

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
และการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง
ตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง

The effects of a health promotion program on stroke prevention behaviors
and the reduction of stroke risk among high-risk individuals in Ban Na
Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province

ชนม์นิภาภัทร สันตสนะโชค*

Chonnipapat Santasanachok*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา จังหวัดระยอง

*Ban Na Sub-district health promoting hospital, Rayong Province

Corresponding author: Chonnipapat Santasanachok; Email: chonnipapat@hotmail.com

(Received: March 18, 2025; Revised: June 11, 2025; Accepted: June 11, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวังขึ้นไป จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การสร้างการรับรู้ประโยชน์ 2) การสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 4) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .96 และค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอันดับของสเปียร์แมนเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ ANCOVA

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.42$, $SD = 0.66$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.71$, $SD = 0.71$) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.95$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับต้องเฝ้าระวัง ($\bar{X} = 4.31$, $SD = 1.09$) โดยค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, โรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a health promotion program on stroke prevention behavior. The sample group consisted of 72 people at risk of stroke at the level of monitoring or higher. They were divided into a control group (n=36) and an experimental group (n=36). The research instrument was a stroke prevention behavior development program, consisting of the following activities: 1) developing awareness of benefits, 2) developing awareness of problems and obstacles, 3) self-efficacy awareness, and 4) social support from family. The stroke prevention behavior questionnaire was approved for content validity by three experts, with a consistency index of .96 and a Cronbach's alpha coefficient of .84. Data were analyzed using paired t-tests and ANCOVA.

The results showed that the mean of stroke prevention behaviors overall was at a fair level before joining the program ($\bar{X} = 2.42$, $SD = 0.66$). After joining the program, the stroke prevention behavior of the intervention group was at a good level ($\bar{X} = 2.71$, $SD = 0.71$). The mean of stroke prevention behavior after joining the program was significantly higher than before joining the program ($p = .018$). The mean risk level of stroke before joining the program was at a high level ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.95$). After joining the program, it was at a level that needed to be monitored ($\bar{X} = 4.31$, $SD = 1.09$). The mean of the risk level of stroke after joining the program was significantly lower than before joining the program ($p = .038$).

Keywords: preventive behaviors, stroke, at-risk population

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก และก่อให้เกิดความพิการในผู้ป่วยจำนวนมาก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60.00 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ ถึงร้อยละ 21.13 โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และภาวะเครียด² หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคซ้ำหรือรุนแรงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม

ในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ.2565-2567 มีอัตราการความชุกผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 13.04, 14.94 และ 16.25 ต่อพันประชากร ซึ่งพบมีอัตราที่สูงขึ้นตามลำดับ³ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารรสจัด ไม่ออกกำลังกาย และสูบบุหรี่ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็น ในการมีมาตรการป้องกันที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอิงตามแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งเน้นการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม

2/13

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากแบบจำลองนี้เน้นที่ความเข้าใจในแรงจูงใจภายใน ของ แต่ละบุคคลและการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน^{4, 5}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่นำแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{6, 7} มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนักในกลุ่มผู้มีภาวะอ้วน การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยเรื้อรัง และการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีดังกล่าว ช่วยให้ผู้ใช้สามารถตระหนักรู้ในปัจจัยเสี่ยง เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของตน และมีแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่นำแบบจำลองนี้มาใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยตรง จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁶ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยคาดหวังว่าโปรแกรมดังกล่าว จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ลดความเสี่ยงได้อย่างยั่งยืน นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาระต่อระบบสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

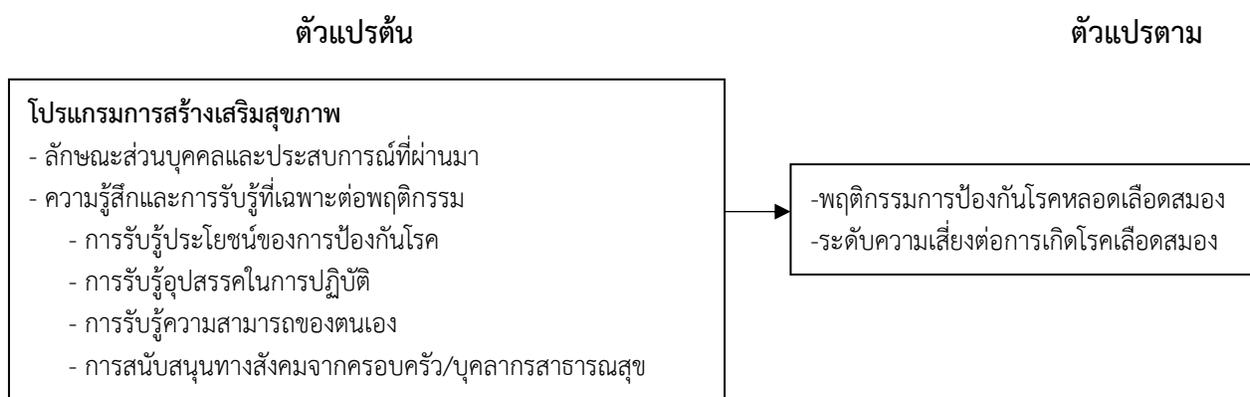
ขอบเขตด้านประชากร คือ ประชาชนอายุ 35-59 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา และมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวังขึ้นไป จำนวน 72 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ศึกษาวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน-ตุลาคม 2567 ณ ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ⁶ (Pender's Health Promotion Model) ซึ่งมุ่งเน้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่ผ่านมา (individual characteristics and experiences) ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเดิม 2) ความรู้สึกและการรับรู้ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว/บุคลากรสาธารณสุขและ 3) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavioral outcomes) ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงของโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยนี้การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 35-59 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับเฝ้าระวังขึ้นไป จำนวน 315 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 35-59 ปีขึ้นไปไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับเฝ้าระวังขึ้นไป ทั้งหมด 72 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยโปรแกรม G* Power โดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียง⁸ ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) = .75 ค่า ระดับความเชื่อมั่น = .50 (ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 36 คน โดยคัดเลือกจากประชากรด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยเลือก 2 หมู่บ้านจาก 13 หมู่บ้านได้แก่ หมู่ที่ 2 และ หมู่ 3 2) จับฉลาก (simple random sampling) ได้หมู่ที่ 3 เป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม และ 3) เลือกกลุ่ม

ตัวอย่างจาก 2 หมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าหมู่บ้านละ 36 คน โดยมีการจับคู่ (matched-pair) คุณลักษณะของเพศและอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้เท่ากันในระหว่างดำเนินการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ไม่มีการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยจิตเวช
2. สื่อสารกับผู้วิจัยเป็นภาษาไทย
3. มีโทรศัพท์และมีแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการฉุกเฉินอื่น ๆ หรือจากโรคประจำตัว ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ย้ายที่พักอาศัยออกจากตำบลบ้านนา อำเภอกงหรา จังหวัดระยองในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยได้ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ⁶ โดยดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ 1) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้รายบุคคลตามคู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁹ 2) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสนทนา 3) กิจกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยฝึกการออกกำลังกาย และใช้ตัวแบบคนมีพฤติกรรมสุขภาพดี ในรูปแบบวีดิทัศน์ วิดีโอ และฝึกการบันทึกพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง 4) กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข โดยการส่ง คลิปวีดิโอที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพัฒนาโดยโรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2. คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมเสี่ยงและวิธีประเมินความเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มความเสียหาย แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามโมเดล Pender's Health Promotion Model กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และบันทึกแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล

3. วิดีทัศน์ เรื่อง ทำอย่างไร เมื่อมีภาวะสโตรก ซึ่งพัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล¹⁰

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว ความดันโลหิต ผลการตรวจสุขภาพ สุขภาพโดยรวม ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร อาหารระหว่างมือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการนอนหลับ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากทฤษฎีแบบจำลองพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ⁶ จำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรม

เพื่อการพักผ่อน จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านโภชนาการ จำนวน 15 ข้อ 3) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ (1-4 คะแนน) ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 52-208 คะแนน หลังจากการรวมข้อมูลแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยรายด้านและภาพรวมเป็นนคะแนนเต็ม 4 คะแนนโดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ ต้องปรับปรุง (1.00-1.50 คะแนน) พอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ดี (2.51-3.50 คะแนน) และดีมาก (3.51-4.00 คะแนน)¹¹

3. แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke risk scorecard) พัฒนาโดย National Stroke Association¹² จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 8 ปัจจัย เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามระดับความเสี่ยง การให้คะแนน (1 ช่องต่อ 1 คะแนน) โดยมีการแปลค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับเสี่ยงสูง (คะแนน < 4 คะแนน) ระดับต้องเฝ้าระวัง (คะแนนอยู่ในช่วง 4-5 คะแนน) และระดับความเสี่ยงต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 6-8 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม และโปรแกรม ฯ ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า S-CVI เท่ากับ .96 โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 1.00 หลังปรับแก้ไขผู้วิจัยนำแบบสอบถามและโปรแกรม ฯ หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย COA.No.09/2567 รับรองเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2567 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครวิจัย เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้อาสาสมัครวิจัยทราบ การเข้าร่วมในการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ ในโครงการนี้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากอาสาสมัครวิจัยจะถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่ในลักษณะของรายบุคคล โดยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นรายงานสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวอาสาสมัครวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน เอกสารข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจ ที่ผู้วิจัยสามารถเปิดได้เพียงผู้เดียว เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถาม จะถูกทำลายทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการได้รับการรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โดยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย กับกลุ่มทดลอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา และให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการวิจัยตามรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงซักซ้อมความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามกลุ่มเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 30 นาที

3. กิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลา 60 นาที ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับฟังบรรยายและดูวิดีโอที่เกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการไม่สูบบุหรี่ ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองได้รับจากการดูแลสุขภาพ พร้อมตอบคำถามเพื่อสะท้อนความเข้าใจ

4. กิจกรรมการสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที ผู้เข้าร่วมระดมสมองถึงอุปสรรคที่เคยประสบในการดูแลสุขภาพ เช่น ขาดเวลา ขาดแรงจูงใจ หรือการสนับสนุนจากครอบครัว อภิปรายร่วมกันถึงแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคเหล่านั้นด้วยความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมกลุ่ม

5. กิจกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลา 60 นาที ใช้แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงศักยภาพของตนในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยให้ผู้เข้าร่วมตั้งเป้าหมายส่วนตัวและวางแผนการลงมือปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม

6. กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ณ สัปดาห์ที่ 3, 5, 7, 9, 11 และ 12 ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที ในการเยี่ยมบ้านจะมีการพูดคุยให้กำลังใจ แนะนำ การดูแลสุขภาพ และเชิญสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีของผู้เข้าร่วม

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย กับกลุ่มควบคุม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา และให้ลงนามในใบยินยอม ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 - 11 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยได้รับการสุขภาพตามมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น การตรวจสุขภาพ การให้คำแนะนำทั่วไป รวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางที่บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติเป็นประจำ

สัปดาห์ที่ 12 ผู้ช่วยวิจัยนำกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมที่เท่าเทียมกับกลุ่มทดลองใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ANCOVA โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูล ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ ($p = .268$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.56 และ 77.78 ตามลำดับ อยู่ใน กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36-49 ปี) ร้อยละ 66.67 และ 61.11 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.78 และ 47.22 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.44 และ 100.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 44.44 และ 47.22 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 72)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	7	19.44	8	2.22	.092
หญิง	29	80.56	28	77.78	
อายุ					.069
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (35-45 ปี)	12	33.33	14	38.89	
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36-49 ปี)	25	66.67	22	61.11	
	$\bar{X} = 3.42, SD = 0.95$		$\bar{X} = 3.42, SD = 0.95$		
การศึกษา					.124
ประถมศึกษา	19	52.78	17	47.22	
มัธยมศึกษา	13	36.11	12	33.33	
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	11.11	7	19.45	
ศาสนา					.231
พุทธ	34	94.44	36	100.00	
อิสลาม	2	5.56	0	0.00	
อาชีพ					.173
รับจ้าง	16	44.44	17	47.22	
เกษตรกร	15	41.67	13	36.11	
รับราชการ/วิสาหกิจ	5	13.89	6	16.67	

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.42, SD = 0.66$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.71, SD = 0.71$) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) นอกจากนั้นยังพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ($\bar{X} = 3.42, SD = 0.95$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเฝ้าระวัง ($\bar{X} = 4.31, SD = 1.09$) ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 36)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.42	0.66	2.71	0.71	23.60	35	.018*
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	2.32	0.39	2.47	0.28	14.68	35	.023*
ด้านโภชนาการ	2.37	0.33	2.52	0.31	15.19	35	.009*
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.54	0.34	2.74	0.45	28.34	35	.017*
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.94	0.47	2.79	0.47	29.04	35	.039*
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.16	0.57	3.12	0.51	28.99	35	.041*
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.08	0.63	3.02	0.58	29.08	35	.013*
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.42	0.95	4.31	1.09	7.42	35	.038*

*p < .05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า

3.1 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.42$, SD = 0.66) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.71$, SD = 0.71) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .018) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.56$, SD = 0.36) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.59$, SD = 0.33) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .082)

3.2 สำหรับค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับเสี่ยงสูง ($\bar{X} = 3.42$, SD = 0.95) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวัง ($\bar{X} = 4.31$, SD = 1.09) ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .038) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ($\bar{X} = 3.38$, SD = 1.02) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ($\bar{X} = 3.47$, SD = 0.91) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .067) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 72)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
กลุ่มทดลอง	2.42	0.66	2.71	0.71	.018*
กลุ่มควบคุม	2.56	0.32	2.59	0.33	.082
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
กลุ่มทดลอง	3.42	0.95	4.31	1.09	.038*
กลุ่มควบคุม	3.38	1.02	3.47	0.91	.067

*p < .05

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) นอกจากนี้ยังพบว่า ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 72)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
ก่อนการทดลอง	13.20	1	13.20	149.34	<.001*
ระหว่างกลุ่ม	11.23	1	11.23	127.08	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	6.10	69	0.88		
รวม	469.29	72			
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
ก่อนการทดลอง	65.39	1	65.39	863.97	<.001*
ระหว่างกลุ่ม	11.77	1	11.77	155.52	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	5.22	69	0.76		
รวม	1172.00	72			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$) จากผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่าการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ความรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง การออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมหลายด้านจึงมีส่วนช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการออกแบบโปรแกรมที่เน้นองค์รวมช่วยส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพการลดความเสี่ยงจากระดับสูงเป็นระดับเฝ้าระวังในกลุ่มทดลองเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงรุก^{13,14} เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมสุขภาพที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการฝึกอบรมด้านโภชนาการช่วยลดอัตราความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรชนบท¹⁵ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านหลังการทดลอง พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งนี้อาจเกิดจากกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดการเวลาในการออกกำลังกาย และยังไม่คุ้นชินกับการออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งอาจเกิดจากกิจกรรมการสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมตามสภาพจริง¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกาย พบว่าอุปสรรคของการออกกำลังกายเป็นประจำคือ การจัดการเวลาและขาดแรงจูงใจ¹⁷

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเน้นให้บุคคลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในเชิงบวก รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง การออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของ

กลุ่มเป้าหมายจึงมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงโรคได้จริง ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการปรับโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยงไปขยายต่ออย่างครอบคลุม โดยการสร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้น และหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มที่ต้องการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มอายุที่น้อยลง เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่าในปัจจุบันมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน อสม. และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World Stroke Day 2023. 2023. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/world-stroke-day-2023>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ. ระยอง: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา; 2568.
4. Guzik A, Bushnell C. Stroke epidemiology and risk factor management. Continuum (Minneapolis Minn). 2017;23(1):15-39. doi:10.1212/CON.0000000000000416
5. Murphy SJ, Werring DJ. Stroke: causes and clinical features. Medicine. 2020;48(9):561-6. doi:10.1016/j.mpmed.2020.06.002
6. Pender NJ, Parsons MA, Murdaugh CL. Health promotion in nursing practice. 9th ed. London: Pearson; 2019.
7. Chen Y, Wei Y, Lang H, Xiao T, Hua Y, Li L, et al. Effects of a goal-oriented intervention on self-management behaviors and self-perceived burden after acute stroke: a randomized controlled trial. Front Neurol. 2021;12:650138. doi:10.3389/fneur.2021.650138

8. Moshki M, Mohammadipour F, Gholami M, Heydari F, Bayat M. The evaluation of an educational intervention based on Pender's health promotion model for patients with myocardial infarction. *Int J Health Promot Educ.* 2022;60(1):25-37. doi:10.1080/14635240.2020.1816487
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
10. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ทำอย่างไรเมื่อมีภาวะสโตรก. 2566. Available from: <https://youtu.be/ZUchU1tFA5M>
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
12. National Stroke Association. Stroke Risk Scorecard. 2018. <https://bermudahospitals.bm/wp-content/uploads/2020/06/Stroke-Risk-Scorecard-National-Stroke-Association.pdf>
13. Lipson-Smith R, Pflaumer L, Elf M, Blaschke SM, Davis A, White M, et al. Built environments for inpatient stroke rehabilitation services and care: a systematic literature review. *BMJ Open.* 2021;11(8):e050247. doi:10.1136/bmjopen-2021-050247
14. Harshfield EL, Georgakis MK, Malik R, Dichgans M, Markus HS. Modifiable lifestyle factors and risk of stroke: a Mendelian randomization analysis. *Stroke.* 2021;52(3):931-6. doi:10.1161/STROKEAHA.120.031710
15. Jiang L, Zhou Y, Zhang L, Wu L, Shi H, He B, et al. Stroke health management: novel strategies for the prevention of recurrent ischemic stroke. *Front Neurol.* 2022;13:1018794. doi:10.3389/fneur.2022.1018794
16. Ho YL, Mahirah D, Ho CZ, Thumboo J. The role of the family in health promotion: a scoping review of models and mechanisms. *Health Promot Int.* 2022;37(6):daac119. doi:10.1093/heapro/daac119
17. Nikolajsen H, Sandal LF, Juhl CB, Troelsen J, Juul-Kristensen B. Barriers to, and facilitators of, exercising in fitness centres among adults with and without physical disabilities: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7341. doi:10.3390/ijerph18147341
18. Blumenthal JA, Hinderliter AL, Smith PJ, Mabe S, Watkins LL, Craighead L, et al. Effects of lifestyle modification on patients with resistant hypertension: results of the TRIUMPH randomized clinical trial. *Circulation.* 2021;144(15):1212-26. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055329