



รายงานการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง  
Effectiveness of Health Education Program by Applying Health Belief  
Model on Health Behavior Change in Stroke Risk

เสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์, พย.บ<sup>1\*</sup>

ดวงภรณ์ เนตรสว่าง, พย.บ<sup>2</sup>

อรสา เพิ่มทรัพย์, พย.บ<sup>3</sup>

ชลีรัตน์ อินอ้า, พย.บ<sup>4</sup>

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

E- mail: thawornkrit@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 40 คน เลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดตราด ทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 1.0 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีของ Kuder-Richardson : KR 20 เท่ากับ 0.74 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 และ 0.75 ตามลำดับ ใช้วิธี Cronbach's alpha coefficient 3) ผลการเก็บข้อมูลการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและค่าคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ด้านความเชื่อสุขภาพส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ** โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease ,Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคฉับพลันที่พบบ่อยในระบบทางเดินประสาท ทำให้เกิดความพิการในระดับปานกลางถึงรุนแรงและเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทั่วโลกและของประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี พ.ศ.2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คนโดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกัน (หทัยรัตน์ ผดุงกิจ, 2562) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559-2562 พบว่ามีอัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 48.13, 47.81, 47.15 และ 52.97 ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยต่อแสนประชากรปี 2559-2562 เท่ากับ 451.39, 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563) แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาปีสุขภาวะจากโรคและการเจ็บป่วย ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31 มีความพิการหลงเหลืออยู่ ร้อยละ 90 แม้หายป่วยมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ (National Health Security office, 2008) โรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยเงียบที่น่ากลัวที่สุดที่คุกคามคนทั้งโลก สาเหตุของโรคเกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่การรับประทานอาหารมากเกินไป รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานอาหารผักผลไม้ไม่เพียงพอ ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้นไม่ออกกำลังกาย ความเครียดและพักผ่อนน้อย ประกอบกับการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญ ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด เบาหวาน หัวใจ นอกจากนี้อายุช่วง 50-60 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศหญิงร้อยละ 70 และการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 5 drink/วัน จะเพิ่มโอกาสการเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 1.69 เท่ารวมถึงการสูบบุหรี่มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเป็น 1.5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ในคนที่มีสัดส่วนระหว่างรอบเอวกับสะโพกมากกว่าปกติ มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ มีสัดส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน 2.3 เท่า (วิชัย เทียนถาวร, 2560; สุภวรรณ มโนสุนทร, 2557; วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2554; สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดตราด จากข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าปี พ.ศ.2559-2562 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) เท่ากับ 197, 241, 274 และ 292 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 47, 61, 71 และ 74 คน ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) เท่ากับ 16, 25, 20 และ 22 คน ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มจำนวนการป่วยเพิ่มมากกว่าการเสียชีวิตและพบในอายุน้อยกว่า 60 ปี ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันต้องทนทุกข์ทรมานในช่วงชีวิตที่เหลือกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัว และประเทศชาติ ดังนั้นวิธีลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคนี้ที่ดีที่สุด คือการป้องกันไม่ให้เป็นโรค จากการทบทวนงานวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดตราด (ภาณุวัฒน์ โสภณเลิศพงศ์, 2560) จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นโรคหลอดเลือดสมองปี 2557-2559 จำนวน 104 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง BMI มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางค่อนข้างสูง  $r=0.713$   $P\text{-Value} < 0.04$  ต่อโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบเอวกับโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสัมประสิทธิ์ในระดับปานกลาง  $r= 0.628$  ( $P\text{-Value} < 0.001$ )



การบริโภคอาหารเค็ม มันมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง  $r=0.672$  ( $P\text{-Value} < 0.03$ ) มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ต่อมาปี 2562 ทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ศึกษาเรื่องการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 338 คน พบว่าผลการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 การจัดการอาการในการดูแลตนเองก่อนไปโรงพยาบาลด้วยการรับประทานยาและนอนพักสังเกตอาการร้อยละ 45.8 กลุ่มที่ตัดสินใจไป รพ.สต./โรงพยาบาลทันที ร้อยละ 40.2 ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาจนกว่าอาการแสดงชัดเจนจึงมาโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปัญหา คือ

1. ด้านผู้ให้บริการ ไม่มีแนวปฏิบัติทำให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง เช่น วิธีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ ความเครียด เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งพยาบาลมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ต่างกัน

2. ด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดในโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ ภาวะอ้วน การรับประทานอาหารมัน เค็ม เป็นผลให้ระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์แต่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เมื่อปฏิบัติซ้ำๆ ทำให้เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตามมา

ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเริ่มต้นดูแลใส่ใจในสุขภาพเน้นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรู้โรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนและการประเมินตนเอง พยาธิสภาพของโรค วิธีป้องกันโรค ได้มุ่งเน้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนเพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคนี้ จึงได้สนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการจัดโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันในการให้ความรู้ การปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หวังว่าจะช่วยลดการเกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่หรือการเสียชีวิต

#### คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยอะไรบ้าง
2. ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่
  - 2.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง



2.2 เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

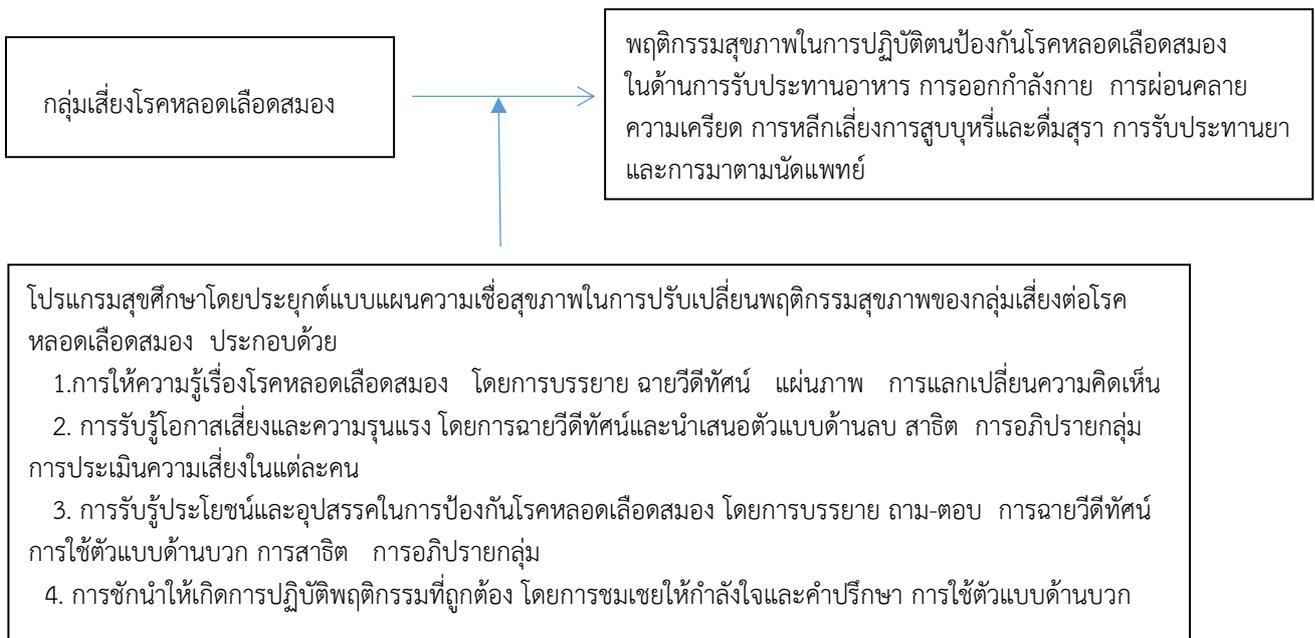
### สมมติฐานการวิจัย

- 1.กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม
- 2.กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม
- 3.กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยการประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเชื่อว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือไม่นั้น ต้องรับรู้ว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดี โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ 4) การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย 5) เขาได้รับแรงจูงใจชักนำให้มีการปฏิบัติจะช่วยกระตุ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำไปสู่การป้องกันโรคได้และส่งผลกระทบต่อความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ที่มา Becker, Maiman, 1975 :12

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว ในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแหลมฉบัง อำเภอลำสมอชอง จังหวัดตราด โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดตราด ในเดือนเมษายน – ธันวาคม 2563 อายุระหว่าง 35-64 ปี จำนวน 386 คน

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือมีระดับคะแนน CVD risk ชนิดไม่มีผลเลือด โดยใช้ขนาดรอบเอวและส่วนสูงแทนมีผลลัพธ์อยู่ระดับสูงขึ้นไป สถิติสัมพัทธ์สมบูรณ์ สามารถสื่อสาร โดยการฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ อายุระหว่าง 35 – 64 ปี เพราะพบมากในช่วงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่มีโรคแทรกซ้อน มีระดับความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท มีค่าดัชนีมวลกาย (MBI)  $\geq 25.0$  กก./ $m^2$  พบว่ามีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงขึ้นไปมีจำนวน 135 คน (N) การกำหนดตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย G power (Version 3.1.9.7) ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  อำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 95 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 ราย (n)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1.1 กิจกรรม รู้ทันลดเสี่ยงลดอัมพาตใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ชี้ให้เห็นอันตรายและความเสี่ยงในแต่ละคนสอนการอ่านค่าและแปลผลระดับความดันโลหิต การคำนวณค่า BMI ลงในสมุดโรคประจำตัวโรคเรื้อรัง แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติกินอย่างไร ออกกำลังกายอย่างไร อารมณ์แบบไหนห่างไกลโรค โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ การบรรยายและแผ่นรูปภาพเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ เป็นการกระตุ้นให้เกิดการชักนำ

1.2 กิจกรรม เราจะไม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พฤติกรรมที่มีผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในหมู่บ้าน ที่สามารถฟื้นฟูร่างกายจนกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เกือบปกติมาแล้วประสบการณ์ให้ฟังประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโดยมีตัวแบบผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมาถ่ายทอดประสบการณ์พฤติกรรมปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันตามหลัก 3ส.2อ. เสริมสร้างการรับรู้



อุปสรรคของการปฏิบัติ มีการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นในเรื่องพฤติกรรมรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาเพื่อจะได้สร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้

1.3 กิจกรรมรู้หน้าและรู้ใจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยจัดกิจกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต การออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว การผ่อนคลายความเครียด หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ การรับประทานยาต่อเนื่อง และมาตามนัด แพทย์ด้วยการบรรยายและสาธิต พร้อมอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จเพื่อช่วยระดมความคิดวางแผนในการปฏิบัติให้เข้าวิถีชีวิตของแต่ละคน

1.4 กิจกรรมฉันทำได้ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยการแบ่งกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติของแต่ละคน สรุปปัญหาที่ทำอุปสรรคที่ไม่สำเร็จ พร้อมหาตัวแบบด้านบวกในกลุ่มตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนและร่วมกันปรับแผนในการปฏิบัติให้เข้ากับวิถีชีวิตในแต่ละคน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพปัจจุบัน ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา ญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยเนื้อหาสาเหตุ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และความรู้การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ มีจำนวน 21 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คำถามเชิงบวก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ได้แก่ข้อ 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 20 คำถามเชิงลบ ตอบถูกให้ 0 คะแนน ตอบผิดให้ 1 คะแนน ได้แก่ข้อ 1, 4, 6, 13, 14, 15, 16, 21 เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (Bloom, 1971 อ้างถึงในวิทยากรณ์ สัจจร, 2562) แบ่งออกเป็นดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (17 – 21 ข้อ)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (13-16 ข้อ)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-12 ข้อ )

## 2.3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น

ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

รวมทั้งสิ้น 32 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วน ใช้มาตราวัดแบบ Likert Scale (Likert ,1961 อ้างถึงในวีระศักดิ์ ไชยดำและคนอื่นๆ, 2559) มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านการรับรู้ต่อ โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึงความเชื่อโรคหลอดเลือดสมองน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 –3.66 หมายถึงความเชื่อโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึงความเชื่อโรคหลอดเลือดสมองสูง



2.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทาน ยาและการมาตรวจตามนัด จำนวน 14 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ตามเทคนิคการวัดของ Likert (Likert,1961 อ้างถึงในวีระศักดิ์ ไชยดำและคนอื่นๆ,2559) จำนวน 14 ข้อ โดยข้อความที่แสดงพฤติกรรมทางบวกได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 9, 12, 14 และข้อความที่แสดงพฤติกรรม ทางลบได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 8, 10, 11, และ 13 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความแสดงการรับรู้ทางบวก

ข้อความแสดงการรับรู้ทางลบ

- 5 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ 6-7วัน/สัปดาห์
- 4 หมายถึงปฏิบัติบ่อย 4-5 วัน/สัปดาห์
- 3 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง 2- 3 วัน/สัปดาห์
- 2 หมายถึงปฏิบัติน้อย 1 วัน/สัปดาห์
- 1 หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย

- 1หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ 6-7 วัน/สัปดาห์
- 2 หมายถึงปฏิบัติบ่อย 4-5 วัน/สัปดาห์
- 3 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง 2- 3 วัน/สัปดาห์
- 4 หมายถึงปฏิบัติน้อย 1 วัน/สัปดาห์
- 5 หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และดี ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best,1977) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 –2.33 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 2.34 –3.66 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองป้องกันโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดี

**การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย**

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประยุกต์แบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้โปรแกรมมีความชัดเจนขึ้นได้ค่าความเชื่อมั่น 1.0

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้นำแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็น กลุ่มเดียวกับที่ตรวจสอบเนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษา ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาที่วัดกับ จุดประสงค์ที่ต้องการวัด โดยพิจารณาว่าแบบสัมภาษณ์วัดได้ตรงตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัดหรือไม่ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.83

2.2 การหาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแล้วตามคำแนะนำ ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นใช้วิธี Kuder-Richardson : KR 20 ผลค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้โรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.74 และได้ค่าความ เชื่อมั่นโดยใช้วิธี Cronbach’s alpha coefficient ด้านการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และ 0.75 ตามลำดับ



## การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 5/64 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2564 โดยมีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การลงนามบันทึกการยินยอม รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับและ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลรวมทั้งปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมวิเคราะห์ด้วยร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD)
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่างเดียวกันด้วยสถิติ Paired t -test

## ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษาในการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเก็บรวบรวม ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกโรค ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแหลมฉบัง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2565 โดยเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีอายุระหว่าง 35 – 64 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา การมองเห็น การได้ยิน อ่านออกเขียนได้ สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่มีโรคแทรกซ้อนตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีระดับ ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าระดับความดัน ไตแอสโตลิก (Diastolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และค่าดัชนีมวลกาย (MBI)  $\geq 25$  กก./ $m^2$  การกำหนดตัวอย่างโดยการใช่โปรแกรม G power (Version 3.1.9.7) ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 90 และขนาด อิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหาย จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 ราย (n) รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบ ตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมวิเคราะห์ ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบด้วย Paired t - test



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล แหวมงอบ อายุ 35 - 64 ปี จำนวน 40 คน เป็นเพศหญิง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.5 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 สถานะตำแหน่งทางสังคมไม่มีตำแหน่งใดๆ คิดเป็นร้อยละ 65 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 47.5 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 จำนวนผู้สูบบุหรี่หรือยาเส้น คิดเป็นร้อยละ 62.5 จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 30 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.0 กก./m<sup>2</sup> คิดเป็นร้อยละ 62.5 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 55.0 มีญาติสายตรงหรือคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 17.5 เคยได้ยินหรือรู้จักโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่ได้รับรู้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน( n=40 )	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	29	72.50
ชาย	11	27.50
<b>อายุ ( ปี )</b>		
อายุ 35-44 ปี	6	15.00
อายุ 45-54 ปี	18	45.00
อายุ 54-64 ปี	16	40.00
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	38	95.00
อิสลาม	2	5.00
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา	28	70.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	7	17.50
อนุปริญญา /ปวส.	2	5.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	7.50
<b>สถานะตำแหน่งทางสังคม</b>		
ประชาชนทั่วไป	26	65.00
อสม.	10	25.00
นายยกอบต/เทศบาล	2	5.00
ผู้นำชุมชน (ผญ.บ้าน , ผชญ. , กำนัน)	2	5.00
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
เกษตรกร	19	47.50
รับจ้าง	13	32.50
ไม่ได้ทำงาน(แม่บ้าน)	4	10.00
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	7.500
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	10	25.00
5,001-10,000 บาท	24	60.00
ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	6	15.00



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน( n=40 )	ร้อยละ
การสูบบุหรี่/ยาเส้น		
ไม่เคยสูบ	5	12.50
สูบ	35	87.50
การดื่มสุราหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	28	70.00
ดื่ม	12	30.00
ดัชนีมวลการ(BMI)		
ต่ำกว่า 18.5	1	2.50
18.5 - 22.9	6	15.00
23.0 - 24.9	8	20.00
มากกว่า 25.0 ขึ้นไป	25	62.50
จำนวนปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษา		
1-5 ปี	18	45.00
6-10 ปี	21	52.50
11-15 ปี	1	2.50
มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	33	82.50
มี	7	17.50
เคยได้ยินหรือรู้จักโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่เคย	6	15.00
เคย ได้รับผ่านสื่อ (สามารถตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่	34	
-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	32	80.00
-ป้ายโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ / แผ่นพับ	21	52.50
-วิทยุ / โทรทัศน์	17	42.50
-อินเทอร์เน็ต	13	32.50
-บุคคลในครอบครัว/ญาติ	10	25.00
-เพื่อนหรือคนที่รู้จัก	8	20.00
-หออกระจายข่าวในหมู่บ้าน	3	7.50

**ส่วนที่ 2 ผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2.1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคหลอดเลือดสมองก่อนใช้โปรแกรม มีคะแนนอยู่ในระดับสูง 8 คนคิดเป็นร้อยละ 20 ระดับปานกลาง 16 คนคิดเป็นร้อยละ 40 และระดับต่ำ 16 คนคิดเป็นร้อยละ 40 หลังใช้โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สูงขึ้น 40 คนคิดเป็นร้อยละ 100 ตามตารางที่ 2 และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อตามตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (n=40 )

ระดับความรู้	ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา		หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (17-21)	8	20	40	100
ระดับปานกลาง (13-16)	16	40	0	0
ระดับต่ำ (0-12)	16	40	0	0

จากตารางที่ 2 เมื่อแยกเป็นรายข้อความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ก่อนใช้โปรแกรมพบว่าข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง จะมีจุดแน่นหน้าอก หายใจลำบาก และหมดสติ (M=0.28, S.D.=0.45) รองลงมาเป็นพูดสับสน เอะอะโวยวาย (M= 0.33, S.D.=0.47) หลังใช้โปรแกรมพบว่าความรู้การแสดงผลของโรคหลอดเลือดสมองมีจุดแน่นหน้าอก หายใจลำบาก และหมดสติ เพิ่มขึ้น (M= 0.83, S.D. =0.38) กับพูดสับสน เอะอะโวยวาย (M= 0.83, S.D. =0.38 ) เพิ่มขึ้นเช่นกัน ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา

ข้อที่	ข้อความ	ก่อนการได้รับโปรแกรม(n=40)		หลังการได้รับโปรแกรม (n=40)	
		คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1	โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรมเท่านั้น	0.38	0.49	1.00	0.00
2	โรคเบาหวาน ไ้มนันในเลือดสูง มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.55	0.50	1.00	0.00
3	โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.73	0.45	1.00	0.00
4	ความโกรธ อารมณ์ไม่โหดุนเฉียวทันทีทันใด ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไปง่ ตีบหรือแตกได้	0.45	0.50	0.90	0.30
5	การสูบบุหรี่ มีผลทำให้เส้นเลือดแข็งตัวได้ง่าย	0.65	0.48	0.95	0.22
6	การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการเสพสารเสพติด เช่น โคเคน ยาบ้า ฯลฯ ไม่มีผลทำให้เส้นเลือดในสมองตีบ ไปง่ แตก	0.60	0.50	0.97	0.16
7	คนอ้วน มีความเสี่ยงเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผอม	0.65	0.48	0.90	0.30
8	ชาหรืออ่อนแรงของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน มีมุมปากตก ปากเบี้ยว กลืนลำบาก	0.73	0.45	1.00	0.00
9	ชาหรือรู้สึกยุบยิบตามแขนหรือขา ข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	0.73	0.45	1.00	0.00
10	พูดไม่ชัด พูดเป็นคำๆ หรือพูดตะกุกตะกัก	0.75	0.44	1.00	0.00
11	อาการมึนงง เวียนศีรษะเดินเซ หรือปวดศีรษะรุนแรงอย่างทันทีทันใด	0.65	0.48	1.00	0.00
12	ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือมองไม่ชัดอย่างทันทีทันใด	0.70	0.46	0.98	0.16
13	มีพูดสับสน เอะอะโวยวาย	0.33	0.47	0.83	0.38
14	มีจุดแน่นหน้าอก หายใจลำบาก และหมดสติ	0.28	0.45	0.83	0.38
15	โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วจะไม่กลับมาเป็นซ้ำ	0.65	0.48	0.98	0.16



ข้อที่	ข้อความ	ก่อนการได้รับโปรแกรม(n=40)		หลังการได้รับโปรแกรม (n=40)	
		คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
16	โรคหลอดเลือดสมองไม่มีอันตรายถึงกับตายได้	0.78	0.42	1.00	0.00
17	การออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วันๆละ 30 นาที จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.80	0.41	1.00	0.00
18	การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ช่วยลดการเกิดโรคเส้นเลือดในสมองโป่งแตก ตีบ ได้	0.73	0.45	1.00	0.00
19	การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	0.70	0.46	1.00	0.00
20	การมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	1.00	0.00	1.00	0.00
21	การกินยาลดความดันโลหิตอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร หรือออกกำลังกาย	0.45	0.50	1.00	0.00

2.2 คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2.2 ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 ระดับปานกลาง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 และหลังใช้โปรแกรมมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง 40 คนคิดเป็นร้อยละ 100 ตามตารางที่ 4 และเปรียบเทียบรายด้านตามตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความเชื่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา (n=40)

ระดับความเชื่อ	ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา		หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเชื่อระดับสูง (3.67-5.00)	19	47.5	40	100
ความเชื่อระดับปานกลาง (2.34-3.66)	21	52.5	0	0
ความเชื่อระดับต่ำ (1.00 -2.33)	0	0	0	0

จากตารางที่ 4 เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนใช้โปรแกรมพบว่าด้านที่ได้น้อยที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (M =3.73, S.D.=1.07) หลังใช้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่าด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (M =3.82, S.D.=0.89) และโดยภาพรวมมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงทั้งก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อเป็นรายข้อในโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสัมภาษณ์	ก่อนใช้โปรแกรม (n= 40 )		ระดับ	หลังใช้โปรแกรม (n= 40 )		ระดับ	df	t	P - value
	M	S.D.		M	S.D.				
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.85	0.96	สูง	4.46	0.68	สูง	39	-7.839	.000
2.การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.75	1.09	สูง	4.45	0.73	สูง	39	-7.120	.000
3.การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.14	0.83	สูง	4.50	0.96	สูง	39	-2.890	.006
4.การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.18	1.07	สูง	3.82	0.89	สูง	39	-4.760	.000

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2.3 ก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงจำนวน 24 คนคิดเป็นร้อยละ 60 ระดับปานกลางจำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มีระดับต่ำ หลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงจำนวน 39 คนคิดเป็นร้อยละ 97.5 และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางลดลงเหลือ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 2.5 ดังตารางที่ 6 และเปรียบเทียบพฤติกรรมรายข้อ คะแนนที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ ตามตารางที่ 7 ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละและระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา (n= 40 )

ระดับพฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา		หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	24	60	39	97.50
ระดับปานกลาง	16	40	1	2.50
ระดับต่ำ	0	0	0	0



ตารางที่ 7 แสดงรายชื่อพฤติกรรมของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา (n= 40 )

ข้อ	พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
		M	S.D.	ระดับความรู้	M	S.D.	ระดับความรู้
1.	<b>ด้านการบริโภคอาหาร</b> ท่านรับประทานอาหารประเภทของมันของทอด	2.85	0.83	ปานกลาง	3.53	0.55	ปานกลาง
2.	ท่านกินอาหารแต่ละมือมีการเติมเครื่องปรุงรสเพิ่ม เช่น น้ำปลา เกลือ ซีอิ๊วหรือซอสต่างๆ	3.60	1.08	ปานกลาง	3.83	1.08	สูง
3.	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่แดง ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เนื้อติดมัน กะทิ	3.05	1.01	ปานกลาง	3.58	0.78	ปานกลาง
4.	ท่านซื้ออาหารร้านสะดวกซื้อหรืออาหารปรุงสำเร็จรูป	3.55	0.96	ปานกลาง	4.08	0.86	สูง
5.	ท่านรับประทานผักผลไม้ปริมาณ 5 ทัพพีต่อวันมากกว่าทานขนมขบเคี้ยวหรือขนมหวาน	3.18	0.84	ปานกลาง	3.55	0.71	ปานกลาง
6.	<b>ด้านการออกกำลังกาย</b> ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที	2.60	1.03	ปานกลาง	2.95	0.60	ปานกลาง
7.	<b>ด้านการจัดการความเครียด</b> เมื่อท่านเครียด วิตกกังวลใจหรือหงุดหงิด ท่านผ่อนคลายด้วยการพูดคุยปรึกษา กับคนในครอบครัวหรือคนที่ไว้วางใจฟัง	3.95	0.75	สูง	4.18	0.78	สูง
8.	เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีใช้ยานอนหลับ ต้มสุราสูบบุหรี่	4.55	0.85	สูง	4.80	0.61	สูง
9.	ในแต่ละคืนท่านพักผ่อนนอนหลับเฉลี่ย 6 - 8 ชั่วโมง	4.05	1.08	สูง	4.30	0.46	สูง
10.	<b>ด้านการสูบบุหรี่</b> ท่านสูบบุหรี่หรือใบจากหรือยาเส้นหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่	4.53	0.99	สูง	4.90	0.30	สูง
11.	<b>ด้านการดื่มสุรา</b> ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.48	0.91	สูง	4.80	0.46	สูง
12.	<b>ด้านการรับประทานยา</b> ก่อนกินยาควบคุมความดันโลหิตได้อ่านฉลากยาดูชื่อยา วิธีการกินยาก่อนทุกครั้ง	4.20	1.26	สูง	4.78	0.42	สูง
13.	กรณีลืมกินยาควบคุมความดันโลหิตสูง จะปรับยาเพิ่มเป็น 2 เท่าในวันถัดไป	4.65	1.08	สูง	5.00	0.00	สูง

ข้อ	พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
		M	S.D.	ระดับความรู้	M	S.D.	ระดับความรู้
14.	ด้านการมาตรวจตามนัด ท่านมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงตรงตามนัด	4.13	1.44	สูง	4.88	0.33	สูง
	รวมพฤติกรรมเฉลี่ยทั้งหมด	3.81	1.21	สูง	4.22	0.89	สูง

2.4 ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา (n=40)

ความรู้	M	S.D.	t-test	Sig. (2 tailed)
ก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษา	13.25	3.642		
หลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา	20.30	1.159	-11.747	.000

2.5 ตารางที่ 9 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (n=40)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	t-test	Sig. (2 tailed)
ก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษา	29.64	6.406		
หลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา	32.61	9.060	-7.885	.000

2.6 ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา (n=40)

พฤติกรรมในการป้องกัน	M	S.D.	t-test	Sig. (2 tailed)
ก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษา	53.35	5.111		
หลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา	59.12	3.212	-6.654	.000

### อภิปรายผล

ผลศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) และใช้การวิเคราะห์ Paired T – test เป็นการเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ทำการวัด 2 ครั้งคือก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและคะแนนการความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมมีระดับความรู้ในระดับสูงก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ อภิปรายผลได้ว่าการจัดกิจกรรมโดยใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อในการกระตุ้นการเรียนรู้ ประกอบการบรรยายเป็นการใช้ระบบประสาทสัมผัสที่มองเห็นภาพเคลื่อนไหว หูได้ยินเสียง และอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้จดจำสนใจในสิ่งที่ได้ชมมากขึ้น และเป็นเรื่องที่



เกี่ยวข้องกับโรคที่มีผลกับของกลุ่มเสี่ยงเอง เป็นผลให้เกิดความตั้งใจที่จะเรียนรู้ ยังได้จัดกิจกรรมการแบ่งกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นหรือสะท้อนความคิดจากวีดิทัศน์ ทบทวนความรู้จากการฟังบรรยายและคู่มือวีดิทัศน์ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้สนุกสนานมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (2559) เรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  โดยให้ความรู้ด้วยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์วีดิทัศน์ นำมาอภิปรายแสดงความคิดเห็นจึงเท่ากับทบทวนความรู้จากการฟังบรรยายและคู่มือวีดิทัศน์ ทำให้เข้าใจเนื้อหาสาระมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการใช้โปรแกรม

2. ด้านความเชื่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากได้รับการรับรู้ตามแนวทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยเชื่อว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือไม่นั้น ต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดี โดยการช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ รวมทั้งสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าของอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย และเกิดแรงจูงใจชักนำให้มีการปฏิบัติจะช่วยกระตุ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำไปสู่การป้องกันโรคได้ อภิปรายได้ว่าการจัดกิจกรรมให้มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พฤติกรรมที่มีผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถฟื้นฟูร่างกายจนกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เกือบปกติมาแล้วประสบการณ์ให้ฟัง ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโดยตัวแบบในกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมาถ่ายทอดประสบการณ์พฤติกรรมปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่น การเสียรายได้ที่ต้องหยุดงาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด การรอคอย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อจะได้รับรู้ข้อดี ข้อเสีย และเกิดแรงชักนำในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษติพงษ์ ทิพย์ลัญ, ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร (2562) เรื่องประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่าการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินกิจกรรมมากกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ พันทิพพา บุญเศษ, ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )



3. ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษา อภิปรายได้ว่า ภายหลังได้ใช้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 59.12 ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ย 53.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งความเชื่อในด้านสุขภาพ และเน้นถึงผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักเห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยได้บรรยายประกอบการใช้สื่อวีดิทัศน์ การสาธิตการใช้ตัวแบบด้านบวกและด้านลบ และกิจกรรมการทำกลุ่ม จะช่วยให้เกิดสิ่งเร้าผ่านประสาทสัมผัสทางตา ทางหูไปพร้อมๆกัน ช่วยให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้นาน เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น ชักถามในประเด็นข้อสงสัยหรือความไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและเกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมัคร, สิริพร ชัยทองและศิริษา โคตร บุตตา (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการใช้สื่อภาพประกอบและสื่อวีดิโอ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเน้นการบริโภคอาหาร โดยการบรรยายร่วมกับใช้สื่อภาพประกอบและสื่อวีดิโอ และการยกตัวอย่างในการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาโดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งคู่ออกมาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$

#### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้ ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านบริการ การจัดกิจกรรมกระบวนกลุ่มของโปรแกรมสุขศึกษานี้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยเกิดปฏิสัมพันธ์กระตุ้นให้มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเป็นแนวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะกับวิถีชีวิตของตนเอง

2. ด้านบริหาร นำเสนอโปรแกรมนี้ในทีมโรคเรื้อรังเพื่อจัดให้มีโครงการสนับสนุนงานส่งเสริมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบให้ครอบคลุม



## เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎิพงษ์ ทิพย์ล้อย, ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร .(2562). ประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 21(2), 19-24.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559 - 2561. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2564, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
- กลุ่มยุทธศาสตร์และงานแผน สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2563). จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี2559-2562 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอักเสบถุงลมโป่งพอง). สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-etail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>. วันที่ค้นข้อมูล 14 มีนาคม 2564.
- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์.(2559). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ.
- ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, ไพฑูรย์ วุฒิสไม, เมวดี ศรีมงคล.(2564). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. กรุงเทพฯ. 22 (1), 478-487.
- พิชานันท์ สวงนสุข, ศันสนีย์ เมหฺรุงเรืองวงศ์.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารฯ ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI กลุ่มที่ 1, 9(2), 122-135.
- พันทิพา บุญเศษ , ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล.( 2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 21(2), 28-41.
- ภาณุวัฒน์ โสภณเลิศพงศ์และคณะ.(2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ในอำเภอแหลมฉบังจังหวัดตราด.
- วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมัคร, สิริพร ชัยทองและศิริษา โคตรบุตตา.(2564). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 14(2), 25-35.
- วาสนา จันทรสว่าง.(2550) การสื่อสารสุขภาพ: กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2554). การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: จากการป้องกันถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย: การป้องกันภาวะ สมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- สุภัทสร่า พิชญพงศ์โสภณ, จุฬารณณ์ โสตะ.(2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. (รายงานผลการวิจัย). กรมอนามัย. ขอนแก่น, 56-69.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (ออนไลน์) ประเด็นสารบรรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี2560. เข้าถึงได้จาก [http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicable-disease/\\_2560\\_.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicable-disease/_2560_.pdf). วันที่ค้นข้อมูล 14 มีนาคม 2564.



หทัยรัตน์ ผดุงกิจ (2562).โรคหลอดเลือดสมอง.สืบค้นจาก<https://www.kinrehab.com/news/view/163>.  
วันที่ค้นข้อมูล 14 มีนาคม 2564.

Becker, M.H. and Maiman, L.A. (1975). Socio behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical care.

National Health Security office (NHSO) 2008.Handbook of health security :The project of one stop service of development of a comprehensive stroke management system Bangkok :National Health Security office.