

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

ตฤณพงศ์ อีรพงศ์ธนสุข พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน *

พิชญากร นามนันท พย.ม.**

ณัฐกานต์ อีรพงศ์ธนสุข นก.ชก.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัดประสิทธิผลเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2568 เครื่องมือในการทดลอง: โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล: แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล: แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรมีการบูรณาการโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ผู้รับผิดชอบบทความ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลโพนนาแก้ว

*** นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลโพนนาแก้ว

รับบทความ: 16 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

Effects of a Health Belief Model–Based Intervention on Stroke Preventive Behaviors among Patients with Hypertension in Phon Na Kaeo District, Sakon Nakhon Province

Trinnapong Teerapongtanasuk, M.D.,Dip.Thai Board of Preventive Medicine.*

Phitchayakorn Namnon M.N.S.**

Nattakan Teerapongtanasuk, B.Sc.***

Abstract

This quasi-experimental study, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effects of a Health Belief Model-based program on stroke preventive behaviors among patients with hypertension in Phon Na Kaeo District, Sakon Nakhon Province. The study population comprised male and female patients who had been medically diagnosed with hypertension and were receiving treatment at Phon Na Kaeo Hospital. A purposive sample of 30 patients, aged 35 years and older, was recruited to participate in the study. The intervention was implemented over a three-month period, from April 20, 2025, to July 20, 2025. The research instrument was a Health Belief Model-based program, and data were collected using structured questionnaires. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, Median, and Interquartile Range (IQR) were used to analyze the data, while the Wilcoxon signed-ranks test was employed to assess differences in stroke preventive behaviors before and after the intervention.

Results: The findings revealed that scores on knowledge about stroke, perceptions related to stroke—including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of prevention, perceived barriers to preventive practices, and perceived self-efficacy in stroke prevention—as well as stroke preventive behaviors, differed significantly between pre- and post-intervention measurements. All differences were statistically significant at the 0.05 level. The post-test scores were significantly higher than the pre-test scores ($p < .05$).

Recommendations It is recommended to promote the application of the Health Belief Model – based program to stroke prevention behaviors among patients with hypertension. This program enhances patients' knowledge and understanding of hypertension and its complications, ultimately leading to improved self-care behaviors.

Keywords: Health Belief Model, Stroke, Hypertension

* Specialist Physician, Phon Na Kaeo Hospital, Phon Na Kaeo District, Sakon Nakhon Province (Corresponding Author)

** Registered Nurse (Professional Level), Primary and Holistic Care Division, Phon Na Kaeo Hospital

*** Senior Physical Therapist, Rehabilitation Medicine Division, Phon Na Kaeo Hospital

Received: March 16, 2026, Revised: March 20, 2026, 2025, Accepted: April 21, 2026

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก¹พบว่า ในปี ค.ศ. 2015 มีประชากรโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 17 ล้านคน และเสียชีวิตสูงถึง 6.5 ล้านคน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็น 77 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 23 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้มากถึง 7.8 ล้านคน ซึ่งเป็นการะหนักของสังคมโลกในอนาคต สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหา ทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น จากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประชากรไทยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 21.13 ต่อประชากรแสนคน²และทุก 1 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมอง 3.5 แสนราย และเสียชีวิต 39,086 ราย³

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคาม ประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับต้น ๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้ป่วยจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการหัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้น จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก ผนังหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นยังส่งผลให้ลิ่มเลือด และไขมันที่ไหลไปตามกระแสเลือดเกิดการเกาะตัวตามผนังหลอดเลือด เมื่อเกิดการสะสมขยายขนาดใหญ่มากขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดสมองจึงตีบแคบ และมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง จึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งนี้อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ อาการอ่อนแรงของแขนขาหนึ่งซีก มักพบร่วมกับอาการปากเบี้ยว เรียกว่า อัมพาต หรือ อัมพฤกษ์⁴

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเน้นเกี่ยวกับ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย

และอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ควรรับประทานอาหารประเภทผัก ควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การควบคุมระดับไขมันในเลือด ซึ่งระดับไขมันในเลือดสูง จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่ไขมันเอชดีแอล (HDL) เป็นไขมันที่ดีจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และการออกกำลังกายจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลงทำให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและช่วยให้สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำโปรแกรมต่าง ๆ จะช่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้มีการปรับพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยการออกแบบโปรแกรมนั้นต้องใช้กรอบแนวคิดที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ คือ การปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ตัวผู้ป่วยเอง และเพิ่มการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁶ ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมที่ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค บุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น หากประเมินแล้วพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคและมีการรับรู้ ความสามารถของตนเองตลอดจนได้รับการกระตุ้น หรือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม

โรงพยาบาลโพธารามแก้ว เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สถิติการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 2,952, 2,875 และ 3,017 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีจำนวน 2,010 คน (ร้อยละ 68.08) 2,067 คน (ร้อยละ 71.89) และ 2,187 คน (ร้อยละ 72.48) ตามลำดับ และ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์นาแก้ว ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2565 จำนวน 631 คน (ร้อยละ 21.37), ปี 2566 จำนวน 511 คน (ร้อยละ 17.77) และปี 2567 จำนวน 615 คน (ร้อยละ 20.38) ตามลำดับ ยังพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 1.82), 54 คน (ร้อยละ 1.87) และ 42 คน (ร้อยละ 1.39)⁷

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งมีหน้าที่ส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคในชุมชน จึงสนใจจะนำโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในอำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์นาแก้ว จังหวัดสกลนคร ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน และหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันและหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁶ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น หากประเมินแล้วพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรค มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากสังคม ทั้งจากภายในบุคคล ได้แก่ ตัวบุคคลเอง ความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นต้น และการกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร สื่อต่าง ๆ และชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมได้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วย และตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นการให้ความรู้ตามโปรแกรม แจกคู่มือและชี้แจงการลงแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ การนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพ สาริต และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สาริตและฝึกปฏิบัติเทคนิค การผ่อนคลาย

ขั้นตอนที่ 4 ปังจยชักนำสู่การปฏิบัติ มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 5 สร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้าน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 6 การตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับ จากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับสรุปปัญหา และแนวทาง การแก้ไข พร้อมชมเชย ให้กำลังใจ และตอบแบบสอบถาม

ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
6. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
7. พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา)

วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one Group Pretest-posttest Design)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร หมายเลขจริยธรรม SKN REC 2025-026 วันที่รับรองจริยธรรม 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว จึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการยินยอมเพื่อขอเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร จำนวน 615 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพนนาแก้ว อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน

2568 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: จากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis)⁸ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) $1-\beta$ เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิตสูง
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
4. ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. อ่านหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
6. มีที่อยู่ที่แน่นอน สามารถติดต่อได้สะดวก
7. สมัครใจเข้าร่วมวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา

เกณฑ์การคัดออกจากกรวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่กำลังตั้งครรภ์
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
3. ผู้ป่วยที่ย้ายที่อยู่หรือเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัย
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม หรือสมุนไพร

เกณฑ์การให้เลิกจากการวิจัย (Discontinuation Criteria) หากกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชระหว่างเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

3. ผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนนาแก้ว ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย
 - 1) ข้อมูลทั่วไป
 - 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยของกรณิการ์ เงินดี¹⁶ มาใช้ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เฉพาะทาง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทาง 1 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.98

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดสอบ (try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในจังหวัดสกลนคร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76, 0.77, 0.75, 0.76,

0.75 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ภายหลังจากได้รับเอกสารการรับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และเป็นนักกายภาพบำบัด 1 คน ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาช่วยในการให้ความรู้พื้นฐานโดยให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกาย และออกเยี่ยมบ้าน

2. ขั้นระยะดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลทั่วไปและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) ประเมินความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บรรยายให้ความรู้โดยผู้วิจัย เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมรายกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าประสบการณ์ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรคจากการบอกเล่าเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้าน และการให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมรายกลุ่ม การรับรู้ความสามารถของตนเองและกระตุ้นเตือน โดยการเข้าฐานเรียนรู้ 3 ฐาน ได้แก่ ฐานความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ฐานให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และฐานความรู้เรื่องการ

จัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 4-11 กิจกรรมรายบุคคล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยออกติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมรายกลุ่ม ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตและกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี (S.D. = 7.27) และจบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 40 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ รับข่าวสารด้านสุขภาพจากคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเอกสาร/ใบปลิว ตามสถานบริการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 93.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับสูง (9-12)	2	6.7	27	90.0
ระดับปานกลาง (5-8)	19	63.3	3	10.0
ระดับต่ำ(0-4)	9	30.0	0	0.0
รวม	30	100	30	100

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีระดับการรับรู้สูงสุดคือ โอกาสเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูง (ข้อ 1) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 (S.D. = 0.86) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 2.00) แปลผลอยู่ในระดับ ปานกลาง 8) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 4) มีค่าเฉลี่ย 1.80 (S.D. = 0.61) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์ (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ย 1.70 (S.D. = 0.79) ซึ่งทั้งสองข้อมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 1.00) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุดคือ ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 11) มีค่าเฉลี่ยเพียง 1.03 (S.D. = 0.18) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00 โดยมีค่า IQR เท่ากับ 0.00 ซึ่งสะท้อนว่ากลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดรับรู้ประเด็นปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมในระดับที่ต่ำมากและเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับ ปานกลาง (Median = 2.00) จำนวน 7 ข้อ โดยข้อที่มีความเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด (IQR = 0.00) คือ โอกาสเสียชีวิตสูงเมื่อเป็นโรค (ข้อ 5), อาการ

เตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 6) และ ระยะเวลาในการรักษานาน (ข้อ 7) นอกจากนี้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มนี้คือ โรคแทรกซ้อนที่สำคัญ (ข้อ 4) และ อัตราการเสียชีวิตสูง (ข้อ 10) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 (S.D. = 0.71) โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 1.00) กลุ่มทดลองมีการรับรู้ในระดับน้อย (Median = 1.00) มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การไม่รับประทานยาและไม่ปฏิบัติ 3อ. 2ส. (ข้อ 2), ความเสี่ยงของผู้ป่วยระดับสีแดง (ข้อ 3) และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (ข้อ 9) โดยในข้อ 2 และข้อ 9 กลุ่มทดลองมีความคิดเห็นเป็นเอกฉันท์สูงมาก (IQR = 0.00)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในภาพรวมมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับการรับรู้สูงสุดอยู่ในระดับ สูง ได้แก่ การกินอาหารรสเค็มจัด (ข้อ 4) และการกินอาหารประเภททอด/ผัด (ข้อ 5) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (S.D. = 0.69) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และ 1.00 ตามลำดับ (IQR = 0.00) สะท้อนว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตระหนักถึงผลเสียของพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวต่อการเกิดโรคอย่างชัดเจน ข้อที่มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุดคือ การใช้น้ำมันหมูแทนน้ำมันถั่วเหลือง (ข้อ 6) โดยมีค่าเฉลี่ย 1.00 (S.D. = 0.00) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 0.00) แปลผลอยู่ในระดับต่ำ และพบว่ากลุ่มทดลองทุกคนตอบในทิศทางเดียวกันทั้งหมด (S.D. และ IQR เป็น 0) นอกจากนี้ ประเด็นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม (ข้อ 2), การออกกำลังกาย (ข้อ 7) และการทำสมาธิ (ข้อ 9) พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

1.97 (S.D. = 0.49) และ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00 ถึง 2.00

การรับรู้อุปสรรคฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้อุปสรรคในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่าอุปสรรคที่มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานสูงสุดอยู่ในระดับสูง คือ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนหรือชมรมสุขภาพว่าเสียเวลาและไม่มีประโยชน์ (ข้อ 9) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 (S.D. = 0.00) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) ซึ่งเป็นค่าสูงสุดที่กลุ่มทดลองทุกคนตอบเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ รองลงมาคือ การไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย (ข้อ 4) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (S.D. = 0.51) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.50 (IQR = 1.00) แปลผลอยู่ในระดับสูง สำหรับอุปสรรคที่มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายในที่สาธารณะ (ข้อ 5) มีค่าเฉลี่ย 1.60 (S.D. = 0.72) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00 (IQR = 1.00) และ บริเวณบ้านคับแคบทำให้ไม่มีที่ออกกำลังกาย (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ย 1.63 (S.D. = 0.76) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00 (IQR = 1.00) ซึ่งแปลผลอยู่ในระดับต่ำ ในส่วนของอุปสรรคด้านการบริโภค เช่น การทำอาหารเองยุ่งยาก (ข้อ 1), ค่าใช้จ่ายในการกินอาหารครบ 5 หมู่ (ข้อ 2) และ รสชาติอาหารต้ม/นึ่งไม่อร่อย (ข้อ 3) พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับ ปานกลาง

การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถฯ อยู่ในระดับ ปานกลาง ข้อที่มีระดับการรับรู้ความสามารถสูงสุดอยู่ในระดับ สูง คือ การรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสม่ำเสมอ (ข้อ 5) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 (S.D. = 0.56) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการจัดการเรื่องการใช้ยาเป็นอย่างดี สำหรับข้อที่มีระดับการรับรู้ความสามารถต่ำที่สุด คือ การอ่านหนังสือธรรมะและฝึกสมาธิ (ข้อ 3) มีค่าเฉลี่ยเพียง

1.30 (S.D. = 0.70) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00 (IQR = 0.00) ซึ่งแปลผลอยู่ในระดับ ต่ำ ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย (ข้อ 4) และการมาพบแพทย์ตามนัด (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.10 (S.D. = 0.48) ส่วน การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง (ข้อ 1) และการดื่มน้ำเปล่าแทนเครื่องดื่มรสเค็ม (ข้อ 2) มีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.07 (S.D. = 0.50) โดยทุกข้อมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 0.00) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง

พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับสูง: มีพฤติกรรมในระดับสูง ในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านการรับประทานยาและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เรื่องการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด (ข้อ 19), การลด/หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง (ข้อ 5), การไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ข้อ 11) และ การสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด (ข้อ 13) ซึ่งทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.87 (S.D. = 0.50) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00)

นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมในระดับ สูง ในเรื่อง การรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ (ข้อ 2) (Mean = 2.73, Mdn = 3.00) และ การดื่มสุรากับเพื่อนร่วมงาน (ข้อ 10) รวมถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องงดเหล้า/บุหรี่ (ข้อ 20) ซึ่งมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3.00 เช่นกัน พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับต่ำ: รายการที่มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานต่ำที่สุด (Mean = 1.00, Mdn = 1.00, IQR = 0.00) ซึ่งแปลผลอยู่ในระดับ ต่ำ และกลุ่มทดลองทุกคนตอบเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ ได้แก่ การรับประทานมือน้อยกว่ามือน้อย (ข้อ 3), การหลีกเลี่ยงอาหารโซเดียมสูง/รสเค็ม/ของหมักดอง/รสหวานจัด (ข้อ 6, 7, 8) และ การทำกิจกรรมยามว่างใดๆ (ข้อ 15) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.27 (0.86)	1.00	3.00	3.00	2.00	ปานกลาง
2. ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.30 (0.46)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
3. ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.63 (0.76)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.80 (0.61)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
5. รับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.50 (0.62)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์ มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.70 (0.79)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
7. การสูบบุหรี่หรืออยู่ในที่มีควันบุหรี่ มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.33 (0.60)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
8. การรับประทานยาลดความความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ ไม่เป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.67 (0.66)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
9. โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วแบบสั้นพริ้ว มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.33 (0.47)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
10 อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.50 (0.57)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
11. ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (พ่อ แม่ พี่น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน) มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.03 (0.18)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีเหลือง สีส้ม สีแดง มีโอกาป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	1.73 (0.64)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติ 3อ. 2ส. มีโอกาเสี่ยงสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.20 (0.61)	1.00	1.00	1.00	0.00	น้อย
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีแดง คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.57 (0.62)	1.00	1.50	2.00	1.00	น้อย
4. โรคแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน/แตก	2.33 (0.71)	2.00	2.00	3.00	1.00	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง	2.10 (0.48)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
6. ผู้ป่วยที่มีอาการขาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก ปวดศีรษะ ตามัว เดินเซ ทรงตัวลำบาก เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	2.10 (0.48)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
7. หากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการรักษานาน	2.03 (0.41)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
8. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเร็ว ภายใน 3-4 ชั่วโมง มีโอกาสรอดชีวิตสูง	1.67 (0.47)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
9. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายสูง	1.10 (0.30)	1.00	1.00	1.00	0.00	น้อย
10. โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้วมีอัตราการเสียชีวิตสูง	2.33 (0.71)	2.00	2.00	3.00	1.00	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย จะช่วยค้นพบการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเริ่มต้น	1.50 (0.68)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
2. การบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.97 (0.49)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
3. การกินผัก วันละมาก ๆ จะช่วยป้องกันเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.70 (0.65)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
4. การกินอาหารที่มีรสเค็มจัด จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.73 (0.69)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การกินอาหารประเภท ทอด ผัด เป็นประจำ จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.73 (0.69)	1.00	1.00	1.00	0.00	สูง
6. การใช้น้ำมันหมู แทนน้ำมันถั่วเหลือง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1.00 (0.00)	2.00	2.00	2.00	0.00	ต่ำ
7. การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาทีจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.97 (0.49)	1.00	1.00	1.00	0.00	ปานกลาง
8. การไม่พบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูง จะทำให้อารมณ์เบิกบานไม่เครียด จะช่วยส่งเสริมให้ไม่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.20 (0.61)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
9. การทำสมาธิ จะทำให้จิตใจสงบ คลายเครียด จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.97 (0.49)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การทำอาหารกินเองเป็นเรื่องยุ่งยาก และเสียเวลา	1.90 (0.60)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
2. การทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หรือหลากหลายชนิด จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น	2.17 (0.37)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
3. การรับประทานอาหารจำพวก ต้ม นึ่ง อบ รสชาติไม่อร่อย เหมือนกับ ทอดหรือผัด	1.87 (0.68)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
4. ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย	2.50 (0.51)	2.00	2.50	3.00	1.00	สูง
5. ท่านจะมีความรู้สึกเหนื่อย เมื่อย ออกกำลังกายในที่สาธารณะ	1.60 (0.72)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
6. บริเวณบ้านของท่านคับแคบ จึงทำให้ไม่มีที่ออกกำลังกาย	1.63 (0.76)	1.00	1.00	2.00	1.00	ต่ำ
7. การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำให้เสียเวลา ทำให้ปวดเมื่อยตัว	1.83 (0.64)	1.00	2.00	2.00	1.00	ปานกลาง
8. การพบปะพูดคุย หรือร่วมงานกับบุคคลอื่นทำให้เสียเวลา	2.17 (0.37)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
9. การเข้าร่วมทำกิจกรรมของชุมชน หรือกิจกรรมกลุ่มชมรม สุขภาพต่าง ๆ ทำให้เสียเวลา และไม่มีประโยชน์	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ เป็นต้น	2.07 (0.50)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
2. ท่านสามารถงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสเค็มจัด ประเภท น้ำปลา ลงในอาหารระหว่างการรับประทาน	2.07 (0.50)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
3. การอ่านหนังสือธรรมะและฝึกสมาธิ	1.30 (0.70)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
4. การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	2.10 (0.48)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
5. การรับประทานยาเพื่อลดควบคุมระดับความดันโลหิตสม่ำเสมอ	2.77 (0.56)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.10 (0.48)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	1.40 (0.81)	1.00	1.00	1.25	0.25	ต่ำ
2. รับประทานอาหารมากกว่า3มื้อ	2.73 (0.69)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. รับประทานอาหารมื้อเย็นน้อยกว่ามื้ออื่น	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
4. รับประทานอาหารผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
5. การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันมากๆ	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่นผงชูรส ขนมหั้ว บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
7. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง เช่น ไส้กรอก แฮม หรือการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่ปรุงแล้ว	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
8. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน ทุเรียน ลำไย หรือเครื่องดื่ม น้ำอัดลม ชา กาแฟ	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
9. จดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ในผู้ชายดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน หรือ ในผู้หญิงหรือผู้ที่มีน้ำหนักในตัวน้อยดื่มเกิน 1 แก้ว/วัน	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
10. การดื่มสุรากับเพื่อนร่วมงาน หลังเลิกงาน	2.47 (0.90)	1.75	3.00	3.00	1.25	สูง
11. ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
12. การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
13. การสูบบุหรี่ เพื่อคลายเครียด	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
14. การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
15. การทำกิจกรรม หรือเล่นกีฬาเบาๆ ในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เล่นเปตอง	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

รายการ	ก่อนการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
16. การหมั่นทำจิตใจให้แจ่มใสและผ่อนคลายความเครียดอยู่เสมอ เช่น นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
17. การเก็บตัวอยู่คนเดียว เมื่อเครียด	1.00 (0.00)	1.00	1.00	1.00	0.00	ต่ำ
18. การติดตามข่าวสารและค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	1.93 (0.25)	2.00	2.00	2.00	0.00	ปานกลาง
19. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
20. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.47 (0.90)	1.75	3.00	3.00	1.25	สูง

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับ สูง เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ที่ สูง เป็นเอกฉันท์ (Median = 3.00, IQR = 0.00) โดยเฉพาะการรับรู้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาเสี่ยง (ข้อ 1) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 2.90 (S.D. = 0.30) รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (ข้อ 3), การกินอาหารรสจัด (ข้อ 5) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 (S.D. = 0.48) สำหรับข้อที่มีการรับรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านญาติสายตรงหรือพันธุกรรม (ข้อ 11) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 2.07 (S.D. = 0.63) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.00 (IQR = 0.25)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่ามีการรับรู้ในระดับ สูงที่สุด และเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) ใน 2 ประเด็นหลัก คือ

โรคแทรกซ้อนที่สำคัญ (ข้อ 4) และ อัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเป็นโรค (ข้อ 10) สำหรับข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 ซึ่งแสดงถึงความเข้าใจที่ชัดเจนในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะเรื่อง ระดับความเสี่ยง (ข้อ 1), การไม่ปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. (ข้อ 2) และ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 6) และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง (ข้อ 9) ซึ่งมีระดับการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.70) แต่เป็นข้อที่มีความผันแปรของความคิดเห็นมากที่สุดในกลุ่มทดลอง โดยมีค่า IQR เท่ากับ 1.25 และค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3.00

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับการรับรู้สูงที่สุดและเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) มี 2 ข้อ คือ การกินอาหารรสเค็มจัด (ข้อ 4) และ การกินอาหารประเภททอด/ผัด (ข้อ 5) ซึ่งสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นเอกฉันท์เกี่ยวกับประโยชน์ของการสังเกตอาการผิดปกติ (ข้อ 1), การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (ข้อ 2-3), การออกกำลังกาย (ข้อ 7) รวมถึงการจัดการ

ความเครียด (ข้อ 8–9) ทั้งนี้ประเด็นเรื่อง การใช้น้ำมันหมู แทนน้ำมันถั่วเหลือง (ข้อ 6) แม้จะมีผลการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.67) แต่เป็นข้อที่มีความผันแปร ของความคิดเห็นมากที่สุดในกลุ่มนี้ โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 1.00

การรับรู้อุปสรรคฯ ภายหลังการได้รับโปรแกรมการ ทดลอง พบว่าภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้อุปสรรค เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบ ว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีการรับรู้อุปสรรคในระดับ สูงที่สุด และเห็นตรงกันเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) ใน 2 ประเด็นหลัก คือ การไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย (ข้อ 4) และ การเข้าร่วม กิจกรรมชุมชนหรือชมรมสุขภาพว่าเสียเวลาและไม่มี ประโยชน์ (ข้อ 9) สำหรับข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม ทดลองรับรู้ถึงอุปสรรคในมิติต่างๆ อย่างชัดเจนและเป็นไป ในทิศทางเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับ ประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ข้อ 2), ความรู้สึกกินอายุเมื่อ ออกกำลังกาย (ข้อ 5) และ อุปสรรคด้านพื้นที่หรือเวลาใน การทำกิจกรรม (ข้อ 6, 7, 8) ทั้งนี้ มีข้อสังเกตในประเด็น ความยุ่งยากในการทำอาหารกินเอง (ข้อ 1) แม้ระดับการ รับรู้อุปสรรคโดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.57) แต่ เป็นข้อที่มีความแตกต่างของความคิดเห็นภายในกลุ่ม ทดลอง โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 1.00

การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ ภายหลังการได้ รับโปรแกรมการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ ความสามารถเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง ในทุกข้อ เมื่อ พิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับการรับรู้ความสามารถ สูงสุดคือ การรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต สม่ำเสมอ (ข้อ 5) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (S.D. = 0.18)

และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) สะท้อนถึงความ มั่นใจในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาที่สูงมากและเป็นไป ในทิศทางเดียวกัน สำหรับข้ออื่นๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง อาหารไขมันสูง (ข้อ 1), การออกกำลังกาย (ข้อ 4) และการ มาพบแพทย์ตามนัด (ข้อ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.93 (S.D. = 0.25) โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 และค่า IQR เท่ากับ 0.00 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความมั่นใจใน การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวในระดับสูงอย่างเป็นเอกฉันท์ ทั้งนี้ประเด็นเรื่อง การงดดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็ม (ข้อ 2) และ การอ่านหนังสือธรรมะ/ฝึกสมาธิ (ข้อ 3) แม้จะมีผลการรับ รู้โดยรวมอยู่ในระดับ สูง (Mean = 2.73 และ 2.67 ตาม ลำดับ) แต่เป็นข้อที่มีความแตกต่างของระดับความมั่นใจ ภายในกลุ่มทดลองมากกว่าข้ออื่นๆ โดยมีค่า IQR เท่ากับ 1.00

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลัง การได้รับโปรแกรมการทดลอง พบว่ามีระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับ สูง ในทุกข้อ เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่าเกือบทั้งหมดมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับ สูงที่สุด และมีความเห็นเป็นเอกฉันท์ (Mean = 3.00, S.D. = 0.00, Median = 3.00, IQR = 0.00) ถึง 15 ข้อ จาก ทั้งหมด 20 ข้อครอบคลุมทั้งด้านการควบคุมน้ำหนัก (ข้อ 1), การบริโภคผักผลไม้ (ข้อ 4), การหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน/ โซเดียม/รสจัด (ข้อ 5–8), การงดบายนุข (ข้อ 9–11, 13) รวมถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เรื่องยา (ข้อ 19) สำหรับข้อที่เหลืออีก 5 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร มากกว่า 3 มื้อ (ข้อ 2), การทานมือน้อยลง (ข้อ 3), การทำกิจกรรมยามว่าง (ข้อ 15), การดูแลจิตใจ (ข้อ 16) และการงดเหล้า/บุหรี่ตามคำแนะนำ (ข้อ 20) พบว่ามีระดับ การปฏิบัติอยู่ในระดับ สูง เช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.90 (S.D. = 0.30) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 (IQR = 0.00) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.40 (0.67)	2.00	2.50	3.00	1.00	สูง
3. ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.80 (0.48)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.70 (0.70)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.80 (0.48)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ในผู้ชายดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน หรือ ในผู้หญิงหรือผู้ที่มีน้ำหนักในตัวน้อยดื่มเกิน 1 แก้วต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.80 (0.48)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. การสูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.73 (0.63)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การรับประทานยาลดความความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ ไม่เป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.77 (0.56)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นหัวใจ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วแบบสั้นพริ้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.37 (0.67)	2.00	2.00	3.00	1.00	สูง
10. อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.43 (0.62)	2.00	2.50	3.00	1.00	สูง
11. ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (พ่อ แม่ พี่น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.07 (0.63)	2.00	2.00	2.25	0.25	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีเหลือง สีส้ม สีแดง มีโอกาสป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติ 3อ. 2ส. มีโอกาสเสี่ยงสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับสีแดง คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
4. โรคแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน/แตก	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. ผู้ป่วยที่มีอาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก ปวดศีรษะ ตามัว เดินเซ ทรงตัวลำบาก เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. หากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการรักษานาน	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเร็ว ภายใน 3-4 ชั่วโมง มีโอกาสรอดชีวิตสูง	2.83 (0.37)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายสูง	2.70 (0.60)	2.75	3.00	3.00	1.25	สูง
10. โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้วมีอัตราการเสียชีวิตสูง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย จะช่วยค้นพบการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเริ่มต้น	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. การบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. การกินผักวันละหลายๆ ช่วยป้องกันเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.87 (0.35)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. การกินอาหารที่มีรสเค็มจัด จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การกินอาหารประเภท ทอด ผัด เป็นประจำ จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การใช้น้ำมันหมู แทนน้ำมันถั่วเหลือง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.67 (0.66)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
7. การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาทีจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การไม่พบปะ พูดคุยกับเพื่อนฝูง จะทำให้อารมณ์เบิกบานไม่เครียด จะช่วยส่งเสริมให้ไม่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.87 (0.50)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
9. การทำสมาธิ จะทำให้จิตใจสงบ คลายเครียด จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การทำอาหารกินเองเป็นเรื่องยุ่งยาก และเสียเวลา	2.57 (0.50)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
2. การทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หรือหลากหลายชนิด จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. การรับประทานอาหารจำพวก ดั้ม นึ่ง อบ รสชาติไม่อร่อย เหมือนกับ ทอดหรือผัด	2.80 (0.61)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. ท่านจะมีความรู้สึกเหนื่อย เมื่อยออกกำลังกายในที่สาธารณะ	2.83 (0.37)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. บริเวณบ้านของท่านคับแคบ จึงทำให้ไม่มีที่ออกกำลังกาย	2.57 (0.50)	2.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำให้เสียเวลา ทำให้ปวดเมื่อยตัว	2.80 (0.61)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การพบปะพูดคุย หรือร่วมงานกับบุคคลอื่นทำให้เสียเวลา	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. การเข้าร่วมทำกิจกรรมของชุมชน หรือกิจกรรมกลุ่มชมรม สุขภาพต่างๆ ทำให้เสียเวลา และไม่มีประโยชน์	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ เป็นต้น	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. ท่านสามารถงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสเค็มจัด ประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยว ลงในอาหาร	2.73 (0.45)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
3. การอ่านหนังสือธรรมะและฝึกสมาธิ	2.67 (0.60)	2.00	3.00	3.00	1.00	สูง
4. การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การรับประทานยาเพื่อลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง	2.97 (0.18)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
6. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.93 (0.25)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
1. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
2. รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
3. รับประทานอาหารมื้อเย็นน้อยกว่ามื้ออื่น	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
4. รับประทานอาหารผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
5. การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันมากๆ	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
6. การลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส ขนมน้ำแข็ง ะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
7. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หมักดอง เช่น ไข่กรอก เต็มน้ำปลา ซอว์ลงในอาหารที่ปรุงแล้ว	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
8. การลดหลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน ทุเรียน ลำไย หรือเครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
9. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ในผู้ชายดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน หรือ ในผู้หญิงหรือผู้ที่มึนน้ำหนักในตัวน้อยดื่มเกิน 1 แก้ว/วัน	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
10. การดื่มสุรากับเพื่อนร่วมงาน หลังเลิกงาน	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
11. ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
12. การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
13. การสูบบุหรี่ เพื่อคลายเครียด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
14. การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (ต่อ)

รายการ	หลังการทดลอง (N = 30)					การแปลผล
	$\bar{X}$ (S.D)	Q1	Mdn	Q3	IQR	
15. การทำกิจกรรม หรือเล่นกีฬาเบาๆในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เล่นเปตอง	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
16. การหมั่นทำจิตใจให้แจ่มใสและผ่อนคลายความเครียดอยู่เสมอ เช่น นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
17. การเก็บตัวอยู่คนเดียว เมื่อเครียด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
18. การติดตามข่าวสารและค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
19. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด	3.00 (0.00)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง
20. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.90 (0.30)	3.00	3.00	3.00	0.00	สูง

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่าในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

สมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			
	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน-หลัง				
Negative Ranks	1.50	1.50	-4.76	< 0.001*
Positive Ranks	15.98	463.50		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	7.75	31.00	-4.04	< 0.001*
Positive Ranks	16.16	404.00		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	9.75	39.00	3.87	< 0.001*
Positive Ranks	15.84	396.00		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	2.50	10.0	-4.49	< 0.001*
Positive Ranks	17.00	425.00		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	13.00	13.00	-4.23	< 0.001*
Positive Ranks	14.04	365.00		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	0.00	0.00	-4.79	< 0.001*
Positive Ranks	15.05	465.00		
พฤติกรรมການป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง				
Negative Ranks	14.70	338.00	-2.61	0.009*
Positive Ranks	16.17	97.00		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี (S.D = 7.27) จบการศึกษามัธยมศึกษาร้อยละ 40 ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล มากที่สุดร้อยละ 100 รองลงมาได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเอกสาร/ใบปลิว ร้อยละ 93.3

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง

ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 และ หลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 และหลังการทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง จากการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่าในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมี ค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. จากการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน และหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) โดยก่อนการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 หลังการทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 เป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า การได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ผ่านกระบวนการเรียนรู้ พุดคุย ชี้แนะให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค มีการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน มีความเข้าใจ

ของสาเหตุ อาการความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง สร้างความตระหนัก สร้างความเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถปฏิบัติตนได้ เกิดการปรับแนวคิด ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐา เขียงปัว และคณะ⁹ ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังการรับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของจิรัชยา สุวินทรกร และคณะ¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพรพิมล อมรวาทิน และคณะ¹¹ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้และความคาดหวังและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) วรกร วิชัยโย และคณะ¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง)

ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันระหว่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$ เท่ากัน) โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.6, 83.4, 76.5, 83.3 และ 76.6 ตามลำดับ หลังการทดลองระดับสูง ร้อยละ 83.4, 93.3, 93.5, 90.0 และ 93.3 ตามลำดับ เป็นตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า เมื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ในประเด็นต่างๆของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังได้รับการเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่คอยชี้แนะเรื่องการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัยและประเด็นปัญหาในการปรับพฤติกรรม เช่น การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การปรุงอาหารที่เน้นการลดโซเดียม ทำให้กลุ่มทดลองคลายความกังวลลง และการมีส่วนร่วมของญาติที่คอยสนับสนุนอยู่ข้างๆ ทำให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ตระหนักในคุณค่าตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น สอดคล้องกับ สุวิตรา สร้างนา¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของชินชม สมพล และคณะ¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของวิภากรณ์ สัญจร¹⁵ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลก้นดง จังหวัดตรัง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการศึกษาของ กรรณิการ์ เงินดี¹⁶ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง¹⁷ ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($M = 3.55, S.D. = 0.55$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = -0.68, p < 0.01$) การรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนแรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติและภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิต

สูงที่ไม่สามารถ ควบคุมได้ ($r = 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$ และ $0.56, p < 0.01$)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันและหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.009$) โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอิทธิพลต่อตัวชี้นำการปฏิบัติ ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยการออกกำลังกายจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง และน้ำหนักที่ลดลง ทำให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและช่วยให้สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น เมื่อกลุ่มทดลองออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3–5 วัน ต่อสัปดาห์ เช่น เดินเร็ว, วิ่งเหยาะ, ปั่นจักรยาน จะส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ลดได้มากที่สุด 5–8 mmHg ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้แรงน้อยลง ส่งผลให้แรงดันที่กระทำต่อผนังหลอดเลือดลดลง และช่วยเพิ่มการทำงานของระบบละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis) และลดการเกาะตัวของเกล็ดเลือด จึงลดความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันในสมอง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Pathophysiology) เนื่องจากการหัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้นจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก และรับประทานยาที่ถูกต้อง เช่น ลดเค็ม ลดของหมักดอง จะช่วยให้ไตทำงานได้ดีขึ้นในการขับเกลือ (Sodium) ออกจากร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปริมาณน้ำในกระแสเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำตามไปด้วย และการจัดการอารมณ์ รวมถึงการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ประกอบกับการติดตามเยี่ยม

บ้าน มีการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาพรณ คงวิวัฒน์ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($Z = -8.197, p = 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของพันทิพา บุญเศษและคณะ¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และวรารัตน์ เหล่าสูง และคณะ²⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมมากขึ้นภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 28.73, p < 0.001$)

สรุปการนำโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าบุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น

ข้อจำกัด

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) อาจมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่อาจส่งผลต่อการลดลงของความดันโลหิต เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับยาความดันต่อเนื่องตามปกติจากแพทย์ หรือการปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำต่างๆ

ทั่วจากสื่ออื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรค ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆ การคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา และการฝึกปฏิบัติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย และบูรณาการโปรแกรมนี้เพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาของโปรแกรมในกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Stroke Cerebrovascular accident health topic [Internet]. 2015 [cited 2022 February 22]. Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2566.
3. ฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
4. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ชลบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. 2561.
5. วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ ต่อกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;44(2):94-07.
6. Rosenstock ML, Strecher VJ, & Becker MH. Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly 1988;15(2):75-138.
7. โรงพยาบาลโพธารกแก้ว. ข้อมูลสถิติผู้ป่วย ฐานข้อมูลสถิติ งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโพธารกแก้ว อำเภอโพธารกแก้ว จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลโพธารกแก้ว; 2567.
8. Polit D and Hungler B. Nursing Research: Principle and Method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1999. P. 416-417.
9. ณฐา เชียงปัว, วราภรณ์ บุญเชียง และศิวพร อังวัฒนา. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร 2565;32(2):65-77.
10. จิรัชยา สุวินทรากร, สุรินทร์ กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถ

เป้าหมายอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรตาม เช่น การลดลงของน้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน และควรมีการติดตามผลหลังการทดลองต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่คอยสนับสนุนและให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนประสบผลสำเร็จ

ตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. ว. พยาบาล 2562;68(1): 39-48.

11. พรพิมล อมรวาทีนและคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562;6(3):121-132.
12. วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมัคร, สิริพร ชัยทอง, และศิริยา โกตรบุตดา. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. ว. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(2):25-35.
13. สุจิตรา สร้างนา. ประสิทธิภาพของการประยุกต์โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
14. ชื่นชม สมพล, ทศนี รวีวรกุล และพัชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. ว. พยาบาลสาธารณสุข 2560;31(3):58-73.
15. วิภากรณ สัจจร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2562.
16. กรรณิการ์ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
17. ชื่นกมล สิทธิขอดีง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนากลาง จังหวัด สมหาสารคาม. ว. ศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2565;2(2):46-60.
18. ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศ. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(3): 129-137.
19. พันทิพา บุญเศษ, และลัษวิ ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม เสี่ยงสูง ตำบลห้วยยาง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2561;21(2):28-41.
20. วรรัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ลาวัง, และพรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2562;12(4):32-45.