาคร และคณะ, 2562)

นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้แบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ โดยในแต่ละระดับ ประกอบด้วย ทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ แนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคล เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่เกิดจากการ





ดำเนินงานสุขศึกษา และกิจกรรมการสื่อสาร โดยมีหลากหลายวิธีการที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้น การสอนสุขศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญและเป็นวิธีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ทั้งระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการกำหนดเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสอนสุขศึกษาด้วย (ขวัญเมือง แก้วดาเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้รับบริการมากกว่าบทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการสุขภาพสามารถส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารที่ดียังสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยด้วย (Patient safety)

บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชนทั่วไปโดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาที่เป็นโรคความรอบรู้สุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เพียงพอส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ดูแลในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โดยครอบครัวยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและจัดการตนเองของผู้สูงอายุด้วย การศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมประกอบไปด้วยการคอยกำกับติดตาม และการมีคู่มือการจัดการตนเองและ วิดีทัศน์เรื่องการกิน อาหารและการออกกำลังกายมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ทบทวนความรู้และทำให้มีทักษะการจัดการตนเองได้ถูกต้องตลอดเวลา

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตในเขตอำเภอเสริมงามจากการสำรวจในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบว่า โรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (HbA1C) ต่ำกว่า





7 mg% ในปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564 และ 2565 เป็นร้อยละ 7.87, 13.96, 11.59 และ 9.94 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ปี พ.ศ. 2560, 2561, 2562 และ 2563 เป็นร้อยละ 64.09, 62.75, 51.84 และ 46.99 ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สัดส่วนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต่อโรงพยาบาล ร้อยละ 60.62 : 39.38 ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญที่สุดในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงพบในประชากรกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาปีงบประมาณ 2566 ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้การดำเนินงานยังไม่ชัดเจนการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพ (Care plan) ยังไม่ครอบคลุมทุกราย ส่วนการดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นกระบวนการที่ทำให้ประชากรเกิดความรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการดำเนินการดังกล่าวนั้นยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จึงต้องดำเนินการปรับกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากหน่วยงานภาครัฐ สถานบริการสาธารณสุข ภาคประชาชนเพื่อให้

ประชาชนเกิดความรู้ทางสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



## วิธีดำเนินการวิจัย

### ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

#### 1. การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข

1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพ โดยชี้แจงเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

วิธีการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากร เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ออกแบบการทดลอง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ

1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน โดยกำหนดหน้าที่ดังนี้ ดำเนินการอบรมให้ความรู้แก่ประชากรเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเก็บรวบรวมข้อมูล สํารวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ

**ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง** ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยขั้นตอน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 2

ตารางที่ 3 กลุ่มทดลอง			
ขั้นตอน	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ	1. การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข 1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข
ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง			
ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยง สำคัญ การดูแลรักษา เพื่อจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1. การค้นหาความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง และให้ความรู้ โดย 1.1 ประชุมชี้แจงประชากรกลุ่มทดลอง 1.2 ตรวจสุขภาพครั้งที่ 1 1.3 ดำเนินการอบรมให้ความรู้ประชากร	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำครอบครัว (อ.ส.ค.)







ขั้นตอน	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
	2. การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยงและการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง 2.1 ดำเนินการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย 2.2 ดำเนินการตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง		
ครั้งที่ 2 การติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยงการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง	ครบ 1 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรสาธารณสุข</li> <li>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)</li> </ul>
ครั้งที่ 3 การติดตามและประเมินผล การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่ายเพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงของผลการปฏิบัติกิจกรรม	ครบ 2 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรสาธารณสุข</li> <li>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)</li> <li>อาสาสมัครประจำครอบครัว (อ.ส.ค.)</li> </ul>
ครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่าย	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของตนเอง และชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น	ครบ 3 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรสาธารณสุข</li> <li>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)</li> <li>อาสาสมัครประจำครอบครัว (อ.ส.ค.)</li> </ul>



ตารางที่ 2 กลุ่มควบคุม			
ขั้นตอน	กิจกรรมการสอน	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ	1. การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข 1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข
ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง			
ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยงสำคัญ การดูแลรักษาเพื่อ ขจัดความเสี่ยง	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ และกลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการเหมือนกับกลุ่มทดลอง	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 2 การติดตามและ ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการ ลดเสี่ยง	1. กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 1 เดือน	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 3 การติดตามและ ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการ ลดเสี่ยง	1. กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 2 เดือน	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 4 การติดตามและ ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการ ลดเสี่ยง	1. กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 3 เดือน	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชน จำนวน 483 คน ที่อาศัยอยู่ในเขต บ้านนาเอียง ตำบลเสริมกลาง เขตอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้เครื่องมือ Thai CV risk

score application ของมหาวิทยาลัยมหิดล (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2562) เฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือดโดย ระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10% ระดับความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10% ถึง <20% ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20% ถึง <30% และอ้างอิงเกณฑ์





การแบ่งระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ตามการศึกษาของ สมชัย อัครสูตสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และ สาวิตรี วิษณุโยธิน (2562) และมีระดับความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนระดับ ไม่ดีและระดับพอใช้ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข(2561)

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบบกึ่ง ทดลองมาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 กลุ่มแตกต่างกัน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G\*power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่า ของ input parameters ดังนี้ ค่า Effect size d เท่ากับ 0.80 ค่า  $\alpha$  error probability เท่ากับ 0.05 ค่า Power (1-  $\beta$  error probability) เท่ากับ 0.95 และค่า Allocation ratio N2/N1 เท่ากับ 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองจึงเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองเป็น จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 80 คน

1. **กลุ่มทดลอง** เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่อาศัยอยู่ในเขตบ้านนาเอี้ยง ตำบลเสริมขวา อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ช่วงระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 40 คน เป็นการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง

กลุ่มทดลองที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นคนไทย ที่มีอายุ 35-70 ปี ยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด และสมัครใจเข้าร่วมในกิจกรรมการจัดการส่งเสริม สุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ครบตามกำหนด สามารถ สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มทดลองเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยมี คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. การคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า โดยใช้ Thai CV risk score application ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยเครื่องมือเฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือด ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง โดยระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10% ระดับความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10% ถึง <20% ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20% ถึง <30% และอ้างอิงเกณฑ์ การแบ่งระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ตามการศึกษาของ สมชัย อัครสูตสาครและคณะ, 2019

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนระดับไม่ดีและระดับ พอใช้ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคะแนนรวมความรอบ



รู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน และคะแนนรวมพฤติกรรมการสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน อยู่ในระดับไม่ดี และระดับพอใช้ ดังนี้

2.1 คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. (องค์ประกอบที่ 1 - 6)

2.1.1 ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามตาม 3อ.2ส. มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-40.79 คะแนนหรือ <60% ของคะแนนเต็ม

2.1.2 ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตามตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 40.80-47.59 คะแนน หรือ  $\geq 60$  ถึง <70% ของคะแนนเต็ม

2.2 คะแนนรวมพฤติกรรมการสุขภาพตาม 3อ.2ส.

2.2.1 ระดับไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-17.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม

2.2.2 ระดับพอใช้ หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย มีระดับคะแนนตั้งแต่ 18.00-20.99 คะแนน หรือ  $\geq 60$  ถึง <70% ของคะแนนเต็ม

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ยินยอม สมัครใจในครั้งแรกและมาขอยกเลิกภายหลัง

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ

3. ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือไม่สามารถ ให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

**2. กลุ่มควบคุม** เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตบ้านแม่เลี้ยง ตำบลเสริมกลาง อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ช่วงระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 40 คนเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

กลุ่มควบคุมที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปี ยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด และสมัครใจเข้าร่วมในกิจกรรมการจัดการส่งเสริมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ครบตามกำหนด สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาล โดยกลุ่มควบคุมเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. การคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ข้างหน้า โดยใช้ Thai CV risk score application ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยเครื่องมือเฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือด ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำปานกลาง และสูง โดยระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10 % ระดับ





ความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10% ถึง <20%  
ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20% ถึง <30%  
และอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงโรคหัวใจ  
และหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ตาม  
การศึกษาของ สมชัย อัครสุตสาครและคณะ,  
2019

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและ  
พฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนระดับไม่ดีและระดับ  
พอใช้ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้  
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.  
ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี  
2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ  
กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคะแนนรวมความรู้  
ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม  
68 คะแนน และคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ  
ตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน อยู่ใน  
ระดับไม่ดี และระดับพอใช้ ดังนี้

2.1 คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ  
ตาม 3อ.2ส. (องค์ประกอบที่ 1-6)

2.1.1 ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีความ  
รู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติ  
ตนตาม 3อ.2ส. มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-40.79  
คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม โดยใช้เกณฑ์  
ให้คะแนนจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและ  
พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มี  
อายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกอง  
สุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง  
สาธารณสุข

2.1.2 ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้ที่มี  
ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและ  
อาจจะมีการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง  
มีระดับคะแนนตั้งแต่ 40.80-47.59 คะแนน หรือ  
≥60 ถึง <70% ของคะแนนเต็ม โดยใช้เกณฑ์ให้  
คะแนนจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและ  
พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มี  
อายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกอง  
สุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง  
สาธารณสุข

2.2. คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตาม  
3อ.2ส.

2.2.1 ระดับไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรม  
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม  
3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง มีระดับคะแนนตั้งแต่  
0-17.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม  
โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกตามความรู้ด้าน  
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของ  
ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง  
ปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ  
กระทรวงสาธารณสุข

2.2.2 ระดับพอใช้ หมายถึง มีพฤติกรรม  
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม  
3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นบางส่วนน้อย มีระดับคะแนน  
ตั้งแต่ 18.00-20.99 คะแนน หรือ ≥60 ถึง <70%  
ของคะแนนเต็มโดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกตาม  
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ  
ตาม 3 อ. 2 ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป



ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา  
กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ยินยอม สมัครใจในครั้งแรกและมา  
ขอยกเลิกภายหลัง
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตาม  
ระยะเวลาที่กำหนด
3. ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือ  
ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย การดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จากคู่มือการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557) บุคลากรสาธารณสุขร่วมประชุมเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม เนื้อหาสาระสำคัญของความรู้ที่จำเป็นสำหรับการอบรมทางวิชาการให้กับกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมการออกกำลังกาย การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ การดำเนินการ 4 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยงสำคัญ การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยง กิจกรรมในครั้งนี้ เป็นกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด การลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพและการจัดการด้วยตนเอง เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การตัดสินใจในการเลือกวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเองและกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง และให้ความรู้

1.1 ประชุมชี้แจงประชากรกลุ่มทดลอง ตำบลบ้านนาเอี้ยง ตำบลเสริมขวา อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง จำนวน 40 คน เกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด วิธีการดำเนินการจัดการส่งเสริมสุขภาพของประชากร เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ออกแบบการทดลอง และ การนัดตรวจติดตามสุขภาพหลังการดำเนินการครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

1.2 ตรวจสุขภาพครั้งที่ 1 การซักประวัติ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจวัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับ





คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.3 ดำเนินการอบรมให้ความรู้ประชากรกลุ่มทดลอง เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง วิธีการออกกำลังกายด้วยวิธีบาสโลป รำไม้พอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และการกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยงด้วยตนเองและลงบันทึกข้อมูลของตนเอง

## 2. การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยง และการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง

2.1 ดำเนินการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ดังนี้

2.1.1 จัดบริเวณลานสำหรับการออกกำลังกายหมู่บ้านละ 1 แห่ง

2.1.2 ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนและจัดหาอุปกรณ์ เครื่องเสียง สำหรับใช้ในการออกกำลังกาย

2.1.3 จัดตั้งแกนนำออกกำลังกายหมู่บ้านละ 2 คน เป็นผู้นำและสอนประชากรออกกำลังกายในแต่ละประเภท ได้แก่ การเดินบาสโลป รำไม้พอง และการเดินแอโรบิก

2.1.4 มอบหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ควบคุมกำกับ ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวิธีการทดลอง

2.1.5 แบ่งกลุ่มเสี่ยงให้ดำเนินการออกกำลังกายด้วยวิธีดั่งนี้กลุ่มเสี่ยงมากและปานกลางในวัยทำงาน ออกกำลังกายโดยการเดินบาสโลบสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มเสี่ยงมากและปานกลางในกลุ่มผู้สูงอายุ ออกกำลังกายโดยรำไม้พอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และกลุ่มปกติหมายถึงกลุ่มที่ไม่มีโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาทีติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน

2.2 ดำเนินการตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

2.2.1 การคัดแยกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยคัดแยกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยมีการคัดเลือกจากผลการตรวจสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ร่วมกับการคัดกรองด้วยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2.2 Buddy (จับคู่เพื่อน) และตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยมอบหมายให้ อาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครประจำครอบครัวเป็น Buddy และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อติดตามให้ความรู้ และให้คำปรึกษาสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด

2.2.3 จัดตั้งช่องทางการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มสำหรับเป็นช่องทางการสื่อสารในกลุ่มเป้าหมาย และ Buddy ทุกคน พร้อมทั้งนโยบายกลุ่ม





เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม และกระตุ้นการ  
ตื่นตัวในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 จัดทำแผนที่หลังคาเรือนกลุ่มเสี่ยง  
เพื่อประเมินลักษณะการกระจายตัวของพฤติกรรม  
สุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

**ครั้งที่ 2** การติดตามและประเมินผล และ  
การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยงกิจกรรม  
ในครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามและ  
ประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้า  
การลดเสี่ยง เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ  
และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ  
การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทาง  
สุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจ  
ในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของ  
ตนเอง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากร  
สาธารณสุขดำเนินการติดตามวัดผลการ  
ดำเนินงานเมื่อครบ 1 เดือน โดยดำเนินการตรวจ  
สุขภาพครั้งที่ 2 ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย  
ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนน  
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด  
และแจ้งผลข้อมูลสุขภาพย้อนกลับให้ประชากร  
กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล การติดตามและ  
ประเมินผล พฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่  
ออกกำลังกาย และให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ด้วย  
การสาธิตวิธีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง  
ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านทาง  
แอปพลิเคชัน Thai CV risk score สอนวิธีอ่านผล  
การประเมิน และคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัว  
ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้อง  
กับผลการประเมิน เพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการ  
เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ควบคุมกำกับ  
ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตาม

วิธีการทดลองอย่างต่อเนื่องและบันทึกข้อมูลและ  
เปรียบเทียบกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางสุขภาพและ  
ปัจจัยเสี่ยงของตนเองที่กำหนดไว้

**ครั้งที่ 3** การติดตามและประเมินผล  
การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และ  
การสร้างเครือข่ายกิจกรรมในครั้งที่ 3 ประกอบด้วย  
กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึก  
ความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย  
เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และ  
การเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ  
การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทาง  
สุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจ  
ในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของ  
ตนเอง และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
ประสบการณ์ ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง  
ปรับปรุงของผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยมี  
รายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากรสาธารณสุข  
ดำเนินการติดตามวัดผลการดำเนินงานเมื่อครบ  
2 เดือน โดยดำเนินการตรวจสุขภาพครั้งที่ 3 ได้แก่  
รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต  
ประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิด  
โรคหัวใจและหลอดเลือด และแจ้งผลข้อมูลสุขภาพ  
ย้อนกลับให้ประชากรกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล  
ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วย  
ตนเอง (self-assessment) โดยกลุ่มตัวอย่างสาธิต  
ย้อนกลับผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการ  
เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองผ่านทาง  
แอปพลิเคชัน Thai CV risk score และกลุ่ม  
ตัวอย่างอธิบายผลการประเมิน และคำแนะนำ  
สำหรับการปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพ  
ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผลการประเมิน  
ในการลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ  
หลอดเลือด เสนอผลการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง







วิเคราะห์ จุดเด่น และ จุดด้อย ของตนเอง ในกระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของตนเอง และผลลัพธ์ให้กับบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นรายบุคคล จัดทำกิจกรรมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จด้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพในการ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กับกลุ่มตัวอย่างคนอื่นๆ และ buddy ดำเนินการ ค้นหาบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น ผู้ควบคุมกำกับ ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรม ให้เป็นไปตามวิธีการทดลองอย่างต่อเนื่อง

**ครั้งที่ 4** การติดตามและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่าย กิจกรรมในครั้งที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมการ ติดตามและประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทาง สุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม ถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของ ตนเองและชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากร สาธารณสุขดำเนินการติดตามวัดผลการ ดำเนินงานเมื่อครบ 3 เดือน โดยดำเนินการตรวจ สุขภาพครั้งที่ 4 ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนนความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและ ประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพ และแจ้งผล ข้อมูลสุขภาพย้อนกลับให้ประชากรกลุ่มทดลอง

เป็นรายบุคคลจัดทำกิจกรรมเวที แลกเปลี่ยน เรียนรู้และประกวดบุคคลต้นแบบที่มีความสำเร็จ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในการลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และ กลุ่มตัวอย่างร่วมถอดบทเรียนการจัดการส่งเสริม สุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดของชุมชน เพื่อเผยแพร่และจูงใจ บุคคลอื่นให้ร่วมมือให้การลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรค โดยมีบุคลากรสาธารณสุขอำนวยการและ ร่วมสรุปผลการถอดบทเรียนให้เป็นองค์ความรู้ ของชุมชน

**2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

**เครื่องมือชุดที่ 1** แบบประเมินความรอบรู้

ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง สาธารณสุข, 2561) ลักษณะของเครื่องมือ

**1. แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ**

ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน เต็ม 6 คะแนน องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 2 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสาร สุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ



ที่ถูกต้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ข้อๆ ละ 4 คะแนน เต็ม 12 คะแนน

**การแปลผลคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.** (องค์ประกอบที่ 1-6) คะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน ใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองส่งเสริมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

1. ระดับไม่ดี หมายถึง ช่วงคะแนน 0-40.79 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส.

2. ระดับพอใช้ หมายถึง ช่วงคะแนน 40.80-47.59 คะแนน หรือ  $\geq 60$  ถึง <70% ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส.ได้ถูกต้องบ้าง

3. ระดับดี หมายถึง ช่วงคะแนน 47.60-54.39 คะแนน หรือ  $\geq 70$  ถึง <80% ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพดีพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง

4. ระดับดีมาก หมายถึง ช่วงคะแนน 54.40-68.00 คะแนน หรือ  $\geq 80\%$  ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

**การแปลผลคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.** คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน

1. ระดับไม่ดี หมายถึง ช่วงคะแนน 0-17.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม

การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง

2. ระดับพอใช้ หมายถึง ช่วงคะแนน 18.00-20.99 คะแนน หรือ  $\geq 60$  ถึง <70% ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย

3. ระดับดี หมายถึง ช่วงคะแนน 21.00-23.99 คะแนน หรือ  $\geq 70$  ถึง <80% ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

4. ระดับดีมาก หมายถึง ช่วงคะแนน 24.00-30.00 คะแนน หรือ  $\geq 80\%$  ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

**เครื่องมือชุดที่ 2**แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) ของมหาวิทยาลัยมหิดล (จურიพร คงประเสริฐ, สุมณี วัชรสินธุ์ และ ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, 2558) การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือเฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือด โดยใช้ตัวแปรในการคำนวณความเสี่ยงโอกาสเกิด CVD ใน 10 ปีข้างหน้า ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิตตัวบน การวัดรอบเอว และส่วนสูง การแปลผลมีดังนี้ ระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10% ระดับความเสี่ยงปานกลางมีค่าคะแนน 10% ถึง <20% ระดับความเสี่ยงสูงมีค่าคะแนน 20% ถึง <30% ระดับความเสี่ยง





สูงมาก มีค่าคะแนน 30% ถึง <40% และระดับความเสี่ยงสูงอันตราย มีค่าคะแนน >40%

**เครื่องมือชุดที่ 3** แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ประเภทของการออกกำลังกาย และ ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เครื่องมือชุดที่ 3 คณะผู้วิจัยสร้างเองเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่พัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบประเมินทั้งชุด (The Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

#### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำ เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่พัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน

3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบประเมินทั้งชุด (The Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การศึกษานี้จะดำเนินการขอพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ E 2566-078 ระหว่างวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ถึง 27 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (การวิจัยเชิงปริมาณ) ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียงการสนทนาและการบันทึกภาพ (การวิจัยเชิงคุณภาพ) และในการเผยแพร่ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยแสดงถึงข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) Independent T-test และ Dependent T-test

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง เพศหญิง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 90.00) และเพศชาย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) อายุเฉลี่ย 51.56± 9.71 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) วิธีการออกกำลังกาย เป็นการเดิน





วิ่ง เดินบาสโลป และเดินแอโรบิก (ร้อยละ 72.50, 12.50, 15.00 และ 2.50 ตามลำดับ) และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม เพศหญิงจำนวน 39 คน (ร้อยละ 97.50) และเพศชายจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) อายุเฉลี่ย  $52.60 \pm 10.10$  ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 4 คน (ร้อยละ

10.00) ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) วิธีการออกกำลังกาย เป็นการเดิน วิ่ง เดินบาสโลป และเดินแอโรบิก ( ร้อยละ 72.50, 2.50, 2.50 และ 30.00 ตามลำดับ) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมออกกำลังกายได้มากกว่า 1 วิธี

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ CV Risk Score ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	33.83	10.96	61.20	7.91	-19.29	0.00*
กลุ่มควบคุม	46.73	10.59	50.00	9.72	-4.67	0.00*
1.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	3.53	1.04	5.83	0.45	-16.47	0.00*
กลุ่มควบคุม	3.08	0.76	3.88	0.61	-12.49	0.00*
1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	5.50	4.05	9.63	1.33	-5.97	0.00*
กลุ่มควบคุม	8.00	3.54	8.75	2.19	-2.62	0.01*
1.3 การสื่อสารสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	4.13	4.37	12.13	4.37	-10.04	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.00	4.50	11.88	4.19	0.44	0.66
1.4 การจัดการตนเอง						
กลุ่มทดลอง	6.00	5.08	13.63	2.62	-9.77	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.75	3.19	12.50	3.58	1.00	0.32
1.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ						
กลุ่มทดลอง	8.38	3.65	9.00	2.58	-2.36	0.02*
กลุ่มควบคุม	5.50	4.05	7.50	2.77	-4.64	0.00*
1.6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง						
กลุ่มทดลอง	6.30	2.85	11.00	1.75	-11.01	0.00*
กลุ่มควบคุม	5.40	3.08	5.50	2.51	-0.37	0.71





ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	11.13	5.83	25.63	5.21	-14.84	0.00*
กลุ่มควบคุม	13.00	5.97	15.50	4.91	-5.70	0.00*
3. CV risk score						
กลุ่มทดลอง	6.75	6.50	4.18	3.07	3.90	0.00*
กลุ่มควบคุม	6.35	5.65	7.23	5.17	-3.62	0.00*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ CV Risk Score ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	S <sub>d</sub>	t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1. ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	33.83	10.96	61.20	7.91	11.20	1.98	5.65	0.00*
กลุ่มควบคุม	46.73	10.59	50.00	9.72				
1.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	3.53	1.04	5.83	0.45	1.95	0.12	16.37	0.00*
กลุ่มควบคุม	3.08	0.76	3.88	0.61				
1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	5.50	4.05	9.63	1.33	0.88	0.41	2.16	0.03*
กลุ่มควบคุม	8.00	3.54	8.75	2.19				
1.3 การสื่อสารสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	4.13	4.37	12.13	4.37	0.25	0.96	0.26	0.80
กลุ่มควบคุม	12.00	4.50	11.88	4.19				
1.4 การจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง	6.00	5.08	13.63	2.62	1.13	0.67	1.68	0.98
กลุ่มควบคุม	12.75	3.19	12.50	3.58				
1.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ								
กลุ่มทดลอง	8.38	3.65	9.00	2.58	1.50	0.59	2.50	0.01*
กลุ่มควบคุม	5.50	4.05	7.50	2.77				



ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	$S_d$	t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1.6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง								
กลุ่มทดลอง	6.30	2.85	11.00	1.75	25.50	0.48	11.36	0.00*
กลุ่มควบคุม	5.40	3.08	5.50	2.51				
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	11.13	5.83	25.63	5.21	10.12	0.75	8.94	0.00*
กลุ่มควบคุม	13.00	5.97	15.50	4.91				
3. CV risk score								
กลุ่มทดลอง	6.75	6.50	4.18	3.07	-3.03	0.95	-3.91	0.00*
กลุ่มควบคุม	6.35	5.65	7.23	5.17				

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามระดับคะแนน CV Risk score

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ
ระดับความเสี่ยงต่ำ	25 (62.50)	34 (85.00)	30 (75.00)	35 (87.50)
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	11 (27.50)	6 (15.00)	5 (12.50)	2 (5.00)
ระดับความเสี่ยงสูง	4 (10.00)	0 (0.00)	5 (2.50)	3 (7.50)
ระดับความเสี่ยงสูงมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระดับความเสี่ยงสูงอันตราย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

### สรุปผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 33.38 (ระดับไม่ดี) และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 61.20 (ระดับดีมาก) โดยค่าเฉลี่ยของ

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 46.73 (ระดับพอใช้) และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ





50.00 (ระดับดี) โดยค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3 และ 4)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 11.13 (ระดับไม่ดี) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 25.63 (ระดับดีมาก) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 13.00 (ระดับไม่ดี) และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 15.50 (ระดับไม่ดี) โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3 และ 4)

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงจากระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

(ดังตารางที่ 3 และ 4) และจากตารางที่ 5 แสดงหลักฐานว่าโปรแกรมสามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับต่ำ 25 ราย ระดับปานกลาง 11 ราย และระดับสูง 4 ราย หลังจากเข้าโปรแกรมแล้วติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงได้ระดับต่ำ 34 ราย ระดับปานกลาง 6 ราย และระดับสูงไม่พบ สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระดับคะแนนเสี่ยงสูงลดลงมาในระดับเสี่ยงต่ำกว่า

### การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพครบทั้ง 4 ครั้ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดการความเสี่ยงสำคัญ การดูแลสุขภาพเพื่อขจัดความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยงโดยการประเมินภาวะสุขภาพและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเอง การฝึกใช้เครื่องมือการประเมินที่มีความเหมาะสม ใช้งานง่ายและเข้าถึงง่าย โดยบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้ประเมินภาวะสุขภาพ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจ



เลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ด้วยตนเองการกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง การให้ความรู้การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยงและการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง มีระบบการติดตามและประเมินความก้าวหน้าการลดเสี่ยง การสร้างเครือข่ายการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับการเฝ้าระวังทางสุขภาพและปรับเปลี่ยนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่กำหนดการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลากหลายวิธีเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารการจัดการด้านอารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพดี การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียน การสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนและเอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจนสามารถเกิดการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ ตระหนักในการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ในระดับดี จนสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซินดา เตชะวิจิตรจาร์ (2561) กล่าวว่าความรอบรู้

ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นที่บุคลากรสุขภาพต้องให้ความสนใจ โดยการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ กระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร เขยสุวรรณ (2560) บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชนทั่วไปโดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) กล่าวถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลนั้น บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่างๆ และสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวให้มีสุขภาพดีได้ด้วย และจากการศึกษาของ ภมร ดรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ







ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.30 ( $R^2=0.27$ ) ดังนั้น ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพ พบว่าระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับสูงลดลงมาในระดับความเสี่ยงต่ำกว่าอธิบายได้ว่าเมื่อก่อนกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีที่จะเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเองโดยใช้สื่อจากแหล่งค้นคว้าที่เชื่อถือได้ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการกำจัดปัจจัยเสี่ยง จนเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่มีความเหมาะสมและมีความ

สอดคล้องกับความต้องการและสภาพร่างกายของตนเอง มองเห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของตนเอง จนกระทั่งสามารถเป็นบุคคลต้นแบบและถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชัย อัครสุดสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และสาวิตรี วิชญ์โยธิน (2562) ศึกษาเรื่องการบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560-2561 เป็นการวิจัยเพื่อดำเนินการ CVD Risk Management โดยใช้กลยุทธ์ Triple T; Team building โดยการสร้างทีมและทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ การสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการควบคุมตนเอง (self-regulation) และ Targeting การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ส่งผลให้การเพิ่มร้อยละของผู้ป่วยที่มีความรู้ปานกลางถึงสูงและร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการบริโภคหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด  $\geq 30\%$  มีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 43.10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา สาสังข์ และนพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ (2565) เรื่อง ความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา ที่ศึกษาความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังกิจกรรม ระยะที่ 1 และ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ และเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังกิจกรรม



ระยะที่ 1 และ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมต่างจากภายหลัง การอบรมระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการอบรมเป็นจัดกิจกรรม พัฒนาความรู้กลุ่มตัวอย่างโดยบูรณาการ ให้เหมาะสมกับวัยโดยมีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพทั้งการให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การพัฒนาทักษะ การออกกำลังกาย การแข่งขันตอบคำถาม และ มีการใช้สื่อที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรม ระยะที่ 1 ต่างจากหลังการอบรมระยะที่ 2 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการ อบรมได้จัดให้สอดคล้องกับความต้องการ สภาพ ร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรม หลากหลายโดยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถทำให้ผู้มีความเสี่ยง เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยกิจกรรมการ ดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น การบูรณาการระหว่างประชาชนร่วมกับบุคลากร ด้านสาธารณสุขมีบทบาทต่อการจัดการ สุขภาพและผู้สนับสนุนโปรแกรมการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การกำจัด ปัจจัยเสี่ยง ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถ

ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรจัดทำนโยบายเพื่อ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และติดตาม ผลลัพธ์ทางสุขภาพไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ

### ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับ ดำเนินการในทุกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ในทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในระดับชุมชน สนับสนุนให้เกิดหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ และ ทำการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับ ดำเนินการในทุกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงใน ทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในระดับชุมชน สนับสนุนให้เกิดหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ และทำการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลองโดยการนำ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ การลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน กลุ่มประชากรที่มีระดับความเสี่ยงครอบคลุม ทุกระดับและวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว





2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอก

**เอกสารอ้างอิง**

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ. (2561). สืบค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2566. จาก [http://www.hed.go.th/linkHed/333file:///C:/Users/HP/Downloads/261220170424321090\\_linkhed%20\(1\).pdf](http://www.hed.go.th/linkHed/333file:///C:/Users/HP/Downloads/261220170424321090_linkhed%20(1).pdf).

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

จรีพร คงประเสริฐ สุมณี วัชรสินธุ์ และ ณิชวีวรรณ พันธุ์มุง. (2558). การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

แพรวพรรณ ภูริปัญญา, บุญทนต์ พรหมภักดี และ สุปรียา จรทะผา. (2017). การประเมินความต้องการจำเป็น เพื่อพัฒนาบริการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง. *Disease Control Journal*, 43(3), 244-254.

เนตรนภา สาสังข์ และนพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. (2565). ความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือดของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา. *Journal of Safety and Health*, 15(1), 10-26.

ซินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2564). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: ภูมูแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 1-11.

ภมร ตรุณ. (2019). Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng Kan Province. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 71-82.

สมชัย อัครสุดสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และ สาวิตรี วิษณุโยธิน. (2562). *วารสารกรมการแพทย์*. 44(5), 150-157.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. กระทรวงสาธารณสุข ISSN 0857-3093. ค้นวันที่10 พฤษภาคม2565. จาก URL; <https://ghdx.healthdata.org/record/thailand-public-health-statistics-2019>

วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197.

de Melo Ghisi, G. L., da Silva Chaves, G. S., Britto, R. R., & Oh, P. (2018). Health literacy and coronary artery disease: a systematic review. *Patient education and counseling*, 101(2), 177-184.



Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.  
Thai CV risk score: Mahidol  
University. Available from: URL;  
[https://www.rama.mahidol.ac.th/ca  
rdio\\_vascular\\_risk/thai\\_cv\\_risk\\_scor  
e/](https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/)(retrieve 5<sup>th</sup> June 2021.).

Halladay, J. R., Donahue, K. E., Cené, C. W.,  
Li, Q., Cummings, D. M., Hinderliter,  
A. L., ... & DeWalt, D. (2017). The  
association of health literacy and  
blood pressure reduction in a  
cohort of patients with  
hypertension: the heart healthy  
lenoir trial. *Patient education and  
counseling*, 100(3), 542-549.

Division of Non Communicable Diseases.  
(2014). Hanbook of Cardiovascular  
risk identification and risk  
management. Ministry of Public  
Health.

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

Nutbeam, D. (2008). The evolving  
concept of Health Literacy.  
*Social Science & Medicine*. 67 :  
2072-2078.

World Health Organization.(2021). World  
health statistics 2021: monitoring  
health for the SDGs,sustainable

development goals.Geneva:

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

