

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร

ปาลิดา แสนบุญมา^{1,2,*} พย.ม., ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร³ ส.ด., ชุติกร ด่านยุทธศิลป์⁴ ส.ด.,
เอี่ยมพร หลินเจริญ⁵ กศ.ด.

Received: January 6, 2025

Revised: April 3, 2025

Accepted: April 18, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดัน
โลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 62 คน
แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระยะเวลา 8
สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค มีค่าความตรงเนื้อหา
เท่ากับ 1.00 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.84 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจง
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Mean diff. =
1.28, 95% CI = 0.27-0.38, p-value < 0.05) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 0.23,
95% CI = 0.27-0.38, p-value < 0.05) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 3.23, 95% CI = 2.68-3.78, p-value < 0.05) และระดับความดันโลหิต
ไดแอสโตลิกเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 1.94, 95%
CI = 1.65-2.22, p-value < 0.05) สรุปว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต

คำสำคัญ: กลุ่มวัยทำงาน โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ระดับความดันโลหิต

¹ นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบ้าน จังหวัดกำแพงเพชร

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

⁴ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: palidas64@nu.ac.th

The effects of the health believe model program on stroke preventive behaviors and blood pressure levels among adult workers with uncontrolled hypertension in Kamphaeng Phet Province

Palida Saenboonma^{1,2,*} M.N.S., Chanita Praditsathaporn³ Dr. P.H., Chuleekorn Danyuthasilpe⁴ Dr. P.H., Aumporn Lincharoen⁵ Ed.D.

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effects of the health believe model program on stroke preventive behaviors and blood pressure levels among adult workers with uncontrolled hypertension in Kamphaeng Phet Province. The sample consisted of 62 working-age individuals with uncontrolled blood pressure, divided into an experimental group and a control group. The experimental group participated in the Health Belief Model-based program for 8 weeks. The data collection tool was a stroke prevention behavior questionnaire, which had a content validity of 1.00 and a reliability coefficient of 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The results of the study found that after the implementation of the stroke prevention program, the experimental group had a significantly higher mean score for stroke prevention behaviors (Mean diff. = 1.28, 95% CI = 1.27-1.63, p-value < 0.05) compared to the control group (Mean diff. = 0.23, 95% CI = 0.27-0.38, p-value < 0.05). The experimental group had significantly lower mean systolic blood pressure after the intervention (Mean diff. = 3.23, 95% CI = 2.68-3.78, p-value < 0.05), and significantly lower mean diastolic blood pressure (Mean diff. = 1.94, 95% CI = 1.65-2.22, p-value < 0.05). It was concluded that the health believe model-based program had a positive effect on stroke prevention behaviors and blood pressure control.

Keywords: Adult workers, Stroke prevention program, Disease prevention behavior, Blood pressure level

¹ Student in Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Naresuan University

² Registered Nurse, Practitioner Level, Bueng Ban Sub-District Health Promoting Hospital, Kamphaeng Phet

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

⁴ Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

⁵ Assistant Professor, Faculty of Education, Naresuan University

* Corresponding author: palidas64@nu.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั่วโลกมีประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1,280 ล้านคน โดยผู้ป่วยร้อยละ 46.0 ที่ไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2023) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 โดยผู้มีอายุระหว่าง 30-59 ปี 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 477.29 1,285.69 และ 2,457.06 ตามลำดับ (Division of Non Communicable Diseases, 2022) จะเห็นได้ว่า กลุ่มวัยทำงาน อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับ 1 ในเขตบริการสุขภาพทั้ง 13 เขต (Health Data Center, 2022A) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ให้ลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 2.5 แต่ในปี พ.ศ.2564-2566 จังหวัดกำแพงเพชร กลับพบอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 6,575 9,675 และ 10,461 คน ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 1.27 -1.04 และ -8.12 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่ลดลงจากปีที่ผ่านมาแต่กลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (Health Data Center, 2022B)

อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงานเป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัด โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-39 ปี 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีอัตราป่วยเท่ากับ ร้อยละ 2.5 13.7 และ 31.4 ตามลำดับ ส่วนปี พ.ศ. 2563-2565 สถิติโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 23.5 31.5 และ 33.0 ตามลำดับ ด้วยเหตุที่วัยทำงานเป็นกำลังสำคัญของประเทศ ผลกระทบจากการที่กลุ่มวัยทำงานควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการ

ช่วยเหลือตัวเอง มีความพิการ ส่งผลต่อภาระการดูแลคนในครอบครัวและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนที่เพิ่มสูงขึ้น เกิดต้นทุนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.9 วัน ราย 2,293,622 บาท (Sa-ringkan, Boonthum, Kongsin, Jiamton, & Prakongsai, 2021) ค่าใช้จ่ายที่สูงดังกล่าวจะไม่เกิดขึ้นหากวัยทำงานควบคุมความดันโลหิตสูงได้

การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Thai Hypertension Society, 2021) โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบการควบคุมความดันโลหิตในร่างกาย หลอดเลือดแดงหดตัว ทำให้เกิดแรงต้านทานของหลอดเลือดปลาย หัวใจมีการบีบตัวแรง เต็มเร็ว ส่งผลให้ปริมาณเลือดถูกส่งออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้หลอดเลือดในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง ผนังหลอดเลือดเกิดการหนาและแข็งตัว (Atherosclerosis) เกิดการตีบตัน เกิดการสร้างลิ่มเลือด จนเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) หลอดเลือดมีความเปราะบางโอกาสแตกได้ง่าย อาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) โดยมีปัจจัยร่วม ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง (Parikshith & Rekha, 2022) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การจัดการความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ (Jittanoon, Buapetch, Saksornngmuang, Arab, Wongyongsil, & Wauters, 2021) การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (Wontaisong, Surinrach, Jumpajan, Wongkureson, Buranet, Pholwongsa et al., 2023) การรับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่สม่ำเสมอ (Wongchana, 2021)

การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher & Rosenstock (1997) ทำให้บุคคลเชื่อว่า ตนมีโอกาสจะเกิดโรคหรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) รับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)

ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค ปัจจุบันได้มีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามพบว่า กิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย เน้นการให้ความรู้มากกว่าการฝึกให้บุคคลเกิดการรับรู้ด้วยตนเองและขาดการฝึกทักษะ (Saelee, Srirattanachot, Kanyamee, Suksaard, Padaweche, & Prasomruk, 2022) การใช้ตัวแบบเพื่อให้เห็นคนที่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนพฤติกรรมนิยมใช้ตัวแบบด้านบวกหรือด้านลบเพียงด้านเดียวเท่านั้น (Wonganan, Nakkling, & Muanjan, 2022) รวมทั้งงานวิจัยที่ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นการรับรู้ สะท้อนพฤติกรรมและชื่นชมให้กำลังใจ ปรากฏไม่มากนัก (Wasurat, 2021) จากการสำรวจเบื้องต้นของผู้วิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน พบว่าร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ผู้ที่ปรุงอาหารรับประทานเองใส่เครื่องปรุงรสอย่างน้อย 3 อย่างต่อ 1 เมนู และคิดว่าอาหารที่ตนรับประทานไม่เค็ม ร้อยละ 80.0 ของผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 10.0 ของผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และร้อยละ 10.0 ดื่มน้ำและสูบบุหรี่เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน สังสรรค์ในครอบครัวสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ขณะเดียวกันอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร มีเมนูสุขภาพ ได้แก่ แกงส้มผักรวม แกงเลียงผักรวม ห่อหมกสมุนไพร ยำตะไคร้ ต้มไก่บ้านใบหม่อน แกงส้มดอกแค และการออกกำลังกายแบบร่าว 3 ส. เป็นต้นทุนเดิมของชุมชน

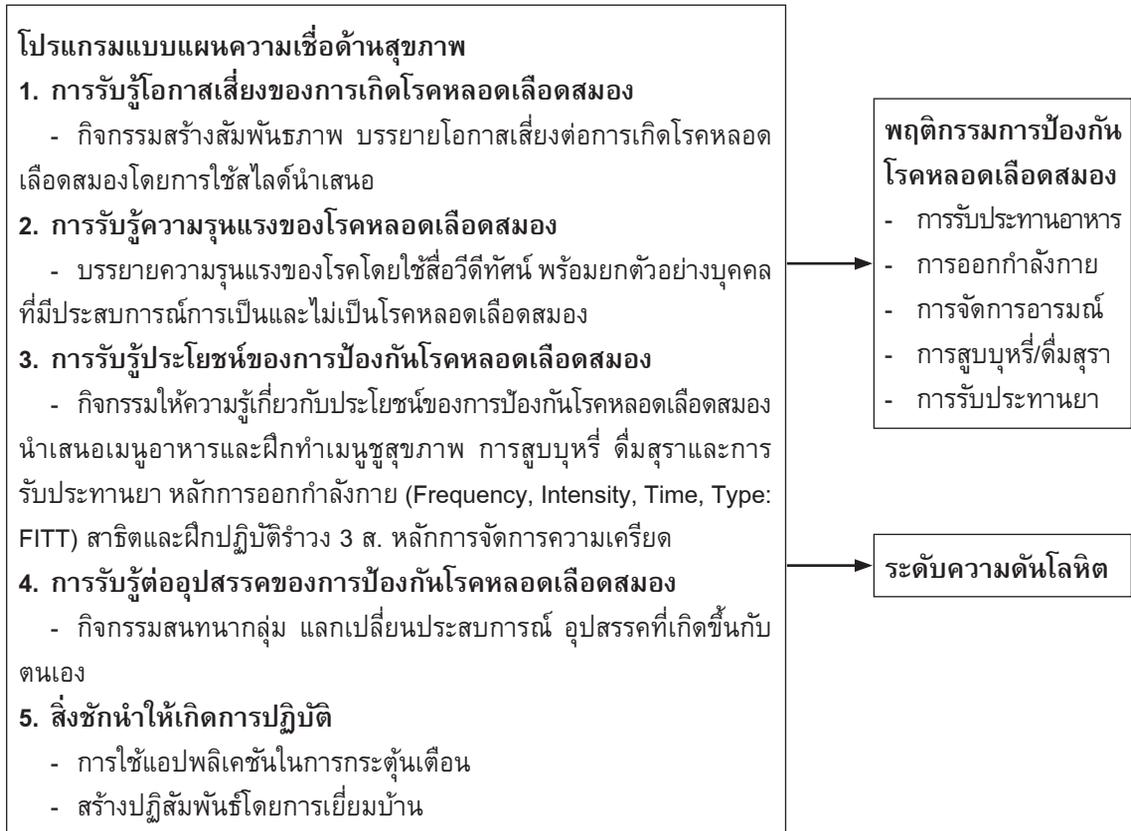
ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ สเตชเชอร์และโรเซนสตอก (Stretcher & Rosenstock, 1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรมผสมผสานต้นทุนเดิมของชุมชน ในประเด็นเมนูสุขภาพและร่าว 3 ส. มาเป็นองค์ประกอบในการศึกษาถึงผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มวัยทำงาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมระดับความดันโลหิต ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสเตชเชอร์และโรเซนสตอก (Stretcher & Rosenstock, 1997) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยโมเดลนี้เน้นการสร้างการรับรู้ให้บุคคลเชื่อว่า ตนมีโอกาสจะเกิดโรคหรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ระยะเวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขอนุมัติโครงการฯ IRB P2-0386/2566 ลงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากอำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับ

ความดันโลหิตได้ และอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 4,459 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนของ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมด 6 รพ.สต. โดยจับฉลากครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง คือ รพ.สต. ชายเคือง และจับฉลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม คือ รพ.สต. บึงบ้าน ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่มีระยะห่างกัน 10 กิโลเมตร และมีลักษณะทางกายภาพที่ใกล้เคียงกัน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การ

คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 35-59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90-99 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 1 ครั้งย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต 3) คะแนนการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับปานกลาง ตามเกณฑ์ Thai CV risk score ประเมินโดยใช้แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีระดับคะแนนตั้งแต่ 10% - < 20% (Ramathibodi Hospital Faculty of Medicine, Mahidol University, 2020) 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคอื่น ๆ ที่แพทย์ระบุ 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้แอปพลิเคชัน Facebook ได้ 6) ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 7) พูดคุยภาษาไทยได้ดี 8) ยินดีให้ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) เสียชีวิต 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ออกจากเขตพื้นที่อำเภอเบ็ญจมาศคี จังหวัดกำแพงเพชร 4) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = 0.70 ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = 0.80 (Luenam, Ngamkham, Sangsawang, Pengpanich, Rattanasuwannachai, Sengla et al., 2019) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.0 แบ่งเป็นกลุ่มละ 31 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เลือก 2 รพ.สต. และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matching) ให้มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน คือ อายุห่างกันไม่เกิน 2 ปี เพศเดียวกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยห่างกันไม่เกิน 2 ปี ระดับความ

ดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท อาชีพเดียวกัน ระดับการศึกษาเดียวกัน และ Thai CV risk score อยู่ในระดับสีเหลือง 10% - < 20% หรือ ปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) สำหรับคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปีที่ไม่ใช่ผลเลือดในการคัดกรองความเสี่ยง ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความ และเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลด/เลิกสูบบุหรี่ การลด/เลิกดื่มสุรา และการรับประทานยา ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เป็นข้อคำถามด้านบวก ให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 ตามลำดับ จำนวน 22 ข้อ ส่วนคำถามด้านลบ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 ตามลำดับ จำนวน 15 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย คือ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฯ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสเตชเชอร์ และโรเซนสตอก (Stretcher & Rosenstock, 1997) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ค่า Content Validity Index (CVI) ที่ได้เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ รพ.สต. ทุกช่วงอำเภอบึงสามพัน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง Reliability เท่ากับ 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นก่อนทดลอง** ภายหลังจากการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยทำหนังสือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บึงสามพัน ผู้อำนวยการ รพ.สต. บึงบ้าน และ รพ.สต. ชายเคื่อง จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย และประโยชน์จากงานวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทบทวนตนเองประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมิน Thai CV Risk Score วัดความดันโลหิตและสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อันตราย ความรุนแรงของโรค การนำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 180 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม 3 ฐาน กิจกรรม ใช้เวลารวม 180 นาที ดังนี้

1. ฐานอาหาร จัดให้กลุ่มทดลองได้ใช้ Salt meter วิเคราะห์ความเค็มในอาหารที่ปรุงจากแต่ละครัวเรือน นำเสนอเมนูสุขภาพ ได้แก่ แกงส้มผักรวม แกงเลียงผักรวม ห่อหมกสมุนไพร ยาตะไคร้ ต้มไก่บ้านใบหม่อน แกงส้มดอกแค และสาธิตการปรุงแกงส้มผักรวมลดเค็ม ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อันตราย ความรุนแรงของโรค การนำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านสื่อวีดิทัศน์

2. ฐานออกกำลังกาย ให้ความรู้หลักการออกกำลังกาย Frequency, Intensity, Time, Type (FITT) และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activities) สาธิตและสาธิตกลับการออกกำลังกายวิถีชุมชนร่าง 3 ส.

3. ฐานลดความเครียด สอบถามประสบการณ์การจัดการความเครียด การโยคะ การตีมัสสาและสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการจัดการความเครียด การโยคะที่ถูกต้อง รวมทั้งการลด ละ เลิกสูรา บุหรี่ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ แจกคู่มือป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต และชี้แจงการลงแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมกับผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มทดลอง พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 และ 6 ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อคน วันละ 6-7 คน เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วัดระดับความเค็มของอาหารแต่ละบ้าน ปัญหา/อุปสรรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไขหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมกับชมเชยให้กำลังใจเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2-7 ผู้วิจัยใช้แอปพลิเคชัน Facebook กระตุ้นเตือน รวม 12 ครั้ง โดยส่งเป็นข้อความ เนื้อหาเป็นรูปภาพและวีดิโอการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3. ขั้นตอนหลังการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 8 เป็นสัปดาห์สิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยกล่าวสิ้นสุดสัมพันธภาพ กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม แนะนำให้มีพฤติกรรมกำบังกันโรคอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมโปรแกรมฯ และขอความร่วมมือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดตีบตันหลังร่วมกิจกรรม

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยนัดพบ 2 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลา ในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมโดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดตีบตัน (pre-test) และวัดระดับความดันโลหิต

สัปดาห์ที่ 1-8 จัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติพร้อมแจกคู่มือป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามหลังร่วมกิจกรรมและวัดระดับความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองด้วย Shapiro-wilk test มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงใช้การทดสอบการหาค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความเบ้ (Skewness) และการหาค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความโด่ง (Kurtosis) พบว่า ค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความเบ้ และค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความโด่งของข้อมูล

อยู่ในระดับที่เหมาะสม สรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดตีบตัน และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยค่าสถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดตีบตัน และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.9 มีช่วงอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 51.6 อายุเฉลี่ย 53.3 ปี (S.D. = 5.60) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,032.26 บาท (S.D. = 2,121.07) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.6 ปี (S.D. = 4.80)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.9 มีช่วงอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 54.8 อายุเฉลี่ย 53.7 ปี (S.D. = 4.80) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.3 รายได้เฉลี่ย 4,967.74 บาท (S.D. = 2,401.17) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.1 ปี (S.D. = 4.50)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดตีบตันก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 62)

กลุ่ม	ระยะทดลอง	Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	3.55	0.51	1.28	1.27-1.63	12.21	< 0.001*
	หลังทดลอง	4.83	0.37				
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	3.48	0.51	0.23	0.04-0.08	-2.96	0.01*
	หลังทดลอง	3.71	0.46				

*p-value < 0.05

จากตารางพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 62 คน)

กลุ่ม	ความดันโลหิต	ระยะทดลอง	Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง	ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	ก่อนทดลอง	137.13	8.20	3.23	2.68-3.78	11.98	< 0.001*
		หลังทดลอง	133.90	7.97				
	ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	ก่อนทดลอง	86.81	4.60	1.94	1.65-2.22	13.96	< 0.001*
		หลังทดลอง	84.87	4.57				
กลุ่มควบคุม	ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	ก่อนทดลอง	141.97	4.68	2.62	0.63-4.59	2.70	0.01*
		หลังทดลอง	139.35	6.76				
	ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	ก่อนทดลอง	86.81	4.60	0.61	- 0.91-(-0.32)	- 4.25	< 0.001*
		หลังทดลอง	87.42	4.29				

*p-value < 0.05

จากตารางพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต

ไดแอสโตลิก ลดลงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มทดลอง ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง เนื่องจากผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองวัยทำงาน ได้ทบทวนการใช้ชีวิต ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มวัยทำงานตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adults learning theory) ผู้ใหญ่มักต้องการรู้เหตุผลว่าเพราะเหตุใดจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งและจะได้ประโยชน์อย่างไรจากการเรียนรู้เรื่องนั้น (Saguansuk & Mekrungrongwong, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukpoon, Kingmala, Paengsuk, Yunyong, & Wangman (2020) ที่ใช้การฝึกวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง เป็นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน การสร้างการรับรู้ผ่านตัวแบบงานวิจัยนี้ใช้ตัวแบบทั้งเชิงบวกและเชิงลบก่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคด้วยตนเองและส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค (Hakeaw, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของ Luenam et al. (2019) แตกต่างจากการศึกษาของ Saguansuk & Mekrungrongwong (2021) ที่ใช้เพียงตัวแบบด้านบวกเท่านั้นที่แสดงให้เห็นพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี ขณะที่การศึกษาของ Hakeaw (2023) ใช้ต้นแบบด้านลบเพียงอย่างเดียว เพื่อให้เห็นภาวะตีบแตก ตัน ที่เกิดจากความคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (Kumsri, 2014)

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง (p-value < 0.05) เนื่องจากกิจกรรมที่ใช้ส่งผลต่อการรับรู้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.83 คะแนน (S.D. = 0.37) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.71 คะแนน (S.D. = 0.46) เป็นผลมาจากโปรแกรมฯ มีการจัดกิจกรรมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับอาหาร เริ่มจากการใช้ Salt meter วิเคราะห์ความเค็มจากอาหารที่แต่ละคนนำมาจากบ้าน การให้ความรู้เมนูอาหารท้องถิ่นลดเค็มพร้อมการปรุงเมนูแกงส้มผักเป็นตัวอย่างเมนูลดเค็มของผู้วิจัยส่งผลให้กลุ่มทดลองรับรู้รสชาติที่ควรรับประทาน รับรู้ปริมาณโซเดียมและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kantachuvessiri, Wiriyathanakorn, & Yingchanchaen (2021) ที่ใช้ Salt meter ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมปริมาณโซเดียมได้เป็นแบบอย่างดี การออกกำลังกายร่าง 3 ส. ที่ใช้เป็นท่าออกกำลังกายไม่ยาก เป็นท่าที่คนในชุมชนคุ้นเคย เพลงประกอบเป็นเพลงพื้นบ้านจังหวัดระยองสนุกสนาน ทำให้เกิดความตั้งใจ มุ่งมั่น (Ketbumroong, Photipim, Phinyo, Chueadet, Bunyapattarakut, & Oungvijitumpai, et al., 2020) สอดคล้องกับการวิจัยของ Kerdmuang (2016) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบวิถีไทยร่วมกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลของสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการรับรู้อุปสรรคและแลกเปลี่ยนวิธีการของแต่ละคน ส่งผลให้กลุ่มทดลองไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ขณะเดียวกันดนตรีพื้นบ้านเป็นดนตรีที่คุ้นเคยทำให้กลุ่มทดลองรู้สึกผ่อนคลาย (Yaemmisri & Chanthima, 2018) นอกจากนั้นผู้วิจัยใช้การติดตามเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติรวมทั้งเป็นการส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นเตือนการทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Saguansuk & Mekrungrongwong (2021) ที่ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล เป็นการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะยาว

3. หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เนื่องจากโปรแกรมฯ เมนูสุขภาพดังกล่าว ได้ถูกนำมาปรับสูตรให้ลด หวาน มัน เค็ม ทำให้ความดันโลหิตลดลง โดยก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 137.13 (S.D. = 8.20) หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 133.90 (S.D. = 7.97) ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 86.81 (S.D. = 4.60) หลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 84.87 (S.D. = 4.57) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ketchumroong et al. (2020) หลังนำเมนูอาหารพื้นบ้านที่ปรับปรุงสูตรแล้วมาใช้ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงควบคุมค่าความดันซิสโตลิกได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.1 เป็นร้อยละ 53.7 อย่างมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การออกกำลังกายราว 3 ส. เมื่อเทียบกับเกณฑ์กิจกรรมทางกาย (Physical activity) ถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ทำให้ระบบการหายใจและการไหลเวียนของเลือดดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Phayomphruk, Phuivan, & Loykhamsuk (2023) ที่ใช้การออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างจากการศึกษาของ Yaemmisri & Chanthima (2018) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบรำวงย้อนยุคไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดเนื่องจาก หลอดเลือดแดงเกิดความเสื่อม จนทำให้มีแรงต้านทานเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงเพียงเล็กน้อย (3.3 มิลลิเมตรปรอท)

4. หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังจะเห็นได้จาก ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองเท่ากับ 133.90 (S.D. = 7.97) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองเท่ากับ 84.87 (S.D. = 4.57) ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 139.35 (S.D. = 6.76) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 87.42 (S.D. = 4.29) แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการวิเคราะห์ความเค็มจากอาหารแต่ละบ้าน การให้ความรู้เมนูอาหารท้องถิ่นลดเค็ม พร้อมการปรุงเมนูตัวอย่างเมนูลดเค็มให้กลุ่มทดลองได้ชิมระดับความเค็มที่ควรจะเป็นการให้คำแนะนำและความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างการรับรู้ผ่านตัวแบบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ การออกกำลังกายราว 3 ส. พร้อมเพลงพื้นบ้านเพื่อการไหลเวียนโลหิตและผ่อนคลายความเครียด การให้

ความรู้เรื่องการช้ยา สุราและบุหรี่ผ่านวิดีโอ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและการบันทึกระดับความดันโลหิต มีผลต่อระดับความดันโลหิตซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลปกติ ที่มีการให้สุขศึกษารายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 ครั้งในรอบ 3 เดือน ไม่มีการติดตามสังเกตติดตาม กระตุ้นเตือนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตยังคงสูงอยู่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wonganan, Nakkling, & Muanjan (2022) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ($< 140/90$ มิลลิเมตรปรอท) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Wanutha (2023) ที่ให้ความรู้การจำกัดโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพหรือทีมสุขภาพสามารถนำรูปแบบโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เน้นให้มีกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ การใช้สื่อวีดิทัศน์ ยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบทั้งด้านบวกและลบ การฝึกปฏิบัติจริง การสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบริบทพื้นที่อื่นๆ ต่อไปได้ตามความเหมาะสม

2. หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมฯ ไปพัฒนาเป็นกิจกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากระยะเวลาจำกัดในการติดตาม ประเมินผลโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หากมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตได้นานกว่า 8 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

- Division of Non-Communicable Diseases. (2022). *Annual report NCDs 2565*. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership. (in Thai)
- Hakeaw, P. (2023). *The effects of the behavioral development program to prevent stroke in hypertensive patients in Ban-Dung District, Udonthani Province*. Retrieved June 23, 2024, from <https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php>. (in Thai)
- He, Y., Guo, L., Liu, Y., Wei, M., Guo, Y., Dong, X. et al. (2021). Can goal-based health management improve the health knowledge, health belief and health behavior in people at high risk of Stroke? A non-randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17(1), 3085-3095.
- Health Data Center. (2022A). *Percentage of hypertensive patients who are registered and continuously receive treatment in the health district*. Retrieved April 12, 2022, from <https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-report-detail/6d0c58de6b948dd0eac3c736c7584b59> (in Thai)
- Health Data Center. (2022B). *Attack rate of hypertension*. Retrieved April 12, 2022, from <https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361> (in Thai)
- Jittanoon, P., Buapetch, A., Saksornmuang, P., Arab, W., Wongyongsil, S., & Wauters, Y. (2021). Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: A case study of Huinang Sub-District, Trang Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(2), 13-15. (in Thai)
- Kumsri, C. (2014). *The management of Lanna folk music using for promotive health in Lampang hospital, Mueang District, Lampang Province*. Thesis of Master of Nursing, Chiangmai University, Chiangmai. (in Thai)
- Kaewmanee, T. (2010). *The science of teaching knowledge for organizing an effective learning process*. Bangkok: Darn Sutha Press Company. (in Thai)
- Kantachuvessiri, S., Wiriyanakorn, S., & Yingchanchaoen, T. (2021). Reduce salty eating behavior, reduce blood pressure with a food salt measurement device or salt meter. *Journal of Moh-Chao-Ban*, 43(512), 27-29. (in Thai)
- Kerdmuang, S. (2016). Development of health promoting behaviors model by Thai traditional dance exercise in Tharahad community, Suphanburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(1), 66-78. (in Thai)
- Ketbumroong, W., Photipim, M., Phinyo, P., Chueadet, A., Bunyapattarakut, C., Oungvijitumpai, S. et al. (2020). Development of local food recipes with participation for diabetic and hypertensive patients Sikhio District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*, 6(1), 77-89. (in Thai)
- Luenam, A., Ngamkham, N., Sangsawang, D., engpanich, W., Rattanasuwannachai, K., Sengla, W. et al. (2019). Predictive factors of self-care behavior for prevention of hypertension among population group at risk. *Journal of Health Sciences and Wellness*, 23(1), 93-106. (in Thai)

- Parikshith, J., Parikshith, J., & Rekha, M. (2022). Study of risk factors in stroke among young individuals at a tertiary care hospital: A retrospective study. *Journal of Association of Physicians of India*, 70(4), 11-12.
- Phayomphruek, P., Phuinan, N., & Loykhwamsuk, S. (2023). Effect of a self-regulation program involving retro-line dance exercise and nutritional management on the physical fitness and blood sugar levels of high-risk individuals with type II diabetes mellitus in Phrasamutchedi District, Samutprakam Province. *The Academic and Nursing Journal of Boromara-jonani College of Nursing, Chakrira*, 4(1), 1-14. (in Thai)
- Ramathibodi Hospital Faculty of Medicine Mahidol University. (2020). *Thai CV risk score*. Retrieved April 12, 2022, from https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/ (in Thai)
- Saelee, P., Srirattanachot, P., Kanyamee, S., Suksaard, S., Padawech, N., & Prasomruk, P. (2022). Development of stroke risk reduction patterns in people aged 35 and over who live in the community. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 3(2), 106-118. (in Thai)
- Saguansuk, P., & Mekrungrongwong, S. (2021). *The effectiveness of a self-efficacy building program on stroke prevention behaviors among elderly patients with chronic illness in Khlong Khlung District, Kampaengphet Province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)
- Sa-ringkan, O., Boonthum, A., Kongsin, S., Jiamton, S., & Prakongsai, P. (2021). Cost per admission day of intermediate care among patients diagnosed with cerebrovascular diseases in a tertiary hospital. *Journal of Health Systems Research*, 15(4), 407-421. (in Thai)
- Singco, T., Changmai, S., & Toskulkaio, T. (2020). The effects of promoting perception of health beliefs program on stroke preventive behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk. *Journal of Charoen-krung Pracharak Hospital*, 16(2), 42-60. (in Thai)
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). *The health belief model in health behavior and health education: Theory, research, and practice*. (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sukpoon, E., Kingmala, C., Paengsuk, P., Yunyong, T., & Wangman, W. (2020). The effects of the program to develop health literacy and health behavior for working-age people. *Journal of Health Science*, 29(3), 419-429. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2021). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2019*. Bangkok: Thai Hypertension Society. (in Thai).
- Wanutha, S. (2023). Effects of stroke prevention program in patients with uncontrolled Rong Kham District, Kalasin Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(4), 142-151. (in Thai)

- Wasurat, W. (2021). Development and test effectiveness of preventive program on cerebrovascular disease among elderly in Mueang District, Sukhothai Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 4(2), 83-95. (in Thai)
- Wonganan, U., Nakkling, Y., & Muanjan, M. (2022). The effects of a stroke prevention program on knowledge, health behaviors, and blood pressure in patients with hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(2), 16-30. (in Thai)
- Wongchana, T. (2021). *Factors affecting to preventive behavior of stroke patients among uncontrolled-hypertensive patients in Muang District, Phitsanulok Province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)
- Wontaisong, N., Surinrach, A., Jumpajan, J., Wongkureson, S., Buranet, L., Pholwongsa, D. et al. (2023). Effects of stroke risk prevention program among risk patient living in community. *Academic Journal of Health and Environment*, 1(1), 1-13. (in Thai)
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved April 12, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- Yaemmisri, W., & Chanthima, P. (2018). The effect of retro circle dance exercise program on blood pressure in elderly hypertensive patients. *Journal of Nursing Science and Health*, 41(2), 58-68. (in Thai)