

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจ
ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
Effectiveness of Education Program to Motivate Behavior Change
among Individuals at Risk for Stroke

พัชรินทร์ คมขำ¹ สุชาดา เจดอเลาะ^{1*} และคอรี่เยาะ เลาะปนสา¹
Patcharin Khomkham¹, Suchada Jehdoloh^{1*}, and Khoriyah Lahpunsu¹

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา อำเภอเมือง จังหวัด ยะลา รหัสไปรษณีย์ 95000

¹ Boromarajonani College of Nursing, Yala, Mueang District, Yala Province 95000

* Corresponding Author: สุชาดา เจดอเลาะ E-mail: suchada@bcnyala.ac.th

Received : 28 April 2026

Revised : 14 June 2026

Accepted : 22 July 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัด ยะลา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุตั้งแต่ 35 – 59 ปี จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 50.64 ปี (S.D. = 5.57) เข้าสู่วิธีการและติดตามผลเมื่อครบ 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และสถิติ Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.883$, $p\text{-value} < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.300$, 6.381 และ 4.372 ; $p\text{-value} < 0.001$ ทุกด้าน) และมีระยะความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลื่อนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.3 เลื่อนสู่ระยะเปลี่ยน และร้อยละ 16.7 เข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม จึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในงานคลินิกความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ ส่งเสริมการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Abstract

This quasi-experimental research studies the effects of a motivational educational program on behavioral modification among individuals at risk for stroke at Tha-Sap Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Yala Province. The sample consisted of 30 patients aged 35–59 years with hypertension and/or diabetes mellitus categorized as a high-risk group. Most participants were female (80.0%), with a mean age of 50.64 years (S.D. = 5.57). Participants engaged in the program and were followed up after 6 weeks. Data were analyzed using

descriptive statistics, the Paired Sample t-test, and the Wilcoxon Signed-rank Test. The results revealed that after the 6-week program, the mean score for stroke prevention knowledge significantly increased ($t = 8.883$, $p\text{-value} < 0.001$). Mean scores for preventive also significantly improved ($t = 7.300$, 6.381 , and 4.372 , respectively; $p\text{-value} < 0.001$). Furthermore, there was a significant progression in the stages of change ($p\text{-value} < 0.01$), with 33.3% of participants progressing to the Action stage and 16.7% reaching the Maintenance stage. Therefore, educational programs designed to motivate behavioral change among individuals at risk of stroke should be implemented in hypertension and diabetes clinics. This approach would enhance knowledge, foster better disease-prevention behaviors, and help prevent stroke in the long term.

Keywords: Individuals at risk for stroke, Motivational educational program, Behavior change

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นหนึ่งในวิกฤตสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลก ข้อมูลสถิติจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ล่าสุด ระบุว่า โลกมีผู้ป่วยสะสมประมาณ 93.8 ล้านราย โดยในปี 2021 เพียงปีเดียวมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 11.9 ล้านราย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับ 3 ของโลก [1] สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุหลัก ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในประเทศไทย ซึ่งมีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 363,688 คน [2] สถิติในปี 2567 ชี้ให้เห็นว่าประมาณร้อยละ 7 ถึง 8 ของการเสียชีวิตในประเทศไทยมาจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนใหญ่จะเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันเริ่มมีการพบโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มวัยกลางคน (อายุ 30 – 50 ปี) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มีความเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดและการนอนไม่พอ [3]

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สัญญาณเตือนคือ หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หรือเวียนศีรษะรุนแรง ต้องรีบรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง เพื่อลดความพิการ [4] โดยผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลกระทบแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ความปกติสุขของชีวิตและครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดกับประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับกลางและล่าง [5] ทำให้เกิดผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจครอบครัว ต้องตกงาน รายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ไม่มีเงินรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อเนื่องทำให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรม การฟื้นฟูสภาพร่างกายน้อยกลายเป็นอัมพาตถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อนบ่อย หรือกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือครอบครัว [6] แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรุนแรงและก่อให้เกิดความพิการแก่บุคคล แต่โรคนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการแก้ไขและควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรค เพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดความพิการ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หากพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามที่ กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันปฐมภูมิของโรคหลอดเลือดสมอง (Primary prevention of stroke) ปี 2024 ของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association: AHA) และสมาคมโรคหลอดเลือด สมองแห่งอเมริกา (American Stroke Association: ASA) เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงแบบองค์รวม เช่น ควบคุม ความดันโลหิต < 130/80 mmHg งดบุหรี่ ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น Mediterranean diet การรับประทานผัก ผลไม้ ลดการ รับประทานเกลือหรือโซเดียม และจัดการน้ำหนักโดยรักษดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ให้อยู่ใน เกณฑ์มาตรฐาน (18.5 – 22.9 kg/m²) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม รวมถึงการจัดการความเครียด [7] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถทำได้แตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย ซึ่งความยากหรือง่าย ของการเปลี่ยนแปลงจะขึ้นกับระดับความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือแรงจูงใจของบุคคล สำหรับทฤษฎีที่ อธิบายถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระดับความพร้อมของ บุคคล สำหรับ Transtheoretical model [8] เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะดำเนินไป ตามระยะ 5 ระยะ ทฤษฎีนี้มองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นกระบวนการทั้งที่เกิดจากประสบการณ์ของ ตนเองและจากแหล่งภายนอก รวมทั้งต้องมีการตัดสินใจที่บุคคลต้องอาศัยการประเมินผลดี (Pros) และผลเสีย (Cons) ของพฤติกรรมร่วมกับต้องมีการรับรู้สมรรถนะของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ระยะของการ เปลี่ยนแปลง กระบวนการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจจะมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าผู้ป่วย ยังขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.7) มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับปานกลาง รวมทั้งยังไม่ทราบว่าถ้าระดับความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับปัจจุบันยังพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ และอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุยังคงสูงอยู่ ทำให้คาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอาจยังคงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เหมาะสมและ ขาดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องอยู่ จึงได้มีความพยายามที่จะหาวิธีการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาแม้ว่าโปรแกรมที่ใช้จะมีประสิทธิภาพในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาของการวิจัยได้ แต่ยังไม่พบ การศึกษาติดตามผลในระยะยาวของโปรแกรมห่วงการดังกล่าว ประกอบกับการวิจัยที่ผ่านมาทุกกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับ การปฏิบัติที่เหมือนกันตามโปรแกรม ซึ่งในสถานการณ์จริงกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอาจมีความสามารถและ การรับรู้ที่แตกต่างกัน หากกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจจะทำให้ส่วนหนึ่ง ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่คาดหวัง ซึ่งการปฏิบัติแบบ One size fits all จึงไม่น่าจะเหมาะสมและ ไม่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงควรใช้วิธีที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล และเป็นไปตามระดับความพร้อมของบุคคลนั้น ๆ การส่งเสริมการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model or Stage of Change: TTM) จึงน่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยใช้แนวคิด TTM ให้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย [9] พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [10] และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร [11] ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่นเดียวกับในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามปัญหาที่ตนเองประสบอยู่

แม้ว่าการวิจัยที่ผ่านมาจะแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง [12 – 14] แต่ยังพบช่องว่างความรู้สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ประการแรก งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมแบบ 'One size fits all' โดยไม่ได้แบ่งกลุ่มตามระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล (Stage of change) ทำให้ผู้ที่อยู่ในระยะ Pre-contemplation ไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม ประการที่สอง ยังขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบในบริบทกลุ่มเสี่ยงที่มีทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมกัน ประการที่สาม ยังไม่มีการศึกษาในบริบทพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีบริบทด้านศาสนา วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจตามระดับความพร้อม (Stage-based educational program) สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในบริบทภาคใต้ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเพิ่มความรู้ในการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการที่บุคลากรที่จะดำเนินการในการป้องกันปฐมภูมิสำหรับโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีจำนวนจำกัด การจัดกลุ่มผู้ที่อยู่ในแต่ละระดับความพร้อมเพื่อให้ความรู้และแรงจูงใจที่เหมาะสมตามระยะร่วมกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจึงน่าจะเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้จริง และส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้การดำเนินการรายกลุ่มตามระดับความพร้อม (Stage approach) ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรสุขภาพในการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model or stage of change) ในการประเมินระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองถูกออกแบบมาเพื่อเป็นตัวแปรอิสระสำคัญ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนักถึงความเสี่ยง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยก้าวผ่านแต่ละขั้นตอนของ Stages of change ไปสู่การปฏิบัติ (Action) และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อน – หลัง (One group pretest – posttest design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 136 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 – 59 ปี
- เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Blood Pressure: BP > 140/90 mmHg) ที่ระบุได้โดยการวัดความดันโลหิตวัดความดันโลหิตจำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และหรือเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (Fasting blood sugar: FBS > 126 mg /dl)
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- มีโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
- ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size: d_z) เท่ากับ 0.59 ซึ่งอ้างอิงทิศทางจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของณิรช วรโธสง และคณะ [12] ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย และผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Attrition rate) 20.0 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ขั้นต่ำตามทฤษฎีขีดจำกัดส่วนกลาง (Central limit theorem) ที่ช่วยเพิ่มความแกร่ง (Robustness) กับการทดสอบสถิติพารามิเตอร์ ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของวิจัยนี้คือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งอาจเกิดอคติจากการคัดเลือก (Selection bias) และจำกัดการสรุปอ้างอิงผลสู่ประชากรอื่น ผู้วิจัยจึงได้บรรเทาข้อจำกัดดังกล่าวเพิ่มเติมด้วยการกำหนดเกณฑ์คัดเข้า – คัดออก (Inclusion – exclusion criteria) ที่ชัดเจนและรัดกุม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เป็นแบบคำถามปลายเปิดหรือให้เติมคำตอบ 2) แบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 38 ข้อ แบบเลือกตอบถูก ผิด ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจเพื่อป้องกันการเดา ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 38 คะแนน แปลผลระดับความรู้จากคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ได้แก่ มาก 26 – 38 ปานกลาง 13 – 25 และน้อย 0 – 12 3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3 ด้าน จำนวน 25 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มีคำตอบให้เลือกคือ ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ระดับมาก (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย (2 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลระดับพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด 4.50 – 5.00 มาก 3.50 – 4.49 ปานกลาง 2.50 – 3.49 น้อย 1.50 – 2.49 และน้อยที่สุด 1.00 – 1.49 4) แบบสอบถามความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente, 1992 [8] เป็นข้อคำถาม 1 ข้อ ซึ่งเป็นถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ยังไม่คิดเปลี่ยน คิดที่จะเปลี่ยน เตรียมที่จะเปลี่ยน เปลี่ยน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลเวชปฏิบัติ และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญอนามัยชุมชน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยรวมเท่ากับ 0.96 (ยอมรับได้เมื่อ $IOC \geq 0.50$) และทดสอบใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ก่อนดำเนินการจริง ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นข้อคำถามเดียวที่ดัดแปลงจากแบบประเมิน Stage of change ของ Prochaska and DiClemente (1992) [8] ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ($IOC = 0.96$) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแบบวัดความรู้ ซึ่งเป็นแบบ Dichotomous (ถูก/ผิด) มีค่าความเชื่อมั่นโดยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.92 ซึ่งทุกค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.70) ตามเกณฑ์ของ Nunnally and Bernstein (1994) [15]

3.2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model or stage of change) โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ซึ่งมีทั้งหมด 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 – 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อผสม การสาธิต การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การใช้ตัวแบบ การให้คำปรึกษารายบุคคล การสนับสนุนทางสังคมตามระยะการเปลี่ยนแปลง 2) แบบประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente, 1992 [8] มีข้อคำถาม 1 ข้อ ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ซึ่งเป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงจากระยะ 1 ถึง

4. การรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และงานสร้างสรรค์ในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

4.1) เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง

4.2) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและเข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้ผู้ที่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.3) นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

4.4) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค และความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนให้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม

2) ดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดสำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละระยะ และประเมินความพร้อมตามแผน ดังนี้

2.1) สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยเพื่อแบ่งกลุ่มตามระยะความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 (Pre-contemplation – contemplation) ยังไม่เห็นว่าพฤติกรรมตนเองเป็นปัญหา ไม่คิดจะเปลี่ยนในอีก 6 เดือนข้างหน้า อาจมีแรงต้านหรือคิดว่าข้อเสียของการเปลี่ยนมีมากกว่าข้อดี

- กลุ่มที่ 2 (Preparation) เริ่มตระหนักถึงปัญหา คิดจะเปลี่ยนพฤติกรรมในอีก 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังลังเล ไม่แน่ใจ หรือกลัวความล้มเหลว

- กลุ่มที่ 3 (Action) ตั้งใจอย่างแน่วแน่และมีแผนที่จะลงมือทำในอีก 1 เดือนข้างหน้า บางคนอาจเริ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเล็กๆ น้อยๆ ไปแล้ว

2.2) สัปดาห์ที่ 2

- กลุ่มที่ 1 (Pre-contemplation – contemplation) กระตุ้นให้เห็นความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อตัวเองและครอบครัวรวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงจูงใจที่จะทำให้เปลี่ยนพฤติกรรม ผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนพฤติกรรม และการขจัดอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะให้ข้อมูลโดยใช้สื่อผสม ประกอบด้วยวีดิทัศน์ สไลด์ เอกสาร และตัวแบบ

- กลุ่มที่ 2 (Preparation) ประเมินความพร้อม โดยการพูดคุยสร้างข้อตกลงและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระบุเป้าหมายและเวลารวมทั้งวางแผนในการปรับเปลี่ยน มีการให้ข้อมูลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยใช้สื่อผสม สาธิต ใช้ตัวแบบ ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยดำเนินการทั้ง 3 กิจกรรมไปพร้อมกัน

- กลุ่มที่ 3 (Action) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ต่อเนื่อง ให้คำมั่นสัญญาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างความเชื่อมั่นในการปรับพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยและพูดคุยกับครอบครัวในการให้กำลังใจผู้ป่วย ประเมินความพร้อม

2.3) สัปดาห์ที่ 3 – 5 ประเมินความพร้อมก่อนดำเนินการ

- กลุ่มที่ 1 (Pre-contemplation – contemplation) กลุ่มตัวอย่างที่คงอยู่ระยะเดิม คือยังไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะดำเนินการโดยวิธีเดิม และเพิ่มการสร้างความรู้ความตระหนักถึงปัญหา ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น ให้เห็นตัวอย่างผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้เห็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยยังไม่คิดปรับเปลี่ยน ส่วนกลุ่มที่มีการปรับเข้าสู่ระยะ Preparation ใช้วิธีการดำเนินการเหมือนกลุ่มที่ 2 (Preparation)

- กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่คงอยู่ระยะเดิม ดำเนินการตามกิจกรรมสำหรับผู้ที่อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ และเพิ่มการให้คำปรึกษารายบุคคล ส่วนกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนไปอยู่ในขั้นปฏิบัติแล้วจะใช้วิธีการเหมือนขั้นปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ 2 โดยเพิ่มกิจกรรม ได้แก่ เสริมสร้างความมั่นใจในการปรับพฤติกรรม กำหนดเป้าหมายขั้นต่อไป ให้เห็นตัวแบบ ให้การเสริมแรงในผู้ที่มีการปรับเปลี่ยน และให้การสนับสนุนทางสังคม

- กลุ่มที่ 3 ใช้วิธีการปฏิบัติกิจกรรมเหมือนในสัปดาห์ที่ 2 โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่มและเพิ่มกิจกรรม ได้แก่ เสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรม กำหนดเป้าหมายขั้นต่อไป ให้เห็นตัวแบบ ให้การเสริมแรงในผู้ที่มีการปรับเปลี่ยน ให้การสนับสนุนทางสังคม ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับทางคลินิก หาวิธีแก้ปัญหที่เกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม

2.4) สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการในแต่ละกลุ่ม โดยโทรศัพท์ติดตาม เพื่อประเมินความพร้อมก่อนดำเนินการ และให้คำปรึกษารายบุคคลตามกิจกรรมที่ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 – 5 พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งสถิติออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับตัวแปรทั่วไป รวมทั้งรายงานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงรายงานความถี่และร้อยละของระยะความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านและโดยรวมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติ โดยใช้ Kolmogorov Smirnov test พบว่าข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ สำหรับตัวแปรความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นข้อมูลระดับอันดับ (Ordinal scale) จากคำถามประเมิน 5 ระยะตาม Transtheoretical model ไม่สามารถสันนิษฐานการแจกแจงปกติได้ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระยะความพร้อมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 50.64 ปี (S.D. = 5.57) มีสถานภาพสมรส จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.7 นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.3 และมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 6,895.65 บาท (S.D. = 893.96)

2) เปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้โดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.883$, $p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อพิจารณาความรู้รายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.90, 2.84, 8.19$; $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30 คน)

ความรู้ในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
โรคและวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	10.43	1.61	11.83	0.38	3.90	< 0.001*
ปัจจัยเสี่ยงของโรค	4.10	0.65	4.46	0.41	2.84	< 0.001*
อาการเตือนของโรค	3.34	0.55	4.03	0.43	8.19	< 0.001*
ความรู้โดยรวม	17.87	0.57	20.32	2.12	8.883	< 0.001*

* $p\text{-value} < 0.001$

3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26, 3.80$ และ 2.78 ; S.D. = 0.37, 0.61 และ 1.06) ตามลำดับ และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.300, 6.381$ และ 4.372 ; $p\text{-value} < 0.001$ ทุกด้าน) โดยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83, 4.52$ และ 3.64 ; S.D. = 0.40, 0.49 และ 0.86) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30 คน)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การบริโภคอาหาร	3.26	0.37	ปานกลาง	3.83	0.40	มาก	7.300	< 0.001*
การรับประทานยา	3.80	0.61	มาก	4.52	0.49	มากที่สุด	6.381	< 0.001*
การออกกำลังกาย	2.78	1.06	ปานกลาง	3.64	0.86	มาก	4.372	< 0.001*

*p-value < 0.001

4) เปรียบเทียบความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะยังไม่คิดเปลี่ยนพฤติกรรม (Pre-contemplation) และระยะคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม (Contemplation) ร้อยละ 33.3 และ 40.0 ตามลำดับ แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปลี่ยนจากระยะยังไม่คิดเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่ระยะเตรียมที่จะเปลี่ยน (Preparation) และระยะเปลี่ยน (Action) ร้อยละ 26.7 และ 33.3 ตามลำดับ และมีส่วนเข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30 คน)

ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	p-value	r
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ยังไม่คิดเปลี่ยน	10	33.3	2	6.7			
คิดที่จะเปลี่ยน	12	40.0	5	16.7			
เตรียมที่จะเปลี่ยน	5	16.7	8	26.7			
เปลี่ยน	3	10.0	10	33.3			
คงไว้ซึ่งพฤติกรรม	0	0.0	5	16.7			
ระยะความพร้อม (Median: Mdn)	2		3		-3.971	0.001*	0.73

* p-value < 0.01

อภิปราย

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้านและโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของณิรณัฐ วรโธสง และคณะ [12] พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

งานวิจัยของอิธดา สิทธิสวนจิก และคณะ [13] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของซุรพรพรณ คงวิวัฒน์ และคณะ [14] พบว่าหลังการให้ความรู้เรื่องโรค โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการใช้สื่อผสม ประกอบด้วยวีดิทัศน์ สไลด์ เอกสาร และตัวแบบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อตัวเองและครอบครัว รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นรูปแบบการสื่อสารเพิ่มความน่าสนใจในการเรียนรู้ อีกทั้งยังทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับบริบทชีวิตจริงของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการจดจำที่ยั่งยืน และมีแนวโน้มในการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเพิ่มความรู้ในการป้องกันโรค เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ถูกต้อง การสร้างการรับรู้ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยตัวแบบด้านลบ ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคตรงกับความเป็นจริง การให้ความรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนพฤติกรรม และการขจัดอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งปัจจัยส่งเสริมตามระยะ ได้แก่ การพัฒนาทักษะด้านสุขภาพโดยการสาธิต และฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การให้กำลังใจและข้อมูลป้อนกลับแก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา หน่อสีดา และ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ [16] พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยของฮาสิมาะ สือแมง [17] พบว่าความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น และงานวิจัยของวรางคณา วสุรัตน์ [18] กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระยะยังไม่คิดเปลี่ยน (Pre-contemplation) และคิดที่จะเปลี่ยน (Contemplation) ซึ่งสะท้อนว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง หรือยังลังเลที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตามหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปลี่ยนจากระยะยังไม่คิดเปลี่ยนไปสู่ระยะเตรียมที่จะเปลี่ยน (Preparation) และระยะเปลี่ยน (Action) และมีบางส่วนเข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) เนื่องจากการปรับเปลี่ยนตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โปรแกรมที่ใช้เน้นการเพิ่มการรับรู้ทำให้ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค ทำให้เปลี่ยนจากระยะยังไม่คิดเปลี่ยนมาสู่ระยะคิดที่จะเปลี่ยนและเตรียมที่จะเปลี่ยน รวมถึงการมีกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองผ่านหลัก 4 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และอนามัย) หรือการมีเพื่อนช่วยเพื่อน ช่วยลดความกลัวในการ

ปรับเปลี่ยน และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมจริง อีกทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าการมีโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มระดับความพร้อมในการดูแลตนเองได้จริง ของดวงมณี วิยะทัศน์ และคณะ [19] พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากชั้นยังไม่คิดเปลี่ยนพฤติกรรม/คิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ไปสู่ชั้นเปลี่ยนพฤติกรรม/คงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างชัดเจน หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่ามีกลุ่มที่ติดอยู่ในระยะเดิม (ร้อยละ 6.7) ในระยะยังไม่คิดเปลี่ยน อาจเนื่องมาจากขาดความตระหนักรู้ มองไม่เห็นปัญหาจากพฤติกรรมของตนเอง เชื่อว่าข้อดีของการคงพฤติกรรมเดิมมีมากกว่า และมักรู้สึกหมดหนทางหรือขาดความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง

ผลการวิจัยที่ได้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมายที่สำคัญ คือ การสร้างความตระหนัก และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้หลักการทางทฤษฎีที่มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจและความพร้อมของผู้ป่วย (Transtheoretical model) [8] ช่วยให้การออกแบบโปรแกรมจัดเนื้อหาได้ตรงกับความต้องการของแต่ละคน มีเครื่องมือขับเคลื่อนพฤติกรรมซึ่งจะดึงมาใช้คู่กับการให้ความรู้ เช่น 1) การตระหนักรู้ (Consciousness raising) ด้วยการให้ความรู้เชิงลึกเพื่อเปิดตาให้เห็นปัญหา 2) การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) ด้วยการให้ความรู้เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ว่า พฤติกรรมเดิมส่งผลต่อคุณค่าในตัวเองอย่างไร และ 3) การควบคุมสิ่งกระตุ้น (Stimulus control) ด้วยการสอนเทคนิคการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเลี่ยงสิ่งยั่วยุ นอกจากนี้โปรแกรมที่ใช้ทฤษฎีดังกล่าวยังมีการให้ความรู้เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างชั่งน้ำหนักระหว่าง "ข้อดี (Pros)" และ "ข้อเสีย (Cons)" ของการเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อความรู้ใหม่ทำให้รู้สึกว่าการเปลี่ยนมีมากกว่าข้อเสียอย่างชัดเจน แรงจูงใจภายในจะเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ และเน้นการเปลี่ยนพฤติกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำสำเร็จในขั้นเล็กๆ ความมั่นใจในตัวเอง (Self-efficacy) จะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนและไม่ท้อถอยไปก่อน อีกทั้งทฤษฎีนี้ยอมรับว่าการกลับไปทำพฤติกรรมเดิมเป็นเรื่องธรรมดา โปรแกรมจึงมีการให้ความรู้เพื่อเตรียมใจและสอนวิธีรับมือกับความล้มเหลวระหว่างทาง กลุ่มตัวอย่างจึงไม่รู้สึกผิดจนล้มเลิก แต่จะสามารถกลับเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างรวดเร็ว [20 – 22] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม โปรแกรมจึงออกแบบให้มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับหลักวิชาการและหลักศาสนาอิสลาม โดยบูรณาการหลักการปฏิบัติทางศาสนาเข้ากับการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ ซึ่งบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมอิสลามมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำหน้าที่เป็นกรอบชี้นำและแรงจูงใจทางจิตวิญญาณ ที่ช่วยให้มุสลิมปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น [23 – 25] จึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล และเป็นไปตามระดับความพร้อมของบุคคลนั้น ๆ เพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย

สรุป

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 30 ราย เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผลเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาหลังครบ 6 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันโรคมมากขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น และมีความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปลี่ยนจากระยะยังไม่คิดเปลี่ยนไปสู่ระยะเตรียมที่จะเปลี่ยนและระยะเปลี่ยน และมีบางส่วนเข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ดังนั้น โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยเพิ่มความรู้และพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีความเสี่ยง โดยผลลัพธ์แสดงการเปลี่ยนแปลงของระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ดีขึ้นหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งเป็นผลจากการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (TTM) ในการออกแบบและดำเนินการโปรแกรม

ข้อจำกัดของงานวิจัย

- 1) ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest – posttest design) ซึ่งมีความเข้มแข็งทางวิชาการน้อยกว่าการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมในการสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของตัวแปรรบกวนภายนอก เช่น ปัจจัยด้านวุฒิภาวะ (Maturation) หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายนอก (History) ได้อย่างสมบูรณ์
- 2) ข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตาม การติดตามผลเพียง 6 สัปดาห์ แม้จะแสดงถึงความยั่งยืนในระยะกลาง แต่ไม่เพียงพอต่อการยืนยัน การคงพฤติกรรมในระยะยาว (Long-term Maintenance) ซึ่งตามแนวคิด TTM มักใช้เวลา 6 เดือนขึ้นไป

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลงสู่สถานคลินิกความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้อย่างยั่งยืน และสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว ด้วยการสร้างความตระหนักให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แบบค่อยเป็นค่อยไป กระตุ้นให้เกิดการเปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสีย กลุ่มที่ 2 ทบทวนเป้าหมายชีวิตและคุณค่าที่พวกเขายึดถือ และใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและความมั่นใจ กลุ่มที่ 3 ช่วยออกแบบแผนการปฏิบัติที่ทำได้จริงและวัดผลได้ และจัดเตรียมสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อม เพื่อลดอุปสรรคในการเริ่มต้น กลุ่มที่ 4 เสริมแรงทางบวก เช่น การกล่าวคำชื่นชม การให้รางวัลเมื่อทำสำเร็จ ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อรับมือกับสิ่งเร้าหรืออุปสรรคกระตุ้นความอยาก และกลุ่มที่ 5 ทบทวนผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อตกย้ำคุณค่า สนับสนุนให้เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ให้กลุ่มอื่น เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ

2) ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี) เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และวัดผลในด้านสุขภาพจริง เช่น ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด หรือการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

3) ศึกษาบทบาทของครอบครัวและชุมชน วิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจช่วยส่งเสริมความสำเร็จของโปรแกรมในระยะยาว

4) เพิ่มขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ ภูมิภาค ชนบทพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถใช้ในการสรุปและอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้างต่อไปได้

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและงานสร้างสรรค์ในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา เลขที่ BCNYA 00122567 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2567

การอ้างอิง

พัชรินทร์ คมขำ, สุชาดา เจดอเลาะ, และคอรีเยาะ เลาะปนสา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(3): 328 – 43.

Khomkham P, Jehdoloh S, and Lahpunsa K. Effectiveness of Education Program to Motivate Behavior Change among Individuals at Risk for Stroke. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(3): 328 – 43.

เอกสารอ้างอิง

- [1] Feigin VL, Abate MD, Abate YH, ElHafeez SA, Abd-Allah F, Abdelalim A, and et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990 – 2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. THE Lancet Neurology. 2024; 23(10). 973 – 1003.
- [2] ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). รายงานร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปี 2567. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2567 จาก <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/kpi/1/2022>.
- [3] Yusuf S, Reddy S, Öunpuu S, and Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: Part I: General consideration, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation. 2001; 104(22). 345 – 62.
- [4] พิพัฒน์ พัฒนพิพิธไพศาล. โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2566; 18(3): 154 – 64.

- [5] Gerstl JVE, Blitz SE, Qu QR, Yearley AG, Lassaren P, Lindberg R, and et al. Global, Regional, and National economic consequences of stroke. *Stroke*. 2023; 54(9): 2380 – 9. DOI: 10.1161/STROKEAHA.123.043131.
- [6] Aguirre OA, Rogers JL, Reardon T, Shlobin NA, Ballatori AM, Brown NJ, and et al. Stroke management and outcomes in low-income and lower-middle-income countries: a meta-analysis of 8535 patients. *Jornal of neurosurgery*. 2023; 139: 1042 – 51.
- [7] Bushnell C, Kernan WN, Sharrief AZ, Chaturvedi S, Cole JW, Cornwell WK, and et al. Guideline for the primary prevention of stroke: A Guideline from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. 2025; 56(2): 2380 - 9. DOI: 10.1161/STR.0000000000000475.
- [8] Prochaska JO, and DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood. 1984.
- [9] ชุติพร หิตอักษร, รุ่งนภา จันทรา, อัสนี วันชัย, และจริยา อินทนา. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย: การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2560; 35(4): 25 – 33.
- [10] นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ muslim ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. [รายงานสืบเนื่องจากการประชุม]. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น. 2558.
- [11] กฤษณ คุณาปณ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่เปิน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน*. 2563; 6(1): 110 – 24.
- [12] ฌิรณูช วรโธสง, อนุวัฒน์ สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์, ศิริลักษณ์ วงศ์ศรีสอน, ลัดดาวรรณ บุระเนตร, ดวงกมล พลวงศา, และคนอื่นๆ. ผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*. 2566; 1(1): 1 – 13.
- [13] จิรดา สิทธิสวนจิกร, กัญญาณัฐ จุฬาภา, ชรินทร์น เล็กสิงห์โต, ธัญญาลักษณ์ สมยาเวกาศ, นาทลี รักอิสระภาพ, ปัทมาภรณ์ ทองใบ, และคนอื่นๆ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. *วารสารสภา การสาธารณสุขชุมชน*. 2568; 7(3): 1 – 16.
- [14] ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนุ่ยศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2560; 35(3): 131 – 2.
- [15] Nunnally JC, and Bernstein IC. *Psychometric theory* 3rd ed. McGraw-Hill. 1994. p. 325 – 8.
- [16] วาสนา หน่อสีดา, และวิลาวัลย์ ขมนิรัตน์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว. *วารสาร การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2562; 37(4): 167 – 76.
- [17] ฮาลีมาะ สือเมง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลยะลา. *วารสารการศึกษาและการวิจัยสาธารณสุข*. 2566; 1(2): 104 – 21.
- [18] วรางคณา วสุรัตน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัด สุโขทัย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*. 2567; 11(2): 48 – 59.
- [19] ดวงมณี วิยะทัศน์, จริญญา จริยัญญู, และอมรเทพ จันทร์เจริญ. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และความ

พร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2569; 11(1): 434 – 42.

- [20] Prochaska JO, and Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion. 1997; 12(1). 38 – 48.
- [21] Marcus BH, and Simkin LR. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. Medicine and science in sports and exercise. 1994; 26(11). 1400 – 4.
- [22] Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, and Redding CA. Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. Homeostasis IN Health and Disease. 1998; 38(5-6). 216 – 33.
- [23] ศุภามณ จันทร์สกุล, ชนินทร์ จักรภพโยธิน, คชารัตน์ ปรีชล, และบุญส่ง สุประดิษฐ์. การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมกระเจิญพันธ์ุ ที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสตรีมุสลิม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2568; 5(2). 111 – 22.
- [24] พัชร รัศมีแจ่ม, ปรีศนา อัครชนพล, พรทิพย์ ลิ้มธีระยศ, และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม. 2561; 19(37). 56 – 68.
- [25] วิฑูรย์ เมตตาจิตร์, วรรณนะ หนูหมื่น, และสมจิตร พิกรมสุข. การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยตามวิถีอิสลามจากแบบเรียนเฉพาะกิจ เรื่องเล่ามุสลิมถิ่นใต้. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2568; 18(1). 146 – 59.