



ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมือง จ.ตรัง

The Effects of Self-Awareness Development Program on Stroke Prevention  
Behaviors among Hypertension Patients in Muang District, Trang Province

วารรัตน์ ทิพย์รัตน์<sup>1\*</sup>, โสภิต สุวรรณเวลา<sup>1</sup> และวารณี สัมฤทธิ์<sup>1</sup>

Wararat Tiparat<sup>1\*</sup>, Sopit Suwanweala<sup>1</sup> and Waranee Sumrit<sup>1</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง<sup>1\*</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง  
ความตระหนักรู้ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง  
ต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ ตามแนวคิดของ Breckler (1986) กลุ่ม  
ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโต๊ะหมิง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 26 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม  
การสร้างความตระหนักรู้ จำนวน 4 สัปดาห์ และติดตามหลังโปรแกรมฯ 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้  
แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และวิเคราะห์ข้อมูลโดย  
ใช้สถิติค่า t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด  
สมองมีค่า ( $M=29.15$ ,  $SD=3.33$ ) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ( $M=25.65$ ,  $SD=4.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ .05 ( $t=3.093$ ,  $df=25$ )

2. ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความ  
ตระหนักรู้ 1 เดือน ( $M=144.31$ ,  $SD=5.45$  และ  $M=85.08$ ,  $SD=3.63$  ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม  
( $M=148.31$ ,  $SD=6.88$  และ  $M=88.95$ ,  $SD=4.06$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=6.697$ ,  
 $df=25$  และ  $t=4.236$ ,  $df=25$  ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการสร้างความตระหนักรู้ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติ  
พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง  
ลดลงได้

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้, กลุ่มเสี่ยงโรค  
หลอดเลือดสมอง

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wararat2@windowslive.com เบอร์โทรศัพท์ 083-1724822)

## Abstract

This one group pre-posttest design quasi-experimental research, based on the awareness concept of Breckler (1986), aimed to study the effects of a self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertension patients. Sample was 26 hypertension patients who had received health care services at Na To Ming sub-district health promoting hospital in Trang City. Samples received an intervention program for 4 weeks and then a one month follow-up. Data were collected by stroke-risk control behavior questionnaires. Cronbach's alpha coefficient was .81. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The results revealed as follows:

1. After receiving the self-awareness development program, mean scores of stroke prevention behavior, statistically significant at a level of .05. ( $t=3.093$ ,  $df=25$ ), were higher than before receiving the program ( $M=29.15$ ,  $SD=3.33$  and  $M=25.65$ ,  $SD=4.01$ , respectively).

2. After one month of receiving the self-awareness development program, the sample, statistically significant at a level of .05. ( $t=6.697$ ,  $df=25$  and  $t=4.236$ ,  $df=25$ , respectively), had systolic ( $M=144.31$ ,  $SD=5.45$ ) and diastolic blood pressures ( $M=85.08$ ,  $SD=3.63$ ) lower than before receiving the program ( $M=148.31$ ,  $SD=6.88$  and  $M=88.95$ ,  $SD=4.06$ , respectively).

The results of this study indicated that a self-awareness development program could improve to practice stroke risk-control behaviors resulting in decreasing the blood pressure.

**Keywords:** Stroke Prevention Behaviors, Self-Awareness Intervention Program, Risk-control for Stroke

## บทนำ

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในคนอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนอายุระหว่าง 15-69 ปี โดยในแต่ละปีมีประมาณ 6 ล้านคนทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และในทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากข้อมูลสถานการณ์โรคปี พ.ศ.2555 พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เสียชีวิตมากกว่าโรคเอดส์ วัณโรค และโรคมะเร็งรวมกัน โดย 2 ใน 3 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และรายได้ปานกลาง จึงนับได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยเงียบ และหากขาดการประสานงานเรื่องการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในองค์กรทุกระดับและในปี 2558 โรคหลอดเลือดสมองจะทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตถึง 6.5 ล้านคน (นิตยา พันธุ์วาทย์ และลินดา จำปาแก้ว, 2557) สำหรับประชากรในประเทศไทย พบข้อมูลการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2556 ด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 3 ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 44.0 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,



2557) ซึ่งในจังหวัดตรังมีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 80.85 ต่อแสนประชากร โดยพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง และในเขตอำเภอเมือง พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 104.91 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2558)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ ได้แก่ 1) อายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3) เชื้อชาติ เกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดโรค และสภาพของการเกิดโรค ซึ่งคนผิวดำมีอัตราการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว และคนผิวขาวมีหลอดเลือดตีตัน ที่บริเวณหลอดเลือดคอโรติดได้บ่อย ในขณะที่ชาวเอเชียพบการตีตันที่หลอดเลือดสมองบ่อยกว่า 4) พันธุกรรม ในผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้นี้มากกว่าประชากรทั่วไป ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมของร่างกาย ได้แก่ 1) ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากอายุ 2) โรคหัวใจ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะ ในระยะที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน หรือผู้ที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีโอกาสเกิดลิ้นเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ การหนาตัวของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.3 เท่า 3) โรคเบาหวาน 4) คอเลสเตอรอลในเลือดสูง 5) ภาวะหลอดเลือดคอโรติดบริเวณคอตีตัน โดยไม่มีอาการ (Asymptomatic Carotid Artery Stenosis) 6) การสูบบุหรี่ ในผู้ที่สูบบุหรี่จัดมากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 2 เท่า ของผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน และสูงกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 7) การดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มปานกลางจนถึงดื่มจัดจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ 8) เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ซึ่งการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจะทำให้ได้ข้อมูลในการเฝ้าระวัง เพื่อให้เกิดการดำเนินการป้องกันและควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง (นิตยา พันธเวทย์ และลินดา จำปาแก้ว, 2557)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงจะเน้นเกี่ยวกับ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควรรับประทานอาหารที่มีผัก ควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การควบคุมระดับไขมันในเลือด ซึ่งระดับไขมันในเลือดสูง จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่ไขมันเอชดีแอล (HDL) เป็นไขมันที่ดีจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และการออกกำลังกาย จะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลง ให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และช่วยทำให้สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น (นิตยา พันธเวทย์ และลินดา จำปาแก้ว, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค อันได้แก่ ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่หรือการรับควันบุหรี่จากผู้อื่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และภาวะอ้วน ซึ่งบุคคลสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ด้วยการเริ่มต้นดูแลเอาใจใส่

สุขภาพของตนเอง โดยการหมั่นตรวจสุขภาพ และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (ชลธิรา กาวโรตอง, 2555) รวมทั้งการศึกษาของทิพรรัตน์ วงศ์ลารัตน์ (2559) พบว่า ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมการจัดการทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปยังหน่วยงานที่มีศักยภาพที่สูงกว่า จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการได้

จากข้อมูลผลการดำเนินงาน ในการคัดกรองภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2557 โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 59.59 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด และตำบลนาโต๊ะหมิง เป็นหนึ่งในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีพื้นที่รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.79 ซึ่งเป็นอันดับ 4 ในเขตอำเภอเมือง และพบเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 63.58 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโต๊ะหมิง, 2557) ดังนั้นการประเมินว่าบุคคลกลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่มีความสำคัญมากเนื่องจากโรคนี้ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว และญาติใกล้ชิด สำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคนี้ พบว่าร้อยละ 30 มักจะมีความพิการ และร้อยละ 70 จะมีปัญหาด้านการพูด และการสื่อสารกับผู้อื่น โรคนี้จึงถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพลภาพอันดันทัน ๆ และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพา มีค่าใช้จ่ายในการรักษา และการบำบัดฟื้นฟูสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรต้องมีกระบวนการเพื่อให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะตอบสนอง ต่อความต้องการของตนเองในการแก้ไขปัญหา และพบว่าการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อย้ำเตือนให้เห็นความสำคัญ และอันตรายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งในกระบวนการของการสร้างความตระหนักรู้ นั้น จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า หรือสัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วก็จะเกิดการรับรู้ขึ้น เมื่อเกิดการรับรู้แล้ว ต่อไปก็จะนำไปสู่การเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้านั้น และนำไปสู่การเรียนรู้เป็นขั้นต่อไป ซึ่งก็จะมีผลนำไปสู่ความตระหนักรู้ในที่สุด และทั้งความรู้ และความตระหนักรู้ นี้ ก็จะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ต่อไป (Good, 1973) สอดคล้องกับแนวคิดของBreckler (1986) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ คือ ความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ดังการศึกษาของอูมาพร แซ่กอ (2552) พบว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกุญแจสำคัญที่สามารถลดอัตราการพิการ ภาวะโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ รวมทั้งการศึกษาของ (กษมา เชียงทอง, 2554) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนภัยของโรค ช่วยลดโอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทันทีที่และผลกระทบจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร่งด่วนภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่ภาวะเนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลันได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด



สมอง และความดันโลหิต ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโตะหมิง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และด้านอารมณ์หรือการจัดการความเครียด โดยใช้กระบวนการสร้างความตระหนักรู้แก่กลุ่มเป้าหมายซึ่งการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลดอัตราการอุบัติการณ์ภาวะโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ และมุ่งหวังว่าการศึกษาี้ จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างความตระหนักในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

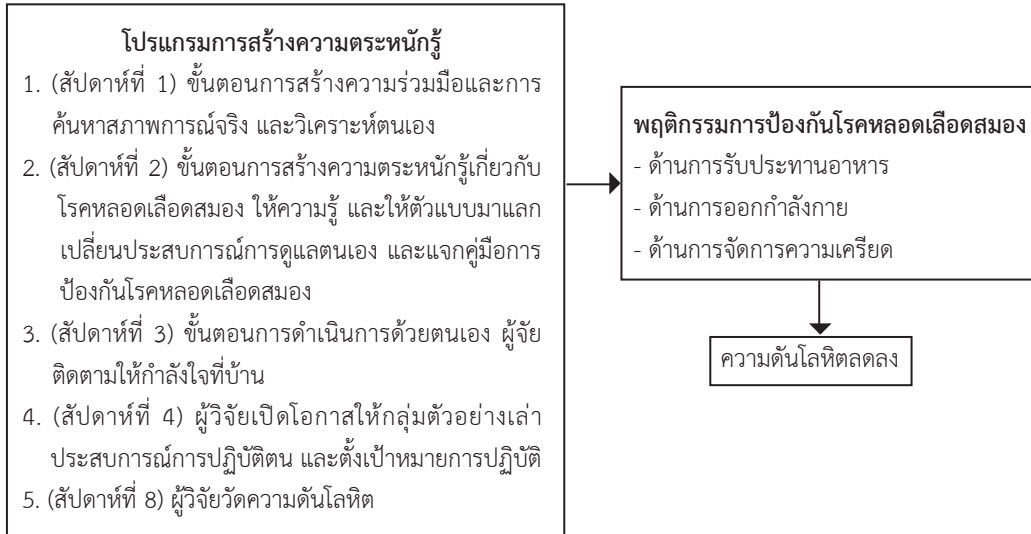
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ และหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิต ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการตระหนักรู้ตามแนวคิดของ Breckler (1986) กล่าวถึงความตระหนักรู้ของบุคคลว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า คือ ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ต่าง ๆ จะก่อให้เกิดความรู้สึกสำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ จำแนกและรับรู้เป็นพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ ความสำนึก ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของความตระหนักรู้มี 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ค่านิยมความเชื่อ และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ โดยความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ความเชื่อหรือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ พฤติกรรมเป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้าหรือแนวโน้มที่บุคคลปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม โดยผู้วิจัยได้นำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มาเป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง จ.ตรัง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินผลก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม (One Group Pre-Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโตะหมิง อ.เมือง จ.ตรัง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) เป็นเพศชาย และเพศหญิง 3) ได้รับการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (2550) เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง คือ มีปัจจัยเสี่ยงซึ่ง 2 ข้อขึ้นไป 4) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ 5) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกครั้ง 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ จำนวนทั้งหมด 127 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusions Criteria) คือ ขณะเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ เช่น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาโตะหมิง อ.เมือง จ.ตรัง โดยได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (Power of Test)=0.8 ค่าอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect Size)=1.15 จากผลการวิจัยของประเสริฐ มงคลศิริ, อัจฉรพรรณ คำยาดี และธิดารัตน์ ชามูตะชะยะ (2557) และจากการใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Daniel, 2014) ได้จำนวน 22 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง ขณะดำเนินการทดลอง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 26 คน (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ





## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ โดยสร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด Breckler (1986) ประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ 2) แผนการสอนเรื่องภาวะโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) คู่มือการสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเนื้อหาประกอบด้วย การป้องกันตนเองด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียดซึ่งได้ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คือ .87 และนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินแผนการสอนคู่มือ และทดสอบความเป็นปรนัย ดูความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท (Mercury Sphygmomanometer) ยี่ห้อ MAC รุ่น 800 จำนวน 1 เครื่อง และเครื่องหูฟัง (Stethoscope) ยี่ห้อ DULUX จำนวน 1 อัน ทหาความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ (Test-Retest) กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคนเดิม 2 ครั้ง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 และผู้วิจัยคนเดิมเป็นคนวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดิมตลอดการวิจัย เพื่อประเมินความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยก่อนวัดทุกครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบ เป็นเวลา 15 นาทีแล้วจึงวัด และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของบุญพิสิฐรัช ธรรมกุล (2554) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ บ่อยที่สุด บ่อย นาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ข้อคำถามทั้ง 3 ด้าน ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .89 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ แบบสอบถามด้านความรู้ ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถามของอุมพร แซ่กอ (2552) โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการเตือน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ แบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลง มาจากแบบสอบถามของ อุมพร แซ่กอ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย และแบบสอบถามความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงแบบสอบถามของอุมพร แซ่กอ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ เห็นด้วย

เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย โดยข้อความทั้ง 3 ด้าน ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .89, .84 และ .91 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .80 และ .82 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโตะหมิง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ช่วงบ่ายครั้งละ 2 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ และติดตามหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ และการค้นหาสภาพการณ์จริงใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยตรวจวัดความดันโลหิต และแจกแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) ให้กลุ่มตัวอย่าง และให้แต่ละคนวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างจัดกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน เขียนสรุปข้อมูลในกระดาษ Flip Chart เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันและต่างกัน และให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ พร้อมกับผู้วิจัยสรุปเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันและต่างกันของกลุ่มใหญ่ลงใน Flip Chart อีกครั้ง จากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มเดิมเขียนแนวทางในการป้องกัน หรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในกระดาษ Flip Chart และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ โดยผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเขียนแนวทางการป้องกัน หรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มใหญ่

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นตอนการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามความตระหนักรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ด้าน และเปิดวิดีโอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กลุ่มตัวอย่างดู และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นใน Flip Chart เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ต้นแบบที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถดูแลตนเองได้ มาเล่าประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตนเอง เปรียบเทียบกับต้นแบบที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเขียนสรุปในกระดาษ Flip Chart และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยประกอบไปด้วยการป้องกันใน 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด พร้อมแจกคู่มือการป้องกันตนเอง ไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้านได้

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง ผู้วิจัยติดตาม ให้กำลังใจ และประเมินการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซักถาม พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลจากการทำแบบสอบถาม ประเมินความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) และวางแผนแนวทางปฏิบัติ เป็นรายบุคคลที่บ้าน

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง เล่าประสบการณ์การปฏิบัติตน ทั้งที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจและหาแนวทางแก้ไข แจกแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Post-test)





ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ตรงกับวันนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโตะหมิง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยผู้วิจัยวัดความดันโลหิต พร้อมแจ้งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ จากนั้นผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Tests of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk ทดสอบเนื่องจากขนาดตัวอย่างน้อยกว่า 50 ได้ค่าเท่ากับ .122 และ .566 ตามลำดับ
3. เปรียบเทียบความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ และหลังการได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Tests of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk ทดสอบเนื่องจากขนาดตัวอย่างน้อยกว่า 50 ได้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนและหลังเท่ากับ .703 และ .275 ตามลำดับ และได้ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังเท่ากับ .812 และ .335 ตามลำดับ

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติ หมายเลข 6/2558 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2558

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 26 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.92 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 61.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 84.62 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.46 และได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 38.46 มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-159 mmHg มากที่สุดร้อยละ 76.92 ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 86-89 mmHg มากที่สุด ร้อยละ 69.23

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

**ตาราง 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair t-test

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		หลังการเข้าร่วม		df	t	P-value
	โปรแกรม		โปรแกรม				
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง	25.65	4.01	29.15	3.33	25	3.093	.005

$p < .05$

จากตาราง 1 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองมีค่า ( $M=29.15, SD=3.33$ ) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ( $M=25.65, SD=4.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=3.093, df=25$ )

3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน โดยใช้สถิติ Pair t-test

ตัวแปร	ความดันโลหิตซิสโตลิก					ความดันโลหิตไดแอสโตลิก				
	M	SD	df	t	p-value	M	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	148.31	6.88	25	6.697	.000	88.95	4.60	25	4.236	.000
หลังเข้าร่วมฯ 1 เดือน	144.31	5.45				85.08	3.63			

$p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ 1 เดือน ( $M=144.31, SD=5.45$  และ  $M=85.08, SD=3.63$  ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $M=148.31, SD=6.88$  และ  $M=88.95, SD=4.06$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=6.697, df=25$  และ  $t=4.236, df=25$  ตามลำดับ)

### อภิปรายผล

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองมีค่า ( $M=29.15, SD=3.33$ ) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ( $M=25.65, SD=4.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=3.093, df=25$ ) ทั้งนี้ เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกัน โดยผู้วิจัยใช้สื่อวีดิทัศน์ การบรรยาย กระบวนการกลุ่ม และการเรียนรู้ประสบการณ์ผ่านตัวแบบที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับสิ่งรู้คือ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองผ่านประสาทสัมผัสทางตา และทางหูไปพร้อม ๆ กันซึ่งจะทำให้จำง่ายและจำได้เป็นเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของญันท์ วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ (2559) พบว่า หลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบสื่อที่พัฒนาขึ้น เช่น วีดิทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นแม่เหล็กติดตู้เย็น ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรค



หลอดเลือดสมอง และอาการเตือนแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งในขั้นตอนการสร้างความตระหนักรู้ นั้น จะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือสัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วก็จะเกิดการรับรู้ขึ้น เมื่อเกิดการรับรู้แล้วต่อไปก็จะนำไปสู่การเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้านั้น และนำไปสู่การเรียนรู้เป็นขั้นต่อไป ก็จะมีผลนำไปสู่ความตระหนักรู้ในที่สุด และทั้งความรู้และความตระหนักรู้ก็จะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ต่อไป (Good, 1973) สอดคล้องกับแนวคิดของBreckler (1986) กล่าวว่า เหตุการณ์ สภาพแวดล้อม ในสังคม หรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ความเข้าใจ อารมณ์และความรู้สึกต่อค่านิยม ความเชื่อจะเป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้าดีหรือไม่ดี และพฤติกรรมเป็นการแสดงออก ทั้งทางวาจา กริยา ท่าทาง ที่มีต่อสิ่งเร้า หรือแนวโน้มที่บุคคลจะทำ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ คือ ประสบการณ์ที่มีต่อการรับรู้ ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อม ความใส่ใจในการให้คุณค่า ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ถ้าได้รับรู้บ่อยครั้ง หรือเป็นเวลานาน ก็ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดความตระหนักรู้ได้มากขึ้น ดังนั้น ในโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ ผู้วิจัยได้มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม จะมีการร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นการให้ความรู้ในลักษณะการพูดคุยถึงปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จุฬารัตน์ โสตะ, 2543) อีกทั้ง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ สนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายาม ที่จะปฏิบัติตนให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เพิ่มความใส่ใจในการให้คุณค่าจากสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการกระตุ้น รวมทั้งการแจกคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้เมื่ออยู่ที่บ้าน จะช่วยให้เกิดการคงอยู่ของสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักรู้ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของGood (1973) พบว่า การรับรู้มีผลต่อความตระหนักรู้ รวมทั้งการศึกษาของกษมา เที่ยงทอง (2554) พบว่า การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล (2554) พบว่า ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งการศึกษาของวัฒนศักดิ์ สุกใส (2555) พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ 1 เดือน ( $M=144.31$ ,  $SD=5.45$  และ  $M=85.08$ ,  $SD=3.63$  ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $M=148.31$ ,  $SD=6.88$  และ  $M=88.95$ ,  $SD=4.06$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=6.697$ ,  $df=25$  และ  $t=4.236$ ,  $df=25$  ตามลำดับ) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ตามแนวคิดของ Brecker (1986) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสะท้อนคิด

ด้วยตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทุกราย เข้าใจสถานการณ์ตนเอง สามารถคิด วิเคราะห์แยกแยะปัญหาต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าว ทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้และมีความรู้เพิ่มขึ้น (Rafael & Adeline, 2001) และเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรม เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกันนาน 1 เดือน และหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ยังคงมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด รวมทั้งได้รับการกระตุ้น ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ร่วมค้นหาปัญหา และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันกับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่แท้จริง และร่วมหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้น ก็จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับการรับประทานยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษาที่มีค่าลดลง (ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยลดลง 4 mmHg ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลง 3.87 mmHg) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของชลธิรา กาวโรสง (2555) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้ รวมทั้งการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น ก็จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของเอี่ยมศิริ กิจประเสริฐ, จรรยา สันตยากร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปรกรณ์ ประจัญบาน (2554) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าเดิม

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ นับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิต ที่ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรม โดยใช้แนวคิดของ Breckler (1986) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยกัน ทำให้เกิดความมั่นใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีค่าความดันโลหิตลดลงซึ่งอาจทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลงไปด้วย

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ด้านการศึกษา นำผลจากการวิจัยไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักรู้เพื่อเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องต่อไป



## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ในระยะยาว เป็นเวลา 1 ปี ขึ้นไปและมีการติดตามทุก 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก เพื่อให้มีการเปรียบเทียบถึงผลการทดลองอย่างชัดเจน

## รายการอ้างอิง

- กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอออยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2543). *แนวคิด ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสุขภาพ*. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลธิรา กาวไธสง. (2555). *ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐ วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ชนสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2): 100-115.
- ทิพรัตน์ วงศ์ลาธน์. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการคัดกรอง การส่งต่อ และความพึงพอใจของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2): 149-164.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และลินดา จำปาแก้ว. (2557). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- บุญพิสิษฐ ธรรมกุล. (2554). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเสริฐ มงคลศิริ, อัจฉรพรรณ คำยาดี และจิรรัตน์ ชาญตะบะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อ.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี. *วารสารศูนย์การศึกษา แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 3(31): 205-219.



- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโตะหมิง. (2557). รายงานทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. ตรัง.
- วัฒนศักดิ์ สุกใส. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต) สำหรับประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2558). ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นเมื่อ 10 พ.ย. 58 จาก [www.tro.moph.go.th/provis/main/index.php](http://www.tro.moph.go.th/provis/main/index.php); 2558.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ข้อมูลสถิติ. สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 58 จาก URL:<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
- เยี่ยมศิริ กิจประเสริฐ, จรรยา สันตยากร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปรกรณ์ ประจัญบาน. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเครือญาติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3): 29-38.
- อุมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา. (2557). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 6(2): 19-23.
- Breckler, S. W. (1986). *Attitude Structure and Function*. New York: L Erlbaum Association.
- Daniel, S. (2014). *Free Statistic Calculators: A-Priori Sample Size Calculator for Student t-test*. Retrieved May 8, 2016 from <http://danielsoper.com/statcalc/default.aspx>.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Polit, F. D. & Hungler, P. B. (1999). *Nursing Research: Principle and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Rafael, Fand Adeline, R. (2001). Empowerment as a Process of Evolving Consciousness: A Model of Empowered Caring. *Advance Nursing Science*, 24(1): 1-16.