

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด
สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอนองหาน
จังหวัดอุดรธานี

EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL PERCEIVED PROGRAM TO PREVENTIVE BEHAVIOR OF
STROKE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION BANCHIANG SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING
HOSPITAL NONGHAN DISTRICT UDONTHANI PROVINCE

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ประยงค์ เหลาพรหม¹

Prayong Laoprom

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน 2569 – 31 สิงหาคม 2569 จำนวน 35 ราย ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.92, p < 0.001$) และ ($t = 13.92, p < 0.001$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตบนและล่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.56, p < 0.001$) และ ($t = -8.09, p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study employed a quasi-experimental design aimed at comparing the levels of perception and stroke prevention behaviors among hypertensive patients at the Ban Chiang Sub-district Health Promoting Hospital in Nong Han District, Udon Thani Province. The sample consisted of 35 hypertensive patients purposively selected between 6 June 2026 and 31 August 2026. Participants underwent a perception-enhancement program based on the Health Belief Model over a continuous 12-week period. Data were collected using questionnaires twice, before and after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics, and a paired t-test.

The research findings showed that the mean awareness and stroke prevention behaviors of hypertensive patients after the intervention were significantly higher than before the intervention ($t = 19.92, p < 0.001, t = 13.92, p < 0.001$), respectively. The mean systolic and diastolic blood pressure decreased significantly ($t = -8.56, p < 0.001, t = -8.09, p < 0.001$)

Keywords: Health Belief Model-based awareness promotion program, hypertensive patients

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอนองหานจังหวัดอุดรธานี

บทนำ

อุบัติการณ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2565 ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเช่นเดียวกันประมาณร้อยละ 10 ถึง 11 ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา อัตราตายสูงที่สุดในปี 2560 ร้อยละ 11.02 ปี 2564 ร้อยละ 11 และปี 2565 ร้อยละ 10.92¹ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงเดิมอยู่ก่อนถึงร้อยละ 62.5 และ เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติสูงถึง 7 เท่า แต่ถ้ามีการปรับพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 40²

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง ปีงบประมาณ 2566-2568 พบว่าอัตราป่วย เพิ่มขึ้นทุกปี อัตราป่วยต่อแสนประชากร 80.55 (10 ราย, 96.20 (12 ราย) และ 119.22 (15 ราย) ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 10.00 (1 ราย), 8.33 (1 ราย) และ 13.33 (2 ราย) ตามลำดับ ผู้ป่วยใช้ช่องทางด่วนในการรักษาในโรงพยาบาลหนองหาน ภายใน 3 ชั่วโมงนับจากมีอาการ (Stroke Fast track) ร้อยละ 40.00 (4 ราย), 41.67 (5 ราย) และ 60.00 (6 ราย) ตามลำดับ ผู้ป่วย Stroke ได้รับยา rT-PA ร้อยละ 25.00 (1 ราย), 20.00 (1 ราย) และ 33.33 (2 ราย) ตามลำดับ ปัจจัย ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.71, 67.53 และ 72.00 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะมีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 75.32, 76.53 และ 77.00 ตามลำดับ³ จากการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีปัญหารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุหลักมาจากความเข้าใจผิดว่าหายแล้วเมื่อความดันโลหิตปกติ, ลืมรับประทานยา, กังวลเรื่องผลข้างเคียง เช่น

ยาทำให้ไตวาย, ใช้สมุนไพร/ยาอื่นร่วมด้วยโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การหยุดยาเอง ส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ป่วยและญาติ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยไม่ทราบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังมีอาการแต่ใช้พาหนะส่วนบุคคลไปโรงพยาบาลเองเพราะสะดวกกว่า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดได้สูง

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัย จึงได้สนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและรับรู้อาการเตือน สามารถเข้ารับการรักษาในช่องทางด่วน ได้อย่างทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design)

พื้นที่ในการศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2569 – 31 สิงหาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 40-70 ปี และได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ข้อมูลคัดกรองเดือน ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568 จำนวน 119 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)) เกณฑ์ การ คัด เข้า (inclusion criteria) ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 40-70 ปี เพศ ชาย และเพศหญิง มีคะแนน CVD risk score ตั้งแต่ ร้อยละ 10 ขึ้นไป, อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ปกติ , ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำ กิจกรรมในโปรแกรมฯ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วม โครงการวิจัย จนกระทั่งสิ้นสุดโครงการวิจัยจำนวน 35 ราย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ของ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วม ตลอดกระบวนการพัฒนาและ ผู้ที่ย้ายสถานที่อาศัย ไปที่อื่นหรือเสียชีวิตในระหว่างการวิจัย

เครื่องมือในวิจัย

มี 3 ชุดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการ ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบ แนวคิด โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบ ประเมินโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infraction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปี ข้างหน้าของ สำนักรโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁴

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคร่วมอื่นๆ ระยะเวลาการรักษา ประวัติ บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ ประกอบด้วย 7 ด้าน 57 ข้อ ดังนี้ 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้

อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง 5) การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 6) การรับรู้การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง 7) การรับรู้ การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรม การ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์จาก บุชราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน⁵จำนวน 6 ด้าน รวม 24 ข้อ ดังนี้ 1) พฤติกรรม การรับประทาน ยา 2) พฤติกรรม การรับประทานอาหาร 3) พฤติกรรม ออกกำลังกาย 4) พฤติกรรม การจัดการความเครียด 5) พฤติกรรม การมาพบแพทย์ 6) พฤติกรรม การ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง ถูก ผิด

3. เครื่องมือที่ใช้ทำกิจกรรม

1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ

2) แผ่นโปสเตอร์กระตุ้นเตือน B-E-F-A-S-T

3) สมุดบันทึกการปฏิบัติตัวด้านอาหาร ออก กำลังกาย อารมณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content validity) นำแบบสอบถามการรับรู้,พฤติกรรม ความรู้ และ โปรแกรม โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่า IOC ได้ 1 ทุกฉบับ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำไปทดลองใช้ กับกลุ่มผู้ป่วย ความดัน โลหิตสูง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียง แบบสอบถาม การรับรู้,พฤติกรรม นำมาคำนวณหา ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.78, 0.82 แบบสอบถามความรู้คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้ Kuder- Richardson 20 (KR 20) เท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ (Pre-research phase)

ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สภาพการณ์ สุ่ม พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ประสานงานกับ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์

วิธีการดำเนินงานวิจัยให้รับทราบและมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. ระยะดำเนินการ (Research phase)

1) ส่งหนังสือนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการตามโครงการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้การรับรู้และพฤติกรรม (pre test)

3) ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง แบ่งกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 ฐาน คือ 1) เป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง 2) การฝึกการออกกำลังกาย 3) อาหาร DASH 4) อารมณ์ 5) ยา และการรักษา

สัปดาห์ที่ 2 แบ่งกลุ่มทำกิจกรรม 3 กลุ่มย่อย ดังนี้ (ใช้เวลา กลุ่มละ 50 นาที)

กลุ่ม 1. ส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม 2. ส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและอุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และวางแผนการจัดการอุปสรรคร่วมกันกลุ่ม 3. ส่งเสริมการรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง การจัดการในภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ประชุมเชิงปฏิบัติการ การรับรู้การเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วน (Stroke fast tract)

สัปดาห์ ที่ 3 ทำกิจกรรมที่บ้าน,ชุมชน

1. กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่ม นัดพบและทำกิจกรรม 3 อ. 2ส.สัปดาห์ละ 5 วัน

2. จัดคู่มือดี คู่หูคู่ซี้ 2 คน ช่วยเหลือกันในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามโปรแกรม

3. จัดให้มีการแข่งขันระหว่างกลุ่ม มอบรางวัลและใบประกาศเกียรติคุณทุกคนในกลุ่ม

4. มอบหมายให้กลุ่มรับผิดชอบการทำอาหารเข้า เพื่อร่วมรับประทานในการทำกิจกรรม ครั้งต่อไป พร้อมกับคำนวณพลังงานอาหาร ปริมาณเกลือโซเดียมที่ทำให้ทานทุกครั้ง

5. การดูแลด้านอารมณ์และความเครียดตกบาตรตอนเช้า,นั่งสมาธิหลังจากถวายภัตตาหาร เข้าวัดทำบุญทุกวันพระ ฝึกการหายใจคลายเครียด ประเมินความเครียดด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาคความเครียดที่เกิดขึ้น

6. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ทางโทรศัพท์ไลน์ ในวัดสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 4และ 8 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมเหมือนกับสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 5-11 ปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านรายละเอียดตามกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 12 สรุปผลการดำเนินกิจกรรม จัดประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงมอบใบประกาศนียบัตรให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนในการเป็นแกนนำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มอบรางวัลให้กับกลุ่มที่มีระยะเวลาสะสมของการออกกำลังกายมากที่สุด และผลการปฏิบัติที่เป็นผลทางกายภาพที่ชัดเจน การพูดคุย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมต่อไป กลุ่มตัวอย่างทำ post test

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2) ข้อมูลการรับรู้,ความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และใช้สถิติ เชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยประเมินความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และค่า ช่วงความเชื่อมั่น 95 % CI

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองหาน เลขที่ NHEC 2/69 ลงนามวันที่ 5 มิถุนายน 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 77.1 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 71.4 การศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 74.3 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 62.9 มีโรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 48.6 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 – 10 ปี ร้อยละ 51.4 รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง ร้อยละ 82.9 ค่า CVD Risk เสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 68.6 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 88.6 ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 3 เดือนย้อนหลัง อยู่ช่วง 140/90 – 159/99 mmHg (สีเหลือง) ร้อยละ 65.7 มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.² มากที่สุด ร้อยละ 42.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 62.9

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ภาพรวมพบว่า มีการรับรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.92, p < 0.001$) จำแนกรายด้านพบว่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 7 ด้าน 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 4.726.06, p < 0.001$) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 10.99, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 7.90, p < 0.001$) 4) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 15.08, p < 0.001$) 5) การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 5.53, p < 0.001$) 6) การรับรู้ การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 6.77, p < 0.001$) 7) การรับรู้การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 8.30, p < 0.001$)

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลองคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.92, p < 0.001$) เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่าสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา

($t = 8.27, p < 0.001$) 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($t = 5.27, p < 0.001$) 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($t = 6.99, p < 0.001$) 4) พฤติกรรมการจัดการความเครียด ($t = 8.48, p < 0.001$) 5) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($t = 3.57, p = 0.001$) 6) พฤติกรรมมารักษาพบแพทย์ ($t = 4.48, p < 0.001$)

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มีค่าความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.56, p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง Diastolic Blood Pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.09, p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมได้รับการออกแบบ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁶ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับองค์ประกอบหลักในการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นั่นคือ 5) การรับรู้ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 6) การรับรู้การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 7) การรับรู้การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามการปฏิบัติ

ตัวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการตระหนักถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของเตื่อนจิตร แชร้ง⁷, ธารรัตน์ ลูกเล็ก และคณะ⁸ ณัชชา เจริญสรรพกิจ⁹ และมีระดับความดันโลหิตลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติและใกล้เคียงปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ กัญญาวิญญ์ ต้นสวรรค์ และอุษณีย์ รามฤทธิ์¹⁰ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปที่ ครอบครัว ผู้ดูแล เข้ามาเรียนรู้โปรแกรมด้วย เพื่อจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. ควรขยายผลการพัฒนาระบบการบริการ ช่องทางด่วน (Stroke fast tract) และติดตาม ประเมินผลการพัฒนาในการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหานและคณะเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขอำเภอหนองหาน และผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน ในพื้นที่ ที่ช่วยสนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย; 39(2):39-46. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: <http://neurothai.org/content.php?id=497>
2. ขจรพรรณ ควรวินัน, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูศรี.(2560). ผลของโปรแกรมพัฒนา พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(3):131 – 132.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง.(2568). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2568. อุตรธานี: สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา); 2568.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2558). การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
5. บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัตรา คำสอน.(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 13(1):122-134. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/177130>
6. Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H.(1988). Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly 1988; 15(2):75-138.
7. เตื่อนจิตร แชร้ง.(2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก 2566; 3(1):1-14.
8. ธารรัตน์ ลูกเล็ก, พิชาอร ลูกตัน, ดนิตา ชัยภัทรธนกุล, ชิตกมล ศรีชมพู และณัฐกานต์ นิลอ่อน.(2568). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและการรับรู้ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2568; 7(2):1-16.
9. ณัชชา เจริญสรรพกิจ.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563; 3(3):46-58.
10. กัญญาวิญญ์ ต้นสวรรค์ และ อุษณีย์ รามฤทธิ์.(2566). การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(1):143-15.