

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

สิทธิพันธ์ จันทพงษ์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลศรีสะเกษ การศึกษาใช้รูปแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 82 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ) จำนวน 41 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ (ผู้ป่วยในพื้นที่บริการโรงพยาบาลชุมชน) จำนวน 41 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการสองครั้ง คือก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาภายหลังการทดลองแสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลลัพธ์จากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลตนเองที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการเสริมสร้างความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อน จึงถือว่าโปรแกรมห่วงการดังกล่าวสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

คำสำคัญ: โปรแกรม การดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Effectiveness of a Self-Care Program for Stroke Patients in The Service area of Sisaket Hospital

Sitthipan Janpong, *M.D.*¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a self-care program for stroke patients in the service area of Sisaket Hospital. The study utilized a Two-Group pretest-posttest design. A total of 82 participants were recruited, divided into an experimental group (41 patients from Sisaket Hospital's service area) and a control group (41 patients from Khukhan Hospital's service area). The experimental group received the developed self-care program for approximately two months. Data collection occurred twice: before and after the intervention, from April 1, 2025, to May 30, 2025.

Data analysis involved comparing mean score differences within the experimental and control groups using Paired t-tests, and between groups using Independent t-tests, with a statistical significance level set at 0.05. Post-intervention results revealed that the experimental group demonstrated a statistically significant increase in mean scores for knowledge of stroke, perceived risk of stroke, perceived severity of stroke, perceived benefits of stroke prevention, perceived barriers to stroke prevention, social support, and stroke prevention behaviors. These scores were significantly higher than their pre-intervention scores and also significantly higher than those of the control group ($p < 0.001$).

The findings indicate that the developed self-care program is effective in enhancing knowledge, health belief model constructs, social support, and preventive behaviors among stroke patients. These are crucial factors in reducing the incidence of recurrent stroke and associated complications. Therefore, this program fully achieved its research objectives.

Keywords: Program, Self-care, Stroke patients

¹ Medical Doctor, Sisaket Hospital, Mueang Si Sa Ket District, Si Sa Ket Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ผู้ป่วยอาจมีอาการอัมพาต สูญเสียการพูด การมองเห็น หรือความสับสน โดยผู้ที่เคยเป็นโรคนี้มีโอกาสเกิดซ้ำสูงขึ้น ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับประเภท ได้แก่ TIA (Transient Ischaemic Attack) ที่อาการหายภายใน 24 ชั่วโมง ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันที่เสี่ยงสูงขึ้น และการแตกของหลอดเลือดในสมองที่มีความอันตรายและเสี่ยงเสียชีวิตมากที่สุด ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนต่อปี โดย 5 ล้านคนเสียชีวิตและอีก 5 ล้านคนพิการถาวร ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่ ซึ่งหากควบคุมความดันโลหิตได้ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 40% ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคหัวใจล้มเหลว แม้ว่าในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ดีขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยโดยรวมยังเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรมีอายุยืนขึ้น (WHO, 2025) โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 250,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 50,000 รายต่อปี พบมากในเพศชายและอายุเฉลี่ยของการเกิดโรคอยู่ที่ 65 ปี โดยปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่เปลี่ยนไป ประเทศไทยพบ ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) สูงเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ แต่มี โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) สูงกว่าประเทศในกลุ่มประชากรคอเคเซียน โดยแนวทางการรักษาที่สำคัญ ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Thrombolysis) ซึ่งอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ยังมีอัตราการใช้ต่ำ จึงมีการพัฒนาระบบ “Stroke Fast Track” เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการรักษา และมีการจัดตั้ง “Stroke Unit” ในโรงพยาบาล

ระดับภูมิภาคและจังหวัดเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Suwanwela, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุหลักของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งผลให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องอาศัยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดความเสี่ยง จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (จารุวรรณ จันดาหงษ์, เดชา ทำดี และศิวพร อึ้งวัฒนา, 2566) หรือการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น (แสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ตลवास, 2566) นอกจากนี้ โปรแกรมเสริมพลังและการจัดการตนเองยังเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น เช่น โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเพิ่มความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์, 2566) หรือโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง (พรรณพิไล สุทธรณ และคณะ, 2566)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดศรีสะเกษและความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

โดยเฉพาะในจังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2565-2567) พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,112, 2,594 และ 2,432 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นแนวโน้มของโรคที่ยังคงอยู่ในระดับสูง แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงในปีล่าสุดก็ตาม อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาดังกล่าวเท่ากับ 161 ราย (7.62%), 180 ราย (6.94%) และ 139 ราย (5.72%) ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจะลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวยังคงมีอยู่มาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และภาระต่อระบบสาธารณสุข สำหรับการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ A มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี Stroke Unit ขนาด 12 เตียง สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันและสามารถให้ ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rtPA) ได้อย่างทันทั่วถึง นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมี หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีก 13 เตียง สำหรับการฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้รวม 25 เตียง และได้รับการรับรองมาตรฐาน ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง (Standard Stroke Certification: SSCC) ระดับ 5 ดาว จากกรมการแพทย์และสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งได้รับการประเมินผ่านการรับรองครั้งที่ 1 ตั้งแต่ วันที่ 1 กันยายน 2566 – 31 สิงหาคม 2569 สะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษจำนวน 1,979, 1,850 และ 1,868 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน จำนวน 1,244, 1,094 และ 1,083 ราย ตามลำดับ ซึ่งได้รับการรักษาใน Stroke Unit โดยมีทีมแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท 2 คน และ Stroke Nurse 12 คน ขณะที่ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก จะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทภายใต้การดูแลของแพทย์

เฉพาะทาง ประสาทศัลยศาสตร์ 1 คน (โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2568) นอกจากนี้ โรงพยาบาลศรีสะเกษยังทำหน้าที่เป็น โรงพยาบาลแม่ข่าย ในการขับเคลื่อนเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์, โรงพยาบาลขุขันธ์ และโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เป็น Node Hospital ที่สามารถให้ ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rtPA) แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันได้เอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการในระยะยาว โดยความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสำคัญ แม้ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสะเกษและเครือข่ายจะมีการพัฒนาทางด้านการรักษาทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ปัญหาที่สำคัญคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตและโอกาสเกิดโรคซ้ำ อีกทั้งงานวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลตนเอง โดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอุบัติการณ์ของโรคซ้ำ และลดภาวะแทรกซ้อน โดยการศึกษาครั้งนี้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest-Posttest Design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2) วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

1) ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดศรีสะเกษ

2.2) กลุ่มตัวอย่าง (samples)

2.2.1) กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 41 คน

2.2.2) กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 41 คน

2.2.3) เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

2.2.3.1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และพักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ และอำเภอขุนขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.3.2) มีความสามารถในการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้

2.2.3.3) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.2.3.4) มีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมจะเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

2.2.4 เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

2.2.4.1) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำกว่า 13 คะแนน ตามการประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS)

2.2.4.2) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairment) ระดับรุนแรง ซึ่งได้รับการประเมินโดยทีมแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและเห็นว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2.2.4.3) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม เช่น มีภาวะโรคประจำตัวที่รุนแรง

2.2.4.4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของโปรแกรมที่กำหนด

3) ขอบเขตด้านตัวแปร

3. 1) ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

3. 2) ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4) ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2568 ถึง 30 พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ โปรแกรมนี้

ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองและประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังนี้:

1.1) กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสำนึกเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง: เพื่อแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ส่วนตัว สร้างความเข้าใจและความตระหนักในการจัดการโรค

1.2) กิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ: เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้และฝึกฝนวิธีการป้องกันและจัดการโรคในสถานการณ์จำลอง

1.3) กิจกรรมเสริมสร้างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง: มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการจัดการโรค

1.4) กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองผ่านการให้คุณค่าและเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ: เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนจากสังคมในการป้องกันและจัดการโรค

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่:

2.1) ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (6 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และโรคร่วม

2.2) ส่วนที่ 2: ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (15 ข้อ, 15 คะแนน) เป็นคำถามแบบถูก-ผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.3) ส่วนที่ 3: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (20 ข้อ) แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน, และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก (มากที่สุด-น้อยที่สุด) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสลับสำหรับ

คำถามเชิงบวกและเชิงลบ (มากที่สุด: 5 คะแนนสำหรับด้านบวก, 1 คะแนนสำหรับด้านลบ)

2.4) ส่วนที่ 4: แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (10 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก (มากที่สุด-น้อยที่สุด) ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบสลับสำหรับคำถามเชิงบวกและเชิงลบเช่นเดียวกับส่วนที่ 3

2.5) ส่วนที่ 5: พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (15 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก (ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง, ไม่ปฏิบัติ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสลับสำหรับคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (ปฏิบัติเป็นประจำ: 3 คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวก, 1 คะแนนสำหรับคำถามเชิงลบ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา 3 ท่าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 ชุด ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ KR-20 เท่ากับ 0.74 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.76 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.81 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.77 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.73 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.79 โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ
SPPH 2025-051 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568

ผลศึกษา

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 มีอายุเฉลี่ย 56.90 ปี (S.D. = 3.53 ปี) จบการศึกษาระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.9 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 68.3 มีมัลติฐานของรายได้ 4,000 บาท ($P_{25} = 3,000$ บาท : $P_{75} = 7,000$ บาท) มีโรคร่วม ร้อยละ 78.0 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.5 มีอายุเฉลี่ย 56.73 ปี (S.D. = 3.23 ปี) จบการศึกษาระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.0 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 53.1 มีมัลติฐานของรายได้ 3,000 บาท ($P_{25} = 3,000$ บาท : $P_{75} = 5,000$ บาท) มีโรคร่วม ร้อยละ 61.0 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	6.43	1.62				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.70	1.16	0.73	0.10-1.35	2.33	0.021
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.12	1.63				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.82	1.02	5.30	4.69-5.89	17.60	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	5.87	0.81				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.24	1.15	-0.37	-0.08-0.07	-1.65	0.101
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.31	1.19				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.04	0.99	5.27	4.78-5.75	21.68	<0.001
	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.53	1.68	-0.20	-0.82-0.43	-0.61	0.539

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความ รุนแรง	หลังทดลอง	กลุ่ม	9.73	1.11				
		เปรียบเทียบ						
		กลุ่มทดลอง	14.17	0.91				
		กลุ่ม เปรียบเทียบ	8.95	1.24	5.22	4.73-5.70	21.60	<0.001**
การรับรู้ ประโยชน์	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	6.21	1.25				
		กลุ่ม	6.02	0.93	0.19	-0.29-0.68	0.79	0.427
		เปรียบเทียบ						
		กลุ่มทดลอง	10.75	0.85	5.10	4.67-5.52	23.87	<0.001**
การรับรู้ อุปสรรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.63	2.69				
		กลุ่ม	7.90	2.03	0.73	-0.31-1.78	1.38	0.168
		เปรียบเทียบ						
		กลุ่มทดลอง	13.80	0.71	5.76	5.14-6.36	18.88	<0.001**
แรงสนับสนุน ทางสังคม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	37.21	4.68				
		กลุ่ม	39.24	2.04	2.03	0.43-3.61	2.53	0.013
		เปรียบเทียบ						
		กลุ่มทดลอง	43.87	2.44	4.61	3.59-5.62	8.99	<0.001**
พฤติกรรม การป้องกันโรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36.21	1.83				
		กลุ่ม	36.31	2.54	-0.10	-1.07-0.87	-0.19	0.824
		เปรียบเทียบ						
		กลุ่มทดลอง	42.43	2.23	6.87	5.79-7.95	12.65	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	35.56	2.66				

**p-value<0.01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่าง
คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้
ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้

อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรง
สนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่า
ก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดย
เกิดจากการที่โปรแกรมเข้าไปเสริมสร้าง ความรู้ ซึ่งเป็น

รากฐานสำคัญที่ทำให้บุคคลเข้าใจถึงลักษณะของโรค และแนวทางการป้องกันที่ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การที่โปรแกรมสามารถเพิ่ม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และตระหนักถึงผลกระทบอันร้ายแรงของโรค ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในที่เข้มแข็งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะเดียวกัน การเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ทำให้ผู้เข้าร่วมมองเห็นคุณค่าและผลลัพธ์เชิงบวกจากการดูแลสุขภาพตนเอง และการที่การรับรู้อุปสรรคมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถหาวิธีจัดการหรือเอาชนะข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ว่าบุคคลจะลงมือทำหากมองเห็นประโยชน์มากกว่าอุปสรรค ที่สำคัญคือ การที่โปรแกรมสามารถสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมได้นั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยเสริมกำลังใจ ความมุ่งมั่น และความต่อเนื่องในการปฏิบัติตน เนื่องจากผู้เข้าร่วมได้รับการส่งเสริมและช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ทำให้สามารถคงพฤติกรรมป้องกันโรคไว้ได้อย่างยั่งยืน ด้วยการทำงานร่วมกันขององค์ประกอบเหล่านี้ โปรแกรมจึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ จันดาหงษ์, เดชา ทำดี และศิวพร อังวัฒนา (2566) ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งตอกย้ำบทบาทของการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ในการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ การที่โปรแกรมของเราสามารถเพิ่ม พฤติกรรมการป้องกันโรคผ่านการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของแสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ดลवास (2566) ซึ่ง

พบว่าการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมที่ดี ยิ่งไปกว่านั้น การที่โปรแกรมนี้ส่งผลต่อการเพิ่มความรู้อ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคในภาพรวม ยังได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยของ ธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์ (2566) และ พรณพีไล สุทชนะ, ปิ่นนเรศ กาศอุดม และกชวรรณ ทะวิชัย (2566) ซึ่งต่างพบว่าโปรแกรมเสริมพลังและโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการพัฒนาปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงตามลำดับ โดยคำนึงถึงความสำคัญของการให้ความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพื่อให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ได้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดย พรธิรา บุญฉวี (2566) พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรค และ สวาท วันอุทา (2566) รวมถึง สุกัญญา ทองบุผา, สมบัติ มุ่งทวีพงษ์ และอุไร คำมาก (2565) ก็ได้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองไม่เพียงแต่ปรับปรุงพฤติกรรมการป้องกันโรคเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย แสดงให้เห็นว่าแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเอง และการให้ความรู้แบบองค์รวม เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลากหลายบริบท โดยสรุป งานวิจัยเหล่านี้ล้วนสนับสนุนข้อค้นพบจากการศึกษาปัจจุบันว่าโปรแกรมที่ครอบคลุมและให้การเสริมสร้างความรู้ การปรับเปลี่ยนการรับรู้ตามหลัก

Health Belief Model รวมถึงการสนับสนุนจากสังคม มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและการปฏิบัติ ควรพิจารณานำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มี องค์ประกอบในการเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความ เสี่ยง/ความรุนแรง/ประโยชน์/อุปสรรค และการ สนับสนุนทางสังคม ไปปรับใช้หรือพัฒนาเป็นแนวทาง มาตรฐานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับ ชุมชน โดยเน้นการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายและ เข้าถึงง่าย เพื่อให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้รับ ข้อมูลที่ถูกต้องและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างยั่งยืน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสร้าง สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควร ได้รับการพัฒนาศักยภาพและทักษะในการใช้แนวคิด และเครื่องมือจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health Belief Model) และการส่งเสริมแรงสนับสนุน ทางสังคม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำและ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลและรายกลุ่มได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการสร้าง ความตระหนักเฉพาะบุคคล และการให้คำแนะนำที่ สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงแต่ละ ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติจริงใน การป้องกันโรค

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง เช่น อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติ ต่าง ๆ (Health Literacy) การเข้าถึงข้อมูลดิจิทัล หรือ การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม (เช่น แอปพลิเคชัน สุขภาพ) ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (long-term follow-up) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลังสิ้นสุดโปรแกรม และศึกษาปัจจัยที่ ส่งผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมเหล่านั้น เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ครบถ้วนและนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มี ประสิทธิภาพสูงสุดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2025). Stroke: Global health estimates. World Health Organization. <https://www.who.int>.
2. Suwanwela, N. C. (2014). Stroke Epidemiology in Thailand. Journal of Stroke, 16(1), 1-7. doi: 10.5853/jos.2014.16.1.1.
3. จารุวรรณ จันทาหงษ์, เตชา ทำดี และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 50(1), 1-15.
4. แสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ดลवास. (2566). การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 8(2), 200-215.
5. ธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัด นครสวรรค์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น, 4(1), 56-70.

6. พรรณพิไล สุทธนะ, ปิ่นนเรศ กาศอุดม, & กชวรรณ ทะวิชัย. (2566). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตภาคเหนือ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 753–763.
7. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข: ศรีสะเกษ, 2568.
8. โรงพยาบาลศรีสะเกษ. รายงานการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลศรีสะเกษ: ศรีสะเกษ, 2568.
9. พรธิรา บุญฉวี. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). Retrieved from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10353>.
10. สวาท วันอุทา. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(4), 142–151.
11. สุกัญญา ทองบุผา, สมบัติ มุ่งทวีพงษ์ และอุไร คำมาก. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(3), 45–58.