

# ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา

## The Effectiveness of a Health Education Program in Stroke Patients Admitted to Khian Sa Hospital.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 8,2026)

วรรณภา พรหมพล<sup>1</sup>  
Wanna Prompun<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ต่อการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลเคียนซา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 6 ครั้ง และกลุ่มควบคุม 30 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสุขศึกษา 6 กิจกรรม และแบบสอบถาม 4 ส่วน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตัวแปรตามทั้งหมดสูงกว่า 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า: 1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง (M=12.13) และการรับรู้ประโยชน์ (M=11.76) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=9.96 และ M=9.06 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ), 2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงขึ้น (M=33.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=28.00) ( $p < .05$ ) และ 3) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$  สำหรับทุกตัวแปร)

**คำสำคัญ:** โปรแกรมสุขศึกษา, โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมการป้องกัน

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of a Health Education Program, applied using the Health Belief Model (HBM), on perceived risk factors, perceived benefits, and recurrent stroke prevention behaviors among inpatients at Khiansa Hospital. The study sample consisted of 60 first-time stroke patients purposefully selected and divided into two groups: 30 in the experimental group who received the 6-session Health Education Program, and 30 in the control group who received standard nursing care. The research instruments included the 6-activity Health Education Program and a 4-part questionnaire, with the reliability of the dependent variables exceeding 0.80. Data analysis employed descriptive statistics, Paired t-test, and Independent t-test.

The results revealed that: 1) After participating in the program, the experimental group had significantly higher mean scores for perceived risk factors (M=12.13) and perceived benefits (M=11.76) compared to baseline (M=9.96 and M=9.06, respectively) ( $p < .05$ ). 2) The experimental group demonstrated a significant increase in mean scores for recurrent stroke prevention behaviors (M=33.03) after the intervention, compared to baseline (M=28.00) ( $p < .05$ ). and 3) Post-test analysis showed that the experimental group achieved significantly higher mean scores for perceived risk factors, perceived benefits, and recurrent stroke prevention behaviors than the control group ( $p < .05$  for all variables).

**Keywords:** Health Education Program, Recurrent Stroke Prevention, Health Belief Model, Perceived Risk Factors, Prevention Behavior

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเคียนซา

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ โดยองค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> ได้ให้คำจำกัดความว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อันได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) หรือภาวะหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)<sup>1,2</sup> ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ทั้งด้านอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต และการก่อให้เกิดความพิการถาวร ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสุขภาพโดยรวม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก<sup>3</sup> ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่กว่า 12.2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 6.5 ล้านคน โดยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ WSO ยังคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า หากไม่มีมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และที่สำคัญ โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก และเป็นสาเหตุหลักของความพิการถาวรในผู้ใหญ่<sup>3</sup>

ในประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกรมควบคุมโรค<sup>4</sup> รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเพศหญิง และเป็นอันดับสามในเพศชาย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 250,000 คนต่อปี และเสียชีวิตมากกว่า 30,000 คนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของความพิการในผู้ใหญ่ไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>5</sup> รายงานว่าผู้พิการจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กว่าร้อยละ 30 เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งมี

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง<sup>2,6</sup> นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การรับประทานยาคุมกำเนิด รวมถึงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงของทอด ของมัน และการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันก็ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม งานวิจัยของ Feigin<sup>6</sup> ใน *Lancet Neurology* พบว่า กว่า 90% ของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ (modifiable risk factors) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคอ้วน และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระดับบุคคลและประชากร อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การเกิดโรคซ้ำ (recurrent stroke) ซึ่งมีอัตราสูง โดย Campbell<sup>7</sup> รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดซ้ำร้อยละ 15–30 ภายใน 5 ปี หลังการรักษาครั้งแรกและการเกิดซ้ำนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะพิการรุนแรงมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระต่อครอบครัวและระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ควรมุ่งเพียงการรักษาเฉียบพลัน แต่ต้องให้ความสำคัญกับ การป้องกันการเกิดซ้ำ (secondary prevention) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย<sup>7</sup>

โรงพยาบาลเคียนซาเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซ้ำ โรงพยาบาลมีระบบการดูแลผู้ป่วยครบวงจรตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษาเฉียบพลัน จนถึงการฟื้นฟูและการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้เป็นสถานที่ที่

เหมาะสมสำหรับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษา เนื่องจากสามารถเข้าถึงผู้ป่วยในระหว่างการนอนรักษา และสามารถติดตามผลการปรับพฤติกรรมหลังการได้รับโปรแกรมได้อย่างเป็นระบบ การให้สุขศึกษา (health education) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker และ Maiman<sup>8</sup> เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวอธิบายได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความไวต่อโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง หากผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและเห็นคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองและลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนและปฏิบัติตาม พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาคั้งนี้ นอกจากจะทำให้ทราบถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรม สุขศึกษา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ในด้าน 1) การเพิ่มพูนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค 2) การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งประโยชน์เหล่านี้จะ ช่วยยืนยันถึงความสำคัญของการจัดทำโปรแกรม สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ใน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระดับชุมชน ช่วยลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพโดยรวม

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษา

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษา

3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

4) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การ

รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

4) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าโครงการตามที่ผู้วิจัยกำหนด

**ประชากร** ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาครั้งแรกในแผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลเคียนซาและไม่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 72 คน<sup>9</sup>

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมสุขศึกษา จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับโปรแกรมสุขศึกษาตามกรอบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Mode) ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

**2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระดับความดันโลหิต ในวันที่รับการตรวจรักษา ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อความทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นข้อความที่ไม่ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (การคิดคะแนน ใช่ = 1 คะแนน, ไม่ใช่ = 0 คะแนน)

การแปลผลพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์<sup>10</sup>

คะแนนเฉลี่ย 12.00-15.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูง

คะแนนเฉลี่ย 6.00-11.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-5.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ น้อย

**ส่วนที่ 3** แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าการปฏิบัติครั้งนี้เป็นประโยชน์เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าการปฏิบัติครั้งนี้ไม่เป็นประโยชน์เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (การคิดคะแนน ใช่ = 1 คะแนน, ไม่ใช่ = 0 คะแนน)

การแปลผลพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์<sup>10</sup>

คะแนนเฉลี่ย 12.00-15.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมาก

คะแนนเฉลี่ย 6.00-11.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-5.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำน้อย

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเป็นลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ให้ประเมินตามระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม 4 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้

3 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมประจำ ในข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือ ทุกวัน

2 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง ในข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-4 วัน

1 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมบางครั้ง ในข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-2 วัน

0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

การแปลผลพิจารณาคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์<sup>10</sup>

คะแนนเฉลี่ย 31.00-45.00 คะแนน คือ พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มาก

คะแนนเฉลี่ย 16.00-30.00 คะแนน คือ พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-15.00 คะแนน คือ พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ น้อย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินคุณภาพของเครื่องมือทั้งด้านความตรง ความเชื่อมั่น และความเหมาะสมในการใช้งานอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พิจารณาความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า 0.70 ตามแนวทางของรัตนศิริ ทาโต<sup>11</sup> เพื่อยืนยันว่าแบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ต่อจากนั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ จำนวน 20 คน ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้ววิเคราะห์หาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อประเมินความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม ซึ่งผลที่ได้มีค่าเท่ากับ 0.92 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 0.80 แสดงถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับสูง สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) วิเคราะห์ระดับคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และ 2) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

### จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ STPHO2025-206 ลงวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2568

### ผลการวิจัย

**1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล** จากการศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยใน กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51–60 ปี และมีสถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ ระดับ

การศึกษาที่พบมากที่สุดคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ขณะเดียวกันผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มควบคุม พบลักษณะทั่วไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 51–60 ปี มีสถานภาพสมรส คู่สมรส ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และประกอบอาชีพเกษตรกรเช่นกัน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมสามโรคเหมือนกลุ่มทดลอง และไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัดส่วนสูง

**2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** สามารถสรุปเชิงบรรยายได้ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ( $M = 9.96$ ,  $S.D. = 2.44$ ) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย ( $M = 10.13$ ,  $S.D. = 1.86$ ) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงในระดับที่ไม่แตกต่างกันก่อนการแทรกแซง หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางไปสู่ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ( $M = 12.13$ ,  $S.D. = 2.38$ ) และเมื่อทดสอบความแตกต่างก่อน-หลังการทดลองด้วยสถิติที พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสัดส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.30 เป็นร้อยละ 66.70 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่นำไปใช้สามารถส่งเสริมการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองยังคงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงเดิม โดยมีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 10.03$ ,  $S.D. = 3.21$ ) และไม่มี

ความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลาเดียวกัน ความรู้หรือการรับรู้ของกลุ่มควบคุมไม่ได้เปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ( $M = 12.13, S.D. = 2.38$ ) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย ( $M = 10.03, S.D. = 3.21$ ) ซึ่งผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบทีพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

**3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปเชิงบรรยายได้ดังนี้**

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 9.06, S.D. = 2.58$ ) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 9.86, S.D. = 3.51$ ) ซึ่งผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในระดับใกล้เคียงกันก่อนการแทรกแซง

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับปานกลางสู่ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ( $M = 11.76, S.D. = 2.81$ ) พร้อมกับสัดส่วนของผู้ที่มีระดับการรับรู้ประโยชน์สูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.70 ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมาก ผลการทดสอบทีพบว่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนว่าโปรแกรมการแทรกแซงมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคซ้ำในผู้ป่วย

ในขณะที่กลุ่มควบคุมหลังการทดลองยังคงมีระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง โดย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ ( $M = 9.76, S.D. = 3.81$ ) ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าความรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมในกลุ่มควบคุมไม่ได้เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ( $M = 11.76, S.D. = 2.81$ ) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย ( $M = 9.76, S.D. = 3.81$ ) สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมที่นำไปใช้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปเชิงบรรยายภาพรวมได้ดังนี้**

**1) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง** ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 28.00, S.D. = 4.79$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 29.66, S.D. = 6.19$ ) สะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานพฤติกรรมป้องกันการโรคซ้ำใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูง ( $M = 33.03, S.D. = 5.16$ ) ผลการทดสอบทีพบว่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากิจกรรมหรือโปรแกรมที่ใช้ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมยังคงมีพฤติกรรมป้องกันโรคซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ( $M = 28.90, S.D. = 4.42$ ) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่ชัดเจนในกลุ่มควบคุมตลอดช่วง การศึกษา

2) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการ ทดลอง ระดับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรค หลอดเลือดสมองซ้ำของกลุ่มทดลอง ( $M = 28.00$ ,  $S.D. = 4.79$ ) และกลุ่มควบคุม ( $M = 29.66$ ,  $S.D. = 6.19$ ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดง ว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพฤติกรรมพื้นฐานใกล้เคียง กัน หลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ปรับตัวดีขึ้นจนอยู่ในระดับสูง ( $M = 33.03$ ,  $S.D. = 5.16$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 28.90$ ,  $S.D. = 4.42$ ) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ ทดสอบที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน กลุ่มทดลองมี 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือด สมองซ้ำดีขึ้น และ 2) มีพฤติกรรมป้องกันการ กลับเป็นซ้ำดีขึ้นอย่างชัดเจนทั้งเมื่อเทียบก่อน-หลัง ทดลอง และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งผลลัพธ์ ดังกล่าวสอดคล้องและสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลายฉบับ ดังนี้

1. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัย ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรค หลอดเลือดสมองซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีความ สอดคล้องกับแนวคิดของ แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ (HBM) ที่ระบุว่า การเพิ่มการรับรู้ความ รุนแรง ความไวต่อโรค และประโยชน์ของพฤติกรรม จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์<sup>12</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพ

ของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ สามารถเพิ่ม ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ด้านความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ได้ อย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง เช่นเดียวกับผลจาก การศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและ การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยของปรีดี ยศดา<sup>13</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองที่ได้รับ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรค หลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับ การป้องกันการโรคดีขึ้นหลังการทดลอง ซึ่งสะท้อนถึง การพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยงและความจำเป็นของ การดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้ใช้ที่ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมดีขึ้นหลังเข้า ร่วมโปรแกรม

2. พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรค หลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม โปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาและบริบทผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เห็นประโยชน์ และนำความรู้ไปใช้ในการปรับ พฤติกรรม เช่น การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติตัวเพื่อ ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัย ของปรีดี ยศดา<sup>13</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรม พัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเบรบือ จังหวัด มหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมี พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นทุกด้าน ทั้งก่อน-หลัง และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ที่พบว่าพฤติกรรมของกลุ่ม ทดลองดีขึ้นอย่างเด่นชัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์<sup>12</sup> ได้ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดย

ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพศึกษา มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้สามารถปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ดีขึ้น

**3. การเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม** ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางปฏิบัติตนมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มุ่งเน้นด้านผู้ดูแลงานวิจัยของ ดวงมาลย์ คำหม่อม<sup>14</sup> โปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า “การเรียนรู้ที่มีโครงสร้างและเน้นการมีส่วนร่วม” สามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ แม้เน้นผู้ดูแล แต่กลไกการเรียนรู้สอดคล้องกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับในงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ หนึ่งนุช บุตรวัง<sup>15</sup> และ นิตยา กระจำงแก้ว<sup>16</sup> ทั้งสองงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะและการโค้ชผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยมีพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสะท้อนหลักการเดียวกับโปรแกรมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ คือ การเพิ่มความรู้-ความเข้าใจ-ทักษะ จะทำให้การปฏิบัติตัวดีขึ้นและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมสุขภาพนี้ไปปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Practice Guideline) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2. ควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการจัดทำแผนสุขภาพรายบุคคล เนื่องจากกิจกรรมที่ 6 ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและอัตราการกลับมาอนรรักษาซ้ำ (Readmission) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). WHO definition of stroke. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int>
2. สถาบันประสาทวิทยา.(2550). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. World Stroke Organization.(2022). Global stroke fact sheet 2022. Geneva: WSO; 2022. Available from: <https://www.world-stroke.org>

4. กรมควบคุมโรค.(2566). รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2565). รายงานผู้พิการจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
6. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al.(2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795–820.
7. Campbell BCV, Khatri P, Group SI.(2019). Stroke recurrence: Current concepts, evidence, and research priorities. *Stroke.* 2019;50(7):1903–12. doi:10.1161/STROKEAHA.119.025421
8. Becker MH, Maiman LA.(1988). Health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1988. p. 153–72.
9. โรงพยาบาลเคียนซา.(2568). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2568. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา; 2568.
10. Best JW.(1977). *Research in education.* 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
11. รัตน์ศิริ ทาโต.(2561). การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.
12. เสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์.(2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. トラด: โรงพยาบาลตราด; 2566. Available from: [https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp\\_4225.pdf](https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_4225.pdf)
13. ปรีดี ยศดา.(2561). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออบรบือ จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
14. ดวงมาลย์ คำหม่อม.(2563). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563;28(1):92-106.
15. หินนุช บุตรวัง.(2566). การศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะผู้ดูแลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. Available from: [https://skko.moph.go.th/dward/document\\_file/oa/research\\_file\\_name/20240223155156\\_842274824.pdf](https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20240223155156_842274824.pdf)
16. นิตยา กระจำแก้ว.(2567). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูขณะอยู่ในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่; 2567. Available from: <https://www.cmneuro.go.th/TH/>