

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
ร่วมกับ การสนับสนุน ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง\*

The Effects of Application of the Health Belief Model with  
Family Support Program on Preventive Behaviors Against  
Cerebrovascular Disease among Individual at Risk\*

วรารัตน์ เหล่าสูง\*\* วรณรัตน์ ลาวัง\*\*\*  
พรนภา หอมสินธุ์\*\*\*\*  
Wararat Loussug\*\* Wannarat Lawang\*\*\*  
Pronapa Homsin\*\*\*\*

Received : 19/8/62  
Revised : 27/12/62  
Accepted : 27/12/62

บทคัดย่อ

ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนของครอบครัวมีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไปจำนวน 60 คน(กลุ่มทดลอง 30 คน)และ กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน) ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 28.73$ ,  $p < .001$ ) และพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 22.23$ ,  $p < .001$ ,  $t = 21.41$ ,  $p < .001$ ) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเป็นแนวทางการให้บริการเพื่อส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

**คำสำคัญ :** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัว  
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### Abstract

Health belief and family support are important factors for improving preventive behaviors against cerebrovascular disease among individuals at risk. This quasi-experimental research (pretest-posttest design with non-equivalent group) aimed to study the effects of the health belief model with family support program on preventive behaviors against cerebrovascular disease among individuals at risk. A random sampling was used to recruit 60 diabetes and hypertension patients who have been registered as a moderate stroke risk group (experimental group = 30 and control group = 30). The experimental group participated in the health belief model with family support program and handbook preventive behaviors against cerebrovascular disease. Data were collected by the preventive behaviors against cerebrovascular disease questionnaire which had content validity index (CVI) of 1 and reliabilities of .89. Descriptive statistics and t-test were used to analyze the data.

The results revealed that after the experiment, the experimental group had gained significant higher average difference scores on the preventive behaviors against cerebrovascular disease than the control group ( $t = 28.73$ ,  $p < .001$ ). When consider food behavior and exercise behavior, the experimental group had gained significant higher average scores difference on the preventive behaviors against cerebrovascular disease among risk patients than the control group ( $t = 22.23$ ,  $p < .001$  and  $t = 21.41$ ,  $p < .001$ , respectively).

The result recommends that nurse and other personnel can apply the health belief model with family support program is an effective program as guideline to improve preventive behaviors against cerebrovascular disease among this population.

**Keywords :** Health Belief Model, Family Support,  
Preventive Behavior Cerebrovascular Disease

---

\* *Master of Nursing Thesis Community Medical Nursing Program Faculty of Nursing Burapha University*

\*\* *A Registered Nurse, Practitioner Level, Department of Health region 6, Chonburi.*

\*\*\* *Assistant Professor, Community Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University*

\*\*\*\* *Associate Professor Community Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University*

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นในอนาคต องค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2015 ประชากรโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีมากกว่า 17 ล้านคน และเสียชีวิตสูงถึง 6.5 ล้านคน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 77 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 23 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้มากถึง 7.8 ล้านคน ซึ่งเป็นภาระหนักของสังคมโลกในอนาคต สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 ประชากรไทยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 21.04 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 38.66 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 หรือ 1.8 เท่าในรอบ 5 ปี<sup>2</sup> โรคดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้<sup>3</sup> ซึ่งทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างจริงจัง

ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยดำเนินการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นรูปธรรมผ่านแผนการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโลก<sup>2</sup> โดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรค เบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ จะช่วยลดอัตราการป่วยใหม่โรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังคงพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ก็ยังไม่ลดลง และกลับมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น<sup>4</sup> ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีในการปรับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมโดยเฉพาะการปรับ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เนื่องจากพฤติกรรมทั้งสองเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคได้<sup>5-6</sup> จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและบุคลากรควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

การพัฒนาวิถีชีวิตหรือโปรแกรมที่จะช่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องออกแบบโปรแกรมโดยประยุกต์กรอบแนวคิดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ช้องนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ความรู้เรื่องโรค<sup>7-9</sup> ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว<sup>8</sup> จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสมาชิกในชุมชน<sup>9-11</sup> และอิทธิพลของสื่อต่างๆ<sup>5,10</sup> จากข้อมูลข้างต้นพบว่า ปัจจัยที่มีส่งผลต่อพฤติกรรมมีความสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>12</sup> นั่นคือ การพัฒนาการรับรู้ภายในตัวบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเองและการกระตุ้นการเกิดพฤติกรรมผ่านแรงสนับสนุนจากสังคม สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด การตั้งสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมการสนับสนุนผู้ป่วยจึงจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอาศัยอยู่กับครอบครัว ใกล้ชิดตลอดเวลา และมีอิทธิพลที่ช่วยสนับสนุน ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี<sup>8</sup> สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด การตั้งสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมการสนับสนุนผู้ป่วยจึงจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอาศัยอยู่กับครอบครัว ใกล้ชิดตลอดเวลา และมีอิทธิพลที่ช่วยสนับสนุน ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี<sup>8</sup>

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรคในชุมชน จึงพัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ทั้งนี้ผู้วิจัย คาดว่าหากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมโรคไม่พัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้ยังได้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถนำมาใช้ดำเนินงานในชุมชนและหน่วยงานได้ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและวิชาชีพพยาบาล

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยทำการศึกษาเฉพาะพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

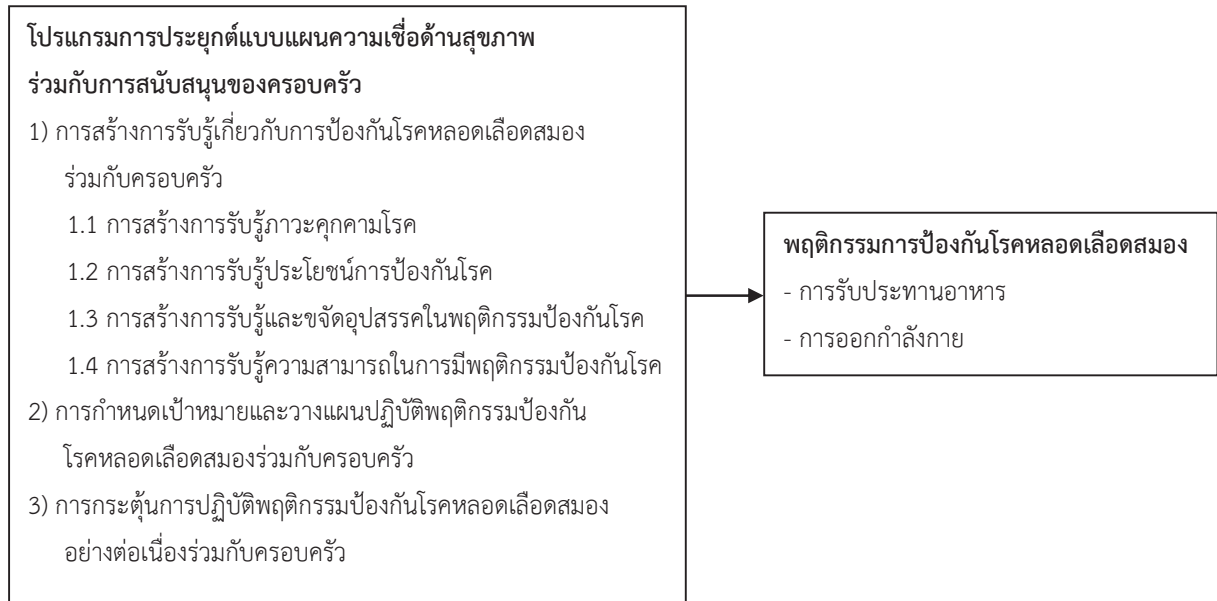
### สมมุติฐาน

หลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Stretcher & Becker<sup>12</sup> ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้นหากประเมินแล้วพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรค และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตลอดจนได้รับการกระตุ้นหรือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยสนับสนุนให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมได้

เมื่อนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องรับรู้ภาวะคุกคามโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนับสนุนของครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมโดยโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study Design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Nonequivalent Group)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ตารางสีของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>13</sup> และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไป ในระยะเวลาพ.ศ. 255- 2561 อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 452 คน<sup>14</sup>

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาปี พ.ศ. 2557-2561 อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) สามารถติดต่อสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้เข้าใจ 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เช่น หมดสติ ปวดศีรษะรุนแรง แขน-ขาอ่อนแรง และ 3) มีตัวแทนสมาชิกในครอบครัว ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลจัดเตรียมอาหารจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน และเป็นคนเดียวกันที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก คือ ตัวแทนสมาชิกในครอบครัวไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การถอดถอน คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างทำการวิจัย และ 2) เข้าพักรักษาตัวด้วยโรคแทรกซ้อนในระหว่างทำการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of Test) ที่ 0.80 และค่าอิทธิพล (Effect Size) ที่ 0.80 ซึ่งอ้างอิงจากงานของวัฒนศักดิ์ สุกใส<sup>10</sup> เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปของ Polit & Beck<sup>15</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 2016 ดังนั้น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) โดยแต่ละ รพ.สต.เขตพื้นที่อำเภอตัวอย่างมีนโยบายและระบบบริการสุขภาพ บริบททางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากรายชื่อ รพ.สต. จำนวน 2 รพ.สต. แล้วทำการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับฉลากหมายเลข 1 เป็นกลุ่มทดลอง และหมายเลข 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นพยาบาลผู้รับผิดชอบข้อมูลของแต่ละ รพ.สต. ทำการสุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตัวอย่างโดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รพ.สต.ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Stretcher and Becker<sup>12</sup> โดยมีกิจกรรมที่เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้าง

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัว 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกับครอบครัว และ 3) การกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัวและการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 1,3 และ 6 รวมระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ โดยโปรแกรมผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

1.2 คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สมุดบันทึกสุขภาพ และวิดีโอ/CD/Power Point ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติสายตรง ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 9 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมพฤติกรรม 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ และ 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมรวมจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนน 0-3 คะแนน (ปฏิบัติเป็นประจำ, บ่อยครั้ง, บางครั้ง, ไม่เคยปฏิบัติเลย) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 72 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ถ้าพฤติกรรมโดยรวม (อยู่ในช่วง 49-72 คะแนน) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (อยู่ในช่วง 29-42 คะแนน) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย (อยู่ในช่วง 21-30 คะแนน) แปลผลเป็นคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่งเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ พฤติกรรม	ค่าคะแนนพฤติกรรม		
	โดยรวม	การรับประทานอาหาร	การออกกำลังกาย
ระดับสูง	49-72	29-42	21-30
ระดับปานกลาง	24-48	14-28	10-20
ระดับต่ำ	0-23	0-13	0-9

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม นำมาปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำ และวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้ 1) พฤติกรรมโดยรวมเท่ากับ 0.89 2) ด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 0.88 และ 3) ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 0.99

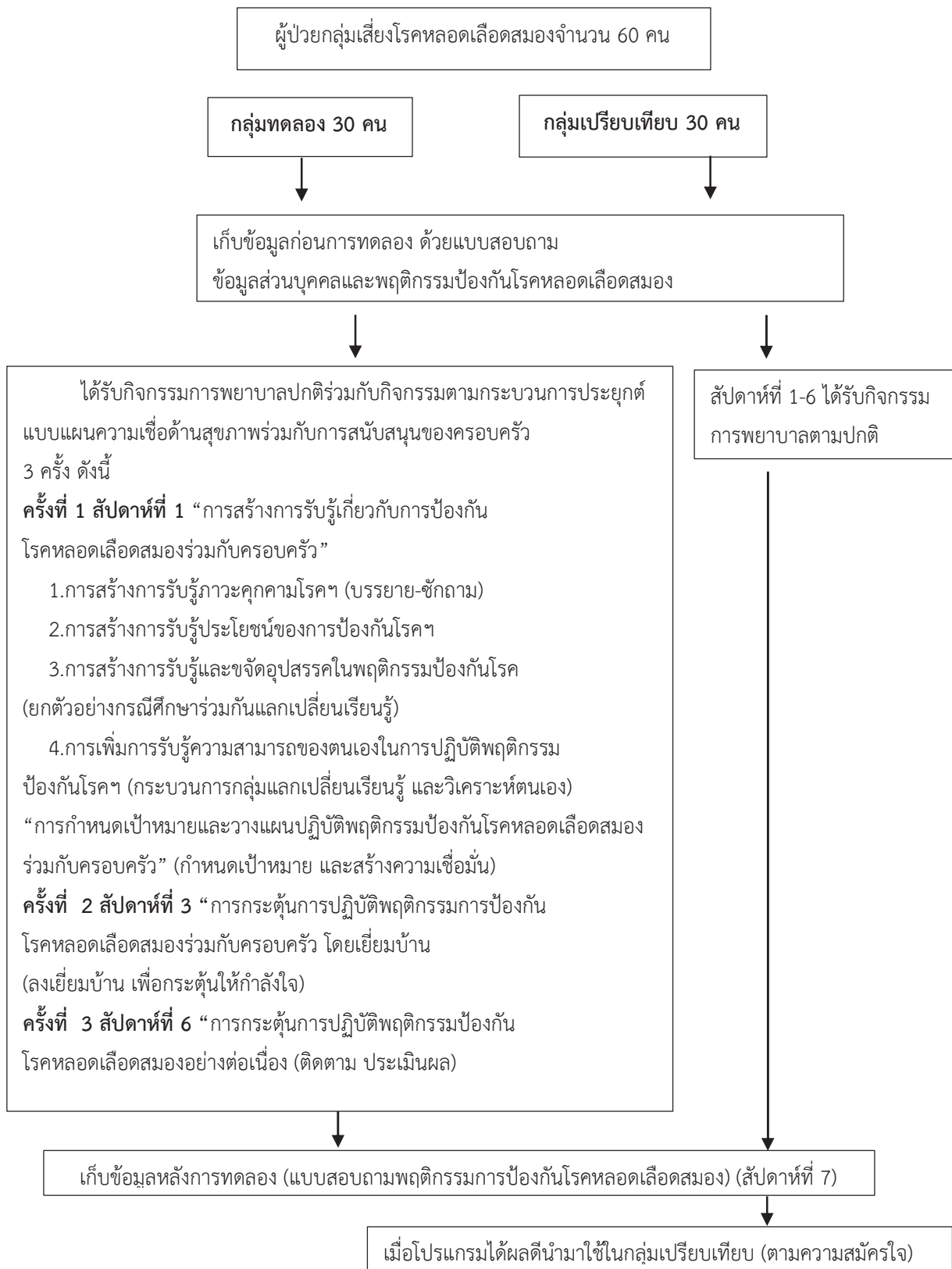
### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จึงเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ขอความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลโปรแกรมก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Test) จากนั้นดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบให้การพยาบาลตามปกติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ โดยผ่านกระบวนการสอนสุขศึกษา ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และการเข้าร่วมคลินิกไร้พุงของสถานบริการ เน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สัปดาห์ที่ 1-6)

ส่วนกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเหมือนกลุ่มเปรียบเทียบ ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ (ดังภาพที่ 2) ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Test) หากผลการวิจัยได้ผลดีนำมาใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 2 กิจกรรมของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว



### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 13-02-2561 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมเพื่อขอเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างอาจจะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาเริ่มป่วย และผู้ดูแลในครอบครัวด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคุณลักษณะเบื้องต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi - Square)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าทีอิสระ (Independent t-test) ภายหลังการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้ว และมีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D. = 12.41) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. = 10.53) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสถานภาพสมรสเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือไม่มีคู่สมรส (ร้อยละ 73.3 และ ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากจบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 96.7) และกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 70.0 และ 66.7 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเริ่มป่วยมากกว่า 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 60) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาเริ่มป่วยมากกว่า 5 ปี และน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 50) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) ในขณะที่เป็นผู้ดูแลหลักกลุ่มเปรียบเทียบเป็นคู่สมรสมากที่สุด (ร้อยละ 60.0)

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 19.00, S.D. = 5.15 และค่าเฉลี่ย = 18.53, S.D. = 4.69 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 11.20, S.D. = 3.46 และ 11.33, S.D. = 3.83 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 7.80, S.D. = 3.22 และ 7.20, S.D. = 2.69 ตามลำดับ)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 0.36, p > .01$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -.14, p > .01, t = 0.78, p > .01$ ) ตามลำดับ

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 28.73, p < .01$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 22.23, p < .01$ ) 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 21.41, p < .01$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ( $n = 60$ ) ด้วยการทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ตัวแปร	Mean (SD)		$\bar{d}$	S.D.	df	t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง					
<b>ด้านพฤติกรรมโดยรวม</b>							
กลุ่มทดลอง	19.00 (5.15)	68.67 (3.43)	49.67	6.40	58	28.73	< .01
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.53 (4.69)	21.10 (3.20)	2.56	6.29			
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>							
กลุ่มทดลอง	11.20 (3.46)	40.30 (1.78)	29.10	4.13	58	22.23	< .01
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.33 (3.83)	11.17 (3.14)	-.16	5.90			
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>							
กลุ่มทดลอง	7.80 (3.22)	28.37 (2.12)	20.56	3.65	58	21.41	< .01
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.20 (2.69)	9.93 (0.64)	2.73	2.72			

## การอภิปรายผล

การศึกษาผลโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สามารถอภิปรายผลงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยกล่าวคือ การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการกระทำเพื่อการลด หรือลดเว้นการกระทำพฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จนช่วยให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องตามแนวคิดของ Rosenstock, Strecher and Becker<sup>12</sup> อาจเนื่องมาจากกิจกรรมของโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมที่ออกแบบไว้เพื่อสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านกระบวนการพูดคุยชี้ให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นให้ประเมินปัจจัยเสี่ยงและประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง ตลอดจนวิเคราะห์ความเสี่ยงและสะท้อนให้ทราบเป็นรายบุคคลร่วมกับสมาชิกในครอบครัวนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตนสอดคล้องตามแบบแผนความเชื่อด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>12</sup> นอกจากนั้นยังสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านกระบวนการพูดคุย บรรยายให้ความรู้ รวมทั้งเชิญตัวอย่างกรณีศึกษาที่มีผลการรักษาดีและดูแลตนเองดี ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เห็นข้อดีจากการมีพฤติกรรมและกระทำพฤติกรรมต่อเนื่อง ส่วนการลดการรับรู้อุปสรรคนั้น

กลุ่มตัวอย่างร่วมกับครอบครัว พุดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาพร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางเพื่อลดปัญหาที่พบในระหว่างการกระทำพฤติกรรม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิดา กำแพงแก้ว<sup>6</sup> ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคและการขจัดอุปสรรคต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุดท้ายเป็นการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่า ตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ ผ่านกระบวนการพูดคุย บรรยายให้ความรู้และสาธิตการฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้การใช้คำพูดสร้างแรงจูงใจ และการให้กำลังใจในความสำเร็จ ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

เมื่อก่อนกลุ่มทดลองได้รับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจนพร้อมที่จะปฏิบัติจริง การกำหนดกิจกรรมเป้าหมายและการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัว ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนร่วมกับครอบครัว พร้อมทั้งวิเคราะห์ เป้าหมาย และแนวทางการปฏิบัติ วางแผนปฏิบัติลงในสมุดบันทึกพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้สามารถออกแบบแผนการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับ แต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดการนำแผนที่วางไว้ร่วมกับครอบครัวไปปฏิบัติได้จริง กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นอีกกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านคำพูดชื่นชม ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาครอบครัวให้เผชิญกับสถานการณ์การสนับสนุนการทำกิจกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลที่เป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา วัชรานารักษ์<sup>8</sup> ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นอกจากนี้สื่อที่ใช้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกครอบครัวอ่านทบทวนความรู้ สมุดบันทึกสุขภาพเพื่อใช้ติดตามความต่อเนื่องในการบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายทุกวัน สื่อบุคคลในชุมชนที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ช่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีการควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในกระแสได้ดี มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นอกจากนี้มีวีดีโอ/ CD/ Power point เพื่อให้เข้าใจในสาระโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุร่วมกับการออกแบกิจกรรมต่างๆ และสื่อที่ใช้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมข้างต้นทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ได้รับคำพูดสนับสนุน ชักจูง ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ และการได้รับการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว จึงสามารถพัฒนาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนศักดิ์ สุกใส<sup>10</sup> ดังนั้น การที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากการได้รับการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำมา

เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทางหน่วยงานกำหนดในการจัดกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และการลงเยี่ยมบ้าน โดยมีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ควรแบ่งการจัดกิจกรรมเป็น 2 ครั้ง เนื่องจากระยะเวลาในการจัดกิจกรรมยาวนาน และมีเนื้อหาความรู้จำนวนมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้การจดจำลดลง และความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้น้อย และควรมีการติดตามผลของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเผยแพร่และพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรในทีมมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมและสนับสนุนให้นำไปใช้ไปเป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่เป็นภาระฟุ้งฟิงของบุคคลในครอบครัวและชุมชนต่อไป

### การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรตาม เช่น การลดลงของน้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ และควรมีการติดตามผลหลังการทดลองต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษานำบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

## REFERENCES

1. WHO. Stroke, Cerebrovascular Accident Retrieved [Online]. 2015 [cited 2016/11/3]. Available from: <http://www.who.int/topics/cerebrovascular-accident/en/>
2. Bureau of Non Communicable Disease Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report of UN General Assembly High-Level Meeting on Prevention and Control of Non Communicable Diseases. Nonthaburi: Owit Publishing, 2014. (in Thai)
3. Institute for Research and Evaluation Medical Technology, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Review Literature Current Situation and Model Services of Non Communicable Diseases. Nonthaburi: Art Qualified Publishing, 2013. (in Thai)
4. Office of Policy and Planning Public Health, Ministry of Public Health. Public Health statistics 2013-2017. [Online]. 2014 [cited 2016/02/12]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th>. (in Thai)
5. Suksai, W. Application of Health Belief Model and Social Support in Health Education Program to Stroke Prevention in Hypertension Patients at Phanomphrai District, Roi-Et Province. Research and Development Health System Journal. 2013; 6(2): 45-57. (in Thai)
6. Tijayoung, S. The Factors Influencing Preventive Behaviors Amongst Risk Group Stroke Patients. Thesis Master Degree of Nursing Science, Community Nurse Practitioner. Faculty of Nursing. Bangkok : Christian University; 2014. (in Thai)
7. Nualnetr, N.& Srikha, D. Knowledge on the Stroke and Behaviors to Reduce the Risk of Stroke among risk Persons in Samliam Community, Muang District, khon Kaen Province. Journal of Medical Technology and Therapy, 2013; 24(3): 318-330. (in Thai)
8. Kumpangkaew, K. Relationships Between Perceived Risk, Perceived Warning Signs and Self- Care Behavior in Older Adults at Risk of Cerebrovascular Disease. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015; 25(2): 40-56. (in Thai)
9. Chiangthong, K. Relationships Between the Health Belief Model, Warning Signs Perception and Management of Stroke Doi Sket District, Chiang Mai. Thesis of Master Degree of Public Health, Faculty of Public Health. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2011. (in Thai)

10. Watcharanurak, P. Factors Influencing Preventive Behavior among Stroke- Risk Patients in Songkhla Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1): 217-233. (in Thai)
11. Ross, A.(2013). The Impact of Physical Activity on Mortality in Patients with High Blood Pressure: a Systematic Review. J. Hypertense. 2012; 30(7): 1277-88.
12. Rosenstock, M.l., Strecher, V.J., & Becker, M.H. Social learning Theory and Earth Belief Model. Health Education Quarterly, 1988; 15(2): 75-138.
13. Bureau of Non Communicable Disease Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk. Bangkok; Commercial Printing House; 2015. (in Thai)
14. Chonburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health. Report of NonCommunicable Disease Situation Chonburi Province Data 2557-2559. Chonburi : Computer Center Department of Health Strategic Development; 2016. (in Thai)
15. Polic DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.