



ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ
ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

The Effectiveness of the Stroke Prevention Behavior Improvement Program
among Older Adults in Mae Ka Sub-district, Mueang Phayao District, Phayao Province

ธิดา สิทธิสวนจิก¹, กัญญาณัฐ จุฬารักษ์¹, ชรินรัตน์ เล็กสิงห์โต¹, ธัญญาลักษณ์ สมยาวะภาศ¹,
นาถลี รักอิสระภาพ¹, ปัทมาภรณ์ ทองใบ¹, โมทนา ฐิตินันท์มงคล¹, ศิริลักษณ์ กิติมูล¹, มณฑุเชษฐ์ มะโนธรรม^{1*}
Thirada Sitthisuanchik¹, Kanyanat Jurapha¹, Charinrat Leksingto¹, Thanyarak Somyawakad¹,
Natalee Rakaisaraphap¹, Patthamaporn Thongbai¹, Motana Thitinanmongkhon¹, Sirilak Kitimoon¹,
Manuchet Manotham^{1*}

สาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา¹

Department of Community Health, School of Public Health, University of Phayao¹

(Received: 5 September 2025; Revised: 7 October 2025; Accepted: 28 November 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้น 2 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยแบบสอบถามด้านความรู้หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครุเตอร์ริชาร์ดสันมีค่าเท่ากับ 0.68 ส่วนแบบสอบถามด้านทักษะและด้านพฤติกรรมหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: manuchet.ma@up.ac.th, มณฑุเชษฐ์ มะโนธรรม)

Abstract

This research was a quasi-experimental study with two groups, pretest-posttest design, aimed to examine the effectiveness of a behavioral development program for stroke prevention among older adults in Mae Ka Subdistrict, Mueang Phayao District, Phayao Province. The sample consisted of 56 older adults, divided equally into an experimental group (n = 28) and a control group (n = 28). Data collection was conducted between June and July 2025, covering a total period of two months. The research instruments included: (1) an eight-week behavioral development program for stroke prevention among older adults, and (2) a questionnaire composed of four parts: personal information, knowledge, attitude, and preventive behaviors toward stroke. The questionnaire was validated for content validity, appropriateness, and linguistic clarity. Reliability testing was performed with 30 individuals who shared similar characteristics to the study sample. The knowledge section demonstrated a reliability coefficient of 0.68 using the Kuder-Richardson method, while the attitude and behavior sections yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.86 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the Paired t-test and Independent t-test.

The results revealed that, within the experimental group, mean scores for knowledge, attitude, and preventive behaviors toward stroke significantly increased after the intervention ($p < 0.05$), while no significant differences were observed in the control group. Moreover, when comparing between groups, the experimental group showed significantly higher posttest mean scores for knowledge, attitude, and preventive behaviors than the control group ($p < 0.05$)

The findings suggest that public health agencies can apply this program as a practical guideline for promoting health among older adults in communities. The emphasis on behavioral modification for stroke prevention may effectively and sustainably reduce the risk of stroke among older populations.

Keywords: Older adult, Stroke, Stroke prevention program

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกด้วยอุบัติการณ์ที่สูงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐศาสตร์ของประชากรในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่สองของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทางโรค (Disability-adjusted life years: DALYs) ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเกือบ 11.95 ล้านคนต่อปี และมีผู้ที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 93.8 ล้านคน ขณะที่ผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 7.25 ล้านคนต่อปี (Feigin et al., 2025) ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะหลอดเลือดแข็งตัว โดยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคจะสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (Rajati et al., 2023)

ข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรผู้ใหญ่ อายุมากกว่า 45 ปี ประมาณร้อยละ 1.88 และมีแนวโน้มสูงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Suwanwela, 2014) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นไม่เป็นจังหวะและเร็วผิดปกติ (Atrial fibrillation) มีผลต่อการเสียชีวิต (Samuthpongton et al., 2021) นอกจากนี้มีการศึกษา ในประเทศไทยระหว่างปี.ศ. 2010–2021 ได้เปรียบเทียบแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราความชุกสูงในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบความแตกต่างตามเพศ (Suanrueang et al., 2024) ในขณะเดียวกัน จังหวัดพะเยา พบอัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 8.94) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke: I60-I62) (ร้อยละ 20.06) และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic stroke: I63) (ร้อยละ 4.48) (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center: HDC, 2567)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เพื่อออกแบบแนวทางการป้องกันที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่มีการสูงอายุของประชากรเพิ่มขึ้น โดยได้นำทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพผ่านการเรียนรู้ การลงมือปฏิบัติจริง และการสะท้อนผลจากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ได้มีการออกแบบให้สอดคล้องกับองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎี โดยเน้นให้บุคคลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมาย การประเมินตนเอง และการปรับเปลี่ยน

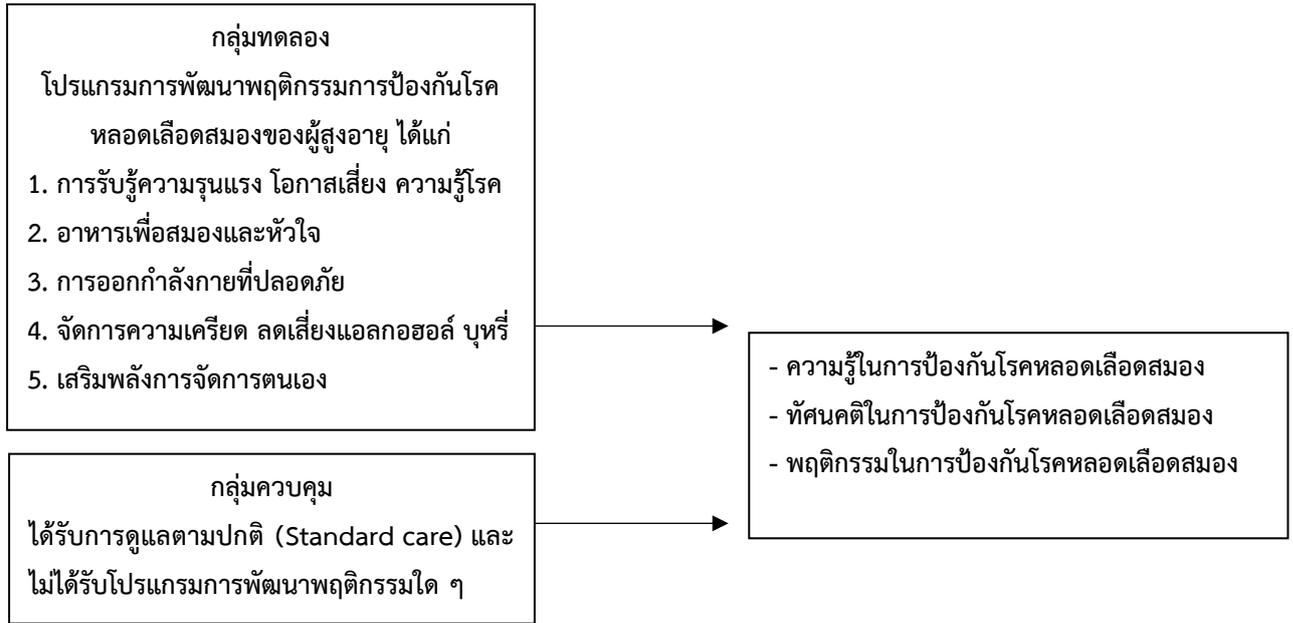
พฤติกรรมอย่างเป็นระบบ (Lorig & Holman, 2003) ทั้งนี้ มีงานวิจัยที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของอรณลิน ไทยเจริญ และคณะ (2568) พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงและลดระดับความดันโลหิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของเสาวภา เล็กวงษ์ และคณะ (2565) ได้พัฒนาโมเดลการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โดยมีขั้นตอนสำคัญ เช่น การให้ความรู้ แจกคู่มือ บันทึกข้อมูลสุขภาพ การเลือกเป้าหมาย การประเมินสถานะสุขภาพ และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมจึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง รู้จักประเมินตนเอง และลงมือปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยง ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเอง กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ เก็บรวบรวมและประเมินข้อมูลอาการเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ พร้อมทั้งสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงตนเอง (Ryan & Sawin, 2009) กระบวนการนี้ช่วยให้บุคคลควบคุมโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บข้อมูล การประเมินผลการตัดสินใจ การปฏิบัติและการสะท้อนตนเอง ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะ เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 1,600 คน (ข้อมูลพื้นฐานเทศบาลตำบลแม่กา, 2567) ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.7 (Kang, H., 2021) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (วรางคณา วสุรัตน์, 2567) ค่าความคลาดเคลื่อน (α) ที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.90 (Cohen, 1988) test family คือ t test และ statistical test ที่ใช้ในการแทนค่าสูตร คือ Correlation: Point biserial model ผลการวิเคราะห์พบว่า การวิจัยครั้งนี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 56 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 28 คน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างแบบแยกกลุ่มไม่ส่งถึงกัน (Non-contaminated grouping) โดยสุ่มกลุ่มทดลองจากชุมชน A และกลุ่มควบคุมจากชุมชน B ซึ่งทั้งสองชุมชนอยู่ห่างกันและไม่มีการติดต่อหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม แม้วิธี non-contaminated grouping จะลดการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มได้ดี แต่ความแตกต่างด้านลักษณะชุมชนอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ทำให้เกิด selection bias และ confounding bias ซึ่งอาจมีผลต่อความเที่ยงตรงภายในของการวิจัย (Internal validity)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
2. เป็นผู้ให้ความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

(Informed consent form)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคทางจิตเวช หรือข้อจำกัดด้านการสื่อสารที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะปลายปิดและปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำและสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามผู้สูงอายุข้อมูลสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10, 2566) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ 2) ถ้าพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองลูกจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (≤ 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-11 คะแนน) และระดับสูง (≥ 12 คะแนน) (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากบทความความรู้ทัน 10 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพื่อการป้องกันและรักษา (โรงพยาบาลพญาไท, 2567) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ 2) ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดสมองอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) (Best, 1997)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (สายสุนีย์ เจริญศิลป์, 2564) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ 1) ท่านตรวจหาภาวะ Atrial Fibrillation (AF) เมื่อพบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ 2) ท่านควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (120/80 มิลลิเมตรปรอท) โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ

6-7 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) (Best, 1997)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ (Standard care) ซึ่งเป็นการบริการทั่วไปที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับอยู่แล้วจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมชุมชนประจำเดือน เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยอาจารย์ในสาขาวิชานามัยชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและการพัฒนาแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence index: IOC) จึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลแม่กาเรื่อ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามด้านความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครุเตอร์ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson 20 (KR-20) (Kuder & Richardson, 1937) มีค่าเท่ากับ 0.68 ส่วนแบบสอบถามด้านทัศนคติและแบบสอบถามด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1970) มีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

ก่อนดำเนินโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับประธานโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวาก ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีเจ้าอาวาสวัดแม่กาโทกหวากเป็นผู้ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อคัดเลือกและนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รายชื่อแล้วผู้วิจัยจึงชี้แจงรายละเอียดขอความยินยอมและเข้าสู่การทำกิจกรรมตามโปรแกรม

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ จำนวน 8 สัปดาห์ร่วมกับการใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถามจำนวน 28 คน (ร้อยละ 100) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมินฐาน

วัตถุประสงค์: สำรวจการรับรู้ความเสี่ยง/อันตราย การเผชิญปัญหา พฤติกรรมปัจจุบัน และทำแบบสอบถาม KAP (Pretest)

เนื้อหา: ภาพรวมโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน “FAST” และบทบาทการจัดการตนเอง

กิจกรรม: เช็คแผนที่ความเสี่ยงส่วนบุคคล และตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล 1-2 เป้าหมาย

วัสดุ: แบบสอบถาม KAP แผ่นพับ FAST บัตรตั้งเป้าหมาย

งานบ้าน: บันทึกพฤติกรรม 7 วัน (อาหาร/ออกกำลังกาย/ความเครียด/แอลกอฮอล์/บุหรี่)

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ความรู้โรค

วัตถุประสงค์: เพิ่มการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง และความรู้โรค

เนื้อหา: กลไกโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ทำไม “เล็กน้อยทุกวัน” สะสมเป็นความเสี่ยง

กิจกรรม: เกมจับคู่ “ปัจจัยเสี่ยง-ผลกระทบ” และวงสนทนาแชร์ประสบการณ์

วัสดุ: สไลด์ โปสเตอร์ บัตรคำ

งานบ้าน: วัดความดันโลหิตที่ รพ.สต./อสม. หรือบันทึกสัญญาณเตือนที่พบ

สัปดาห์ที่ 3 อาหารเพื่อสมองและหัวใจ

วัตถุประสงค์: ตระหนักประโยชน์คาดหวังของการกินที่เหมาะสม

เนื้อหา: หลัก “จานสุขภาพ” ลดโซเดียม/น้ำตาล/ไขมันทรานส์/อ่านฉลากโภชนาการ

กิจกรรม: สาธิตจัดจาน อ่านฉลาก และทำ “สัญญาอาหารฉลาด 1 ข้อ/วัน”

งานบ้าน: บันทึกรับประทานอาหาร 7 วัน พร้อมให้คะแนนตนเอง (0-10)

สัปดาห์ที่ 4 การออกกำลังกายที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์: เพิ่มความเชื่อมั่นในการเริ่มหรือคงกิจกรรมทางกาย

เนื้อหา: ชนิด ความถี่ ความหนัก ระยะเวลา หลัก FITT สำหรับผู้สูงอายุ และความปลอดภัย

กิจกรรม: ฝึกยืดเหยียด/แอโรบิกเบา 10-15 นาที ทดลองเดินนับก้าว และตั้งเป้าหมายก้าว/นาที

งานบ้าน: เดิน/ออกกำลังกายตามแผน 5 วัน/สัปดาห์ บันทึกก้าว/เวลา

สัปดาห์ที่ 5 จัดการความเครียด ลดเสี่ยงแอลกอฮอล์ บุหรี่

วัตถุประสงค์: จัดการอุปสรรคและเรียนรู้เครื่องมือรับมือ

เนื้อหา: เทคนิคผ่อนคลายลมหายใจ/สติสั้นๆ วงจรความอยาก กลยุทธ์ทดแทน

กิจกรรม: ฝึกหายใจ 4-4-6 สมุดแผนรับมือสิ่งกระตุ้น (Cue-plan)

งานบ้าน: ฝึกผ่อนคลายวันละ 2 ครั้ง บันทึกเหตุการณ์กระตุ้นและการรับมือ

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินกึ่งกลาง

วัตถุประสงค์: ประเมินการรับรู้/การเผชิญปัญหา/พฤติกรรม ณ กึ่งโปรแกรม

เนื้อหา: ทบทวนเป้าหมายรายบุคคล ปรับแผนตามอุปสรรคจริง

กิจกรรม: แบบประเมินย่อ ใ้ช้กลุ่มย่อย การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

งานบ้าน: ปรับแผนส่วนบุคคลฉบับปรับปรุง (Version 2)

สัปดาห์ที่ 7 เสริมพลังการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์: ตอกย้ำทักษะการจัดการตนเองผ่านการเรียนรู้แบบกลุ่ม

เนื้อหา: ทบทวนอาหาร/ออกกำลังกาย/ความเครียด/แอลกอฮอล์/บุหรี่ยี่ห้อ เชื่อมพี่เลี้ยง/เพื่อนช่วยเพื่อน

กิจกรรม: อภิปรายกรณีตัวอย่าง และสร้าง “ข้อตกลงสนับสนุนกัน” รายสัปดาห์

งานบ้าน: ซ้อมแผนสถานการณ์ยาก 2 ฉาก เช่น งานเลี้ยง วันที่ฝนตก

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินหลัง

วัตถุประสงค์: ประเมิน KAP หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

กิจกรรม: ทำแบบสอบถาม KAP (Posttest)

วัสดุ: แบบสอบถาม KAP

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 28 คน (ร้อยละ 100) ทั้งนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ (Standard care) ซึ่งเป็นการบริการทั่วไปที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับอยู่แล้วจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมชุมชนประจำเดือน เป็นต้น แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมใด ๆ จากผู้วิจัย

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับขั้นก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทุกคน (ร้อยละ 100) ได้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และใช้สถิติ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} = 0.200$)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/078/68 วันที่รับรอง 25 เมษายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยสิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และใช้สถิติ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 56 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.9) และมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ($SD = 5.86$) ตัวแปรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำและสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ในระยะเริ่มต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 56 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n = 56) n (%)	(n = 28) n (%)	(n = 28) n (%)	
เพศ				0.775
ชาย	18 (32.1%)	8 (28.6%)	10 (35.7%)	
หญิง	38 (67.9%)	20 (71.4%)	18 (64.3%)	
อายุ (ปี)				0.982
Mean (<i>SD</i>)	68.05 (5.86)	68.07 (5.53)	68.04 (6.28)	
Min-Max	60-87	61-83	60-87	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)				0.378 ^a
ผอม (<18.50)	6 (10.7%)	5 (17.9%)	1 (3.6%)	
ปกติ (18.50-22.99)	25 (44.6%)	12 (42.9%)	13 (46.4%)	
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	10 (17.9%)	5 (17.9%)	5 (17.9%)	

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n = 56) n (%)	(n = 28) n (%)	(n = 28) n (%)	
อ้วน (≥ 25.00)	15 (26.8%)	6 (21.4%)	9 (32.1%)	
สถานภาพ				0.418
สมรส	32 (57.1%)	14 (50.0%)	18 (64.3%)	
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	24 (42.9%)	14 (50.0%)	10 (35.7%)	
การศึกษา				1.000
ไม่ได้ศึกษา	12 (21.4%)	6 (21.4%)	6 (21.4%)	
ได้ศึกษา	44 (78.6%)	22 (78.6%)	22 (78.6%)	
อาชีพ				0.375
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16 (28.6%)	10 (35.7%)	6 (21.4%)	
ได้ประกอบอาชีพ	40 (71.4%)	18 (64.3%)	22 (78.6%)	
รายได้				0.171
ไม่เพียงพอ	22 (39.3%)	14 (50.0%)	8 (28.6%)	
เพียงพอ	34 (60.7%)	14 (50.0%)	20 (71.4%)	
โรคประจำตัว				0.790
ไม่มี	28 (50.0%)	15 (53.6%)	13 (46.4%)	
มี	28 (50.0%)	13 (46.4%)	15 (53.6%)	
การรับประทานยาเป็นประจำ				0.054
ไม่มี	34 (60.7%)	21 (75.0%)	13 (46.4%)	
มี	22 (39.3%)	7 (25.0%)	15 (53.6%)	
สิทธิการรักษาพยาบาล				0.051 ^a
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	49 (87.5%)	22 (78.6%)	27 (96.4%)	
ประกันสังคม	2 (3.6%)	1 (3.6%)	1 (3.6%)	
ข้าราชการ	5 (8.9%)	5 (8.9%)	0 (0.0%)	

* P-value is calculated using Exact test.

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 10.11 ($SD. = 0.57$) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 46.07 ($SD. = 0.26$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 30.21 ($SD. = 0.62$) ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 14.04 ($SD. = 2.12$) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 53.89 ($SD. = 6.92$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 39.32 ($SD. = 6.74$) โดยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	P-value
	M	SD.	M	SD.		
ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ						
กลุ่มทดลอง	10.11	0.57	14.04	2.12	8.883	<0.001*
กลุ่มควบคุม	10.04	0.19	10.11	0.42	0.812	0.424
ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ						
กลุ่มทดลอง	46.07	0.26	53.89	6.92	5.997	<0.001*
กลุ่มควบคุม	45.96	0.19	46.04	0.33	1.441	0.161
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ						
กลุ่มทดลอง	30.21	0.63	39.32	6.74	7.300	<0.001*
กลุ่มควบคุม	30.14	0.52	30.21	1.13	0.441	0.663

*ทดสอบด้วย Paired t-test, *p-value < 0.05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	M	SD.	M	SD.		
ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.11	0.57	10.04	0.19	0.632	0.530
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	14.04	2.12	10.11	0.42	9.637	<0.001*

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	M	SD.	M	SD.		
ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	46.07	0.26	45.96	0.19	1.754	0.085
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	53.89	6.92	46.04	0.33	6.002	<0.001*
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30.21	0.63	30.14	0.52	0.461	0.647
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	39.32	6.74	30.21	1.13	7.046	<0.001*

*ทดสอบด้วย Independent t-test, *p-value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยนุช จิตตบุญท์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการใช้ภาษาชาวบ้าน ใช้สื่อภาพประกอบ และการยกตัวอย่างในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและเข้าใจเนื้อหาสาระด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นรูปแบบการสื่อสารที่สอดคล้องกับระดับความรู้ ความคุ้นเคย และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าใจภาษาทางวิชาการและเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้ อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับบริบทชีวิตจริงของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการจดจำที่ยั่งยืน และมีแนวโน้มในการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยนุช จิตตุนนท์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีและพบว่า ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพบว่า การอธิบายอย่างชัดเจนและการพูดคุยกับผู้สูงอายุอย่างเป็นกันเอง ส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ซักถามหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มยังช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ และทำให้ผู้สูงอายุปรับมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองในทางที่ดีขึ้น

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของเพียงเดือน สันวงศ์ และคณะ (2567) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลไหล่นหิน อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรารัตน์ (2567) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีโอกาสได้รับความรู้และการแนะนำตามโปรแกรมในการปฏิบัติตัวที่ดี เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือและยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำที่ดีที่เหมาะสมกับตนเองที่จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผลการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนถึงความสำเร็จของกลไกการจัดการตนเองในระดับปัจเจกบุคคล และสังคม กล่าวคือ โปรแกรมนี้ได้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ “เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง” (Learning by doing) และ “สร้างการเปลี่ยนแปลงจากภายใน” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักของทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ที่มุ่งให้บุคคลเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพตนเอง และ

สามารถดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก ไม่สุ่มตัวบุคคลและการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะสั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ผ่านโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเป็นแกนนำในการเผยแพร่ความรู้ให้เพื่อนบ้านหรือผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มระยะเวลาการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และวัดผลในด้านสุขภาพจริง เช่น ค่าความดันโลหิตหรือการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. ศึกษาบทบาทของครอบครัวและชุมชน วิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการส่งเสริมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความสำเร็จของโปรแกรมในระยะยาว
3. เพิ่มขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างโดยศึกษาจากพื้นที่ ภูมิภาคชาติพันธุ์หรือกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถใช้ในการสรุปและอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้าง

รายการอ้างอิง

- ปิยนุช จิตตบุญท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, พิมพิศา คักดีตอนเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, & ญันท์ วอลเตอร์. (2564). ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลสงขลาสงขลา นครินทร์*, 41(2), 13–25.
- เพียงเดือน สันวงศ์, บุศรินทร์ ผัดวัง, & ศิริรัตน์ ผ่านภพ. (2567). ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลไหล่หิน อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 5(2), 105–106.

- เทศบาลตำบลแม่กา. (2567, 28 พฤศจิกายน). *ข้อมูลแสดงจำนวนประชากรตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา*. <http://www.maekalocal.go.th/>.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC). (2567, 3 ธันวาคม). *ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม*. <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/kpi/1/2022>
- โรงพยาบาลพญาไท. (2567, 4 ธันวาคม). *รู้ทัน 10 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพื่อการป้องกันและรีบรักษา*. <https://www.phyathai.com/th/article/understanding-the-10-risk-factors-for-stroke-prevention-and-early-treatment>
- วารางคณา วสุรัตน์. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 11(2), 48–59.
- เสาวภา เล็กวงษ์, อรพรรณ บุญลือ, นิสารัตน์ รวมนงษ์, & นุชนาถ โรจนธรรม. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(2), 175–189.
- สายสุนีย์ เจริญศิลป์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. (2566). *แนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) (ฉบับปรับปรุง ปี 2566)*. อุบลราชธานี: อัลทิเมท พรินติ้ง จำกัด.
- อรนลิน ไทยเจริญ, นภาพิณ จันทขัมมา, & วันเพ็ญ แววีร์คุปต์. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 26(1), 120–128.
- Best, J. W. (1997). *Research in education*. Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Routledge.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. Harper & Row.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. F., & Rautalin, I. (2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*, 20(2), 132–144.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.

- Kang, H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions, 18*(17).
<https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika, 2*(3), 151–160.
- Rajati, F., Merghati-Khoei, E., Shabani, M., & Rashidian, A. (2023). Prevalence of stroke in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews, 92*, 102602
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook, 57*(4), 217225.
- Samuthpongton, C., Kaewkum, C., Mathattanagul, W., & Ponglikitmongkol, P. (2021). Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. *BMC Neurology, 21*:322,1-6.
- Suanrueang, P. (2024). A comparison of the disease occurrence of cerebrovascular diseases, diabetes mellitus, hypertensive diseases, and ischaemic heart diseases among hospitalized older adults in Thailand. *Scientific Reports, 14*:123, 1-11.
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke, 16*(1), 1-7.