

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพเพื่อป้องกันโรค
หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
The Effectiveness of Health Belief Application Program for Stroke
Prevention among Patients with Uncontrolled Hypertension

เดือนจิตร แชร้ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของประชากร 2กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

โดยสรุปโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ มีผลต่อความรู้และการรับรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ , โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง

The Effectiveness of Health Belief Application Program for Stroke Prevention among Patients with Uncontrolled Hypertension

Taunjit Kaerung

Abstract

This quasi-experimental research designed in the pretest-posttest control group. The purpose of the study was to test the effectiveness of a Health Belief application program for stroke prevention. The samples were selected by purposive sampling, using Inclusion and exclusion criteria. 30 subjects in each group. After that, a simple random sampling. Using Inclusion and exclusion. 30 subjects in each group, After that, a simple random sampling by lottery, divided into 30 people in an experimental group and into 30 people in a control group. An experimental group received health belief application for 8 weeks. Data was collected by questionnaires, Statistics were using by percentage, arithmetic mean, standard deviation, Paired sample t-test and Independent sample t-test

Results revealed that after the implementation, the experimental group had a high score of the stroke knowledge, perception in stroke Including stroke risk, severity, benefits of stroke prevention, barriers for preventing stroke, self-ability to prevent stroke between before and after the experiment in an experimental group were significantly of (p-value < 0.05)

The results recommend the health belief model program affect modification in stroke prevention of hypertensive patients.

Keywords : Health Beliefs model , Cerebrovascular disease , Hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาทเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมายทำให้พิการและเสียชีวิตได้ นับเป็นสาเหตุหลักของความพิการในสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรป และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของโลก กำลังจะขึ้นเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในไม่ช้า (Adams, 2007) สมาคมโรคหลอดเลือดสมองสหรัฐอเมริกา (National Stroke Association, 2009) รายงานว่า ชาวอเมริกาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปี เกือบ 750,000 คนซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 และเป็นสาเหตุของความพิการอันดับ 1 ของประเทศอเมริกา (World Health Organization [WHO], 2015a) มีการคาดการณ์ว่าใน 1 ปีจะมีประชาชน ทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 16 ล้านคนและจะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละ 6

ล้านคน (Divino, 2013) มีความพิการอย่างถาวร 5 ล้านคน 2 ใน 3 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาคาดการณ์ว่าในปี 2563 จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีประมาณ 150,000 ราย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการป่วยตายของประชากรไทยมากที่สุด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของเพศหญิง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นและเป็นเหตุการณ์เสียชีวิตลำดับแรก

จากอุบัติการณ์การเกิดโรค การเสียชีวิต และผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดความตระหนัก มีการจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และมีการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม นอกจากการส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดให้มีระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบด่วนพิเศษ (Stroke Fast Tract) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4,5 ชั่วโมง นับจากเริ่มเกิดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และภายใน 60 นาที นับจากเริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใน 90 นาที นับจากเริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการความพิการและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักสารนิเทศ, 2561) โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการจัดการเมื่อเกิดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (เกษมา เชียงทอง, 2554)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถ้าไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จากการศึกษาของนภาพร ห่วงสกุล อ่างในกัตติกา วังทะพันธ์, 2562 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยาไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จนเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น จากผลการสำรวจพบว่ามีคนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (กรรณิการ์ เงินดี , 2564) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุตรดิตถ์ในปี 2561 พบว่ามีจำนวน 66,353 ราย ปี 2562 67,475 ราย และในปี 2563 จำนวน 69,530 ราย (รายงานประจำปีโรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2564) ซึ่งพบว่ามีจำนวนสูงขึ้นทุกปี และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35-59 ปีที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ที่มาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุตรดิตถ์พบว่าปี 2563 มีจำนวน 1139 ราย

คิดเป็นอัตราร้อยละ 31.51 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สูงมาก ซึ่งบุคคลดังกล่าวเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างมาก

จากการปฏิบัติงานในฐานพยาบาลวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ตระหนักดีว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้และถ้าไม่เสียชีวิตก็จะทำให้เกิดภาวะความพิการได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้นจะต้องมีการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ.คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 2 ส. คือ สุรา ยาเสพติดหรืองดสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง หมั่นตรวจสุขภาพและลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ ถ้าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model ของ Strecher and Rosenstock , 1997) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและมีระดับความดันโลหิตที่ลดลงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพราะว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจได้จะไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ต้องคำนึงถึงความเชื่อของบุคคลและประสบการณ์เดิมร่วมกับการวิเคราะห์ถึงอันตรายและการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นตามความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในช่วงอายุ 35-59 ปี เพราะเป็นช่วงที่สำคัญของชีวิต เป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว เพราะถ้าเกิดโรคดังกล่าวในผู้ป่วยในวัยนี้จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม (two group pre-post test control group design)

1. ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35-59 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ทั้งหมด 3,615 คน (รายงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ,2564)

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35-59 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าระดับเป้าหมายคือมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558 อ่างในกัตติกา วังทะพันธ์ , 2562)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยประยุกต์มาจาก กรรณิการ์ เงินดี. (2563) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 พุดคุยเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วยและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้ กิจกรรมที่ 3 พุดคุยถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง คติวิเคราะห์เกี่ยวกับประโยชน์ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหาทางแก้ไขปัญหาของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ เมนุสุขภาพ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 5 ติดตามการสร้างกำลังใจโดยการพุดคุยทางโทรศัพท์ และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และกิจกรรมที่ 6 ให้ข้อมูลย้อนกลับและสรุปกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 จำนวน 12 ข้อ คะแนนการแปลผลคะแนนให้พิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom มีเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom มีเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 9-12 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับสูง

คะแนน 5 – 8 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0 – 4 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบวัดการประมาณค่า 5 ระดับตามรูปแบบของ Likert s Scale คือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยปานกลางเห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผล แบ่งระดับ ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.61 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.62 – 3.42 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.43 – 4.23 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.24 – 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) ของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพพิจารณาความถูกต้องมีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .89

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .90และ.93 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .90 ค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง .22-.82 และค่าอำนาจจำแนก(r) มากกว่า .22 ขึ้นไป และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s alpha coefficient) เท่ากับ .89

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานเพื่อดำเนินกิจกรรมกับผู้ร่วมวิจัยและขออนุญาตการดำเนินงานวิจัยโดยขอจริยธรรมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลและเตรียมดำเนินกิจกรรมการใช้โปรแกรม และทำการเก็บข้อมูล เป็นระยะประกอบด้วย

2.1 สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการวัดความดันโลหิต และให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อเดิม เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองและการบรรยายให้ความรู้โดยผู้วิจัย แจกคู่มือและชี้แจงรายละเอียดการลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้ป่วยนำกลับไปทดลอง บันทึกด้วยตนเองที่บ้าน และนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายเรื่องการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ(Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) จัดกิจกรรม

ออกเป็น 3 ฐาน ดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 3-7 ผู้วิจัยพูดคุยสอบถามจากโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างให้กำลังใจและให้กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจวัดความดันโลหิตของตนเองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจสอบการลงบันทึกผลตรวจในแบบบันทึกพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง และให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากโรคความดันโลหิตสูง และแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต คือ ควรไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อสรุป หาแนวทางแก้ไข และขอความร่วมมือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมกล่าวแสดงความขอบคุณผู้มีส่วนร่วมการวิจัยทุกท่าน

3. ประเมินผลการใช้โปรแกรม ฯ

4. ผู้วิจัยนำเครื่องมือต่าง ๆ ที่บันทึกข้อมูล แล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์และมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติของการศึกษาคั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2.สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองใช้สถิติที่ใช้สถิติทดสอบที (Independent sample t-test)

2.2 การเปรียบเทียบก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ (dependent sample t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ UPHO REC No.019/2566 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้เขียนอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการตอบแบบสอบถามว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจหากเปลี่ยนใจที่ไม่เข้าร่วมในการวิจัยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีภาระระบุชื่อหรือระบุข้อมูลส่วนตัวใดๆ และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับซึ่งจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 1 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	เพศชาย	10	33.3	19	63.3
	เพศหญิง	20	66.7	11	36.7
อายุ (ปี)	30 – 39 ปี	2	6.7	2	6.7
	40 – 49 ปี	4	13.3	7	23.3
	50 – 59 ปี	24	80.0	21	70.0
ระดับ การศึกษา	ประถมศึกษา	7	23.3	9	30.0
	มัธยมศึกษา	16	53.3	12	40.0
	ปริญญาตรี	5	16.7	9	30.0

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.93 ปี (S.D. = 6.93) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.30 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 51.60 (S.D. = 6.38) และจบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับสูง (9-12)	5	16.7	25	83.3
ระดับปานกลาง (5 – 8)	18	60.0	5	16.7
ระดับต่ำ (0 – 4)	7	23.3	0	0.0
รวม	30	100	30	100

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.30

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับสูง (9-12)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (5 – 8)	21	70.0	24	80.0
ระดับต่ำ (0 – 4)	9	30.0	6	20.0
รวม	30	100	30	100

จากตารางที่ 3 ก่อนการทดลอง พบว่า ในกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 หลังการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	8.14	2.40	-11.25	0.001*
หลังการทดลอง	11.82	2.24		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	7.04	2.30	-8.16	0.001*
หลังการทดลอง	8.31	2.43		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ชื่อตัวแปร	\bar{x}	S.D.	t	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	4.00	0.40	3.98	0.001*
หลังการทดลอง	4.50	0.44		
หลังทดลอง				

ชื่อตัวแปร	\bar{x}	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	4.50	0.44	2.95	0.006*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.11	0.40		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	4.00	0.40	4.33	<0.001*
หลังการทดลอง	4.58	0.57		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	4.58	0.57	5.45	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.97	0.45		
การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมและป้องกัน				
การเกิดโรค				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	4.00	0.47	4.30	<0.001*
หลังการทดลอง	4.50	0.41		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	4.50	0.41	5.60	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.89	0.35		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค				
ตลอดเล็ดสมอง				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	4.15	0.58	4.56	<0.001*
หลังการทดลอง	4.71	0.21		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	4.71	0.21	6.16	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.11	0.34		
การรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคตลอด				
เล็ดสมอง				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	4.00	0.47	5.00	<0.001*
หลังการทดลอง	4.11	0.34		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	4.11	0.34	0.44	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.59	0.37		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการทดลองมีการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำแนกรายด้านภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 8.14 (S.D.=2.40), 11.82 (S.D.= 2.24) ตามลำดับ และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เท่ากับ 7.04 (S.D.=2.30), 8.31 (S.D.=2.43) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ทั้งคู่อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล อมรวาทีน , (2562) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแผนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภสวัสดิ์รุจิรวรรณ และคณะ(2560) ได้ทำการศึกษากิจกรรมที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองกะทุ่ม ตำบลจันทน์ อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 4.00 (S.D.=0.40), 4.50 (S.D.=0.44) ตามลำดับ และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D.=0.44), 4.11(S.D.=0.40) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งคู่อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$, 0.006 ตามลำดับ สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของ วรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามเงา จังหวัดตากสินธุ์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค พบว่าค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลัง การทดลองมีค่าเท่ากับ 4.00 (S.D.=0.40), 4.58 (S.D.=0.57) ตามลำดับ และหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 (S.D.=0.57), 3.97(S.D.=0.45) ตามลำดับ โดย ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งคู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษา ของ กฤษติพงษ์ ทิพย์ลัญ และปณณณิน เชื้อนเพ็ชร, (2560) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัว ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรค

การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรค พบว่า ค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 4.00 (S.D.=0.47), 4.50 (S.D.=0.41) ตามลำดับและหลัง การทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D.=0.41), 3.89 (S.D.=0.35) ตามลำดับ โดย ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งคู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษา ของ วรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามเงา จังหวัดตากสินธุ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการมากกว่ากลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของโรค พบว่าค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการ ทดลองมีค่าเท่ากับ 4.15 (S.D.=0.58), 4.71 (S.D.=0.21) ตามลำดับ และหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 (S.D.=0.21), 4.11 (S.D.=0.34) ตามลำดับ โดย ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษา ของ พันทิพพา บุญเศษ และลัทธวิริยะบัณฑิตกุล ,(2560) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ภายหลังการทดลองกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

การรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 4.00 (S.D.=0.47), 4.11 (S.D.=0.34) ตามลำดับ และ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (S.D.=0.34), 3.59 (S.D.=0.37) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$, 0.007 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เงินดี , (2564) ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่ม ทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมให้มีระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้

2. ควรมีการจัดทำคู่มือในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในกลุ่มที่ไม่ได้ทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการควบคุมกำกับตนเองในการรักษาระดับความดันให้อยู่ในระดับปกติและปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมการศึกษานี้ไปใช้ในการสร้างพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจากการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มทดลองเพื่อทราบถึงพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์ อายุส ภมระภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ , แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

บรรณานุกรม

- กัตติกา วังทะพันธ์ .(2562) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.(การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมเกียรติ.
- กรรณิการ์ เงินดี. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยพะเยา
- กฤษติพงษ์ ทิพย์ล้อย และ ปุณณณิน เชื้อนเพชร.(2560) ประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย .เชียงรายเวชสาร.2560 ; 11(2) : 19-24
- พันทิพพา บุญเศษ และ ลัดวี ปิยะบัณฑิตกุล . (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร .2560; 21(2) 28-41
- พรพิมล อมรวาทีน.(2562). ประสิทธิของโปรแกรมCHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.

2562; 6(3) :121-132

- นิพนธ์ พวงวารินทร์, (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์. บุคดี กระจุกชัย. (2551). คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชน. Retrieved from <http://www.gotoknow.org/posts/154862>
- ปานใจ กรองทิพย์. (2551). การศึกษาโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดหนองคาย. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 22(5), 132 – 135.
- โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ . (2564) .รายงานประจำปีเกี่ยวกับจำนวนผู้มารับบริการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- วรกร วิชัยโย และคณะ. (2564) . ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 14 (2) ,25-35.
- American Heart Association. (2005). *Guidelines for cardiopulmonary resuscitation And emergency cardiovascular care*. Retrieved February 22, 2017. From [http://www. Strokecenter.org/trials/scals/ cincinate.html](http://www.Strokecenter.org/trials/scals/cincinate.html)
- Strecher, V. J. and Rosenstock, I. M. (1997). *The Health Belief Model, In Health behavior And health education : theory, research, and practice*, (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bas.
- World Health Organization. (2011). *First global ministerial conference on healthy Lifestyles And noncommunicable disease control Moscow, 28-29 April 2011*. Retrieved from http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/Moscow_declaration/_en.pdf

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล,	นางเดือนจิตร แซ่จั้ง
ประวัติทางการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผลงานทางวิชาการ	เดือนจิตร แซ่จั้ง, (2552). ประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีมีอายุสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี.วิทยานิพนธ์ พย.ม.,มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)
สถานที่ปฏิบัติงาน	งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข