

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้  
PRECEDE PROCEED Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสถานีนามัยเฉลิมพระ  
เกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566  
The effectiveness of behavioral change for stroke prevention program  
applying PRECEDE PROCEED Model in patients with hypertension of Ban  
Nongyai Queen Sirikit health center Satuek District, Buriram Province, year  
2023

ไกรฤกษ์ ยานรัมย์<sup>1</sup>

สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านหนองใหญ่

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE PROCEED Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมอาการไม่ได้ของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566 ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมตามชุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมอาการไม่ได้ จำนวน 34 คน ประเมินผลโดยแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 11 มาตรการ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระดับความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ในการปฏิบัติตนและการรับรู้อำนาจในตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูล การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการกินยาและการมาตามนัด ของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทุกประเด็น มีข้อเสนอแนะว่าโปรแกรมฯจะมีประสิทธิผลในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ควรออกแบบให้เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองในการป้องกันโรคและลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฯเป็นอันดับแรกแล้วใช้แนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพมาเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลส่งเสริมการคิดวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพให้ อสม. ช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง อีกทั้งบูรณาการ เข้ามักับงานคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืน

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง/ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / PRECEDE PROCEED Model

<sup>1</sup> ผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหนองใหญ่ ตำบลหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์  
e-mail : pong\_nongyai@hotmail.com

**The effectiveness of behavioral change for stroke prevention program applying PRECEDE PROCEED Model in patients with hypertension of Ban Nongyai Queen Sirikit health center Satuek District, Buriram Province, year 2023**

Krairuek Yanram

Ban Nongyai Queen Sirikit Health Center, Buriram

**Abstract**

This Quasi-experimental research aimed to identify effectiveness of 12-week behavioral modification program to prevent stroke applying PRECEDE-PROCEED Model among 34 uncontrolled hypertension patients in Ban Nong Yai Queen Sirikit Health Center, Buriram. The evaluation tool was questionnaire containing 11 measurements. The results showed significant improvement (at 95 percent CI) of knowledge, perceived risk-severity-barriers-benefits, self-efficacy in stroke prevention, satisfaction in social supports, information and service accessibility, eating behavior, medication and treatment related behavior. In order to assure the effectiveness for behavioral modification program to prevent stroke, these were recommendations including: to start the program by activity improving self-efficacy and reducing perceived barriers; to improve health communication by utilizing health literacy concept to support suitable health related decision making for self-management; to develop community health volunteers' competency to become another crucial social support; and to integrate the program into Primary Care Cluster routine for sustainability of behavioral modification.

**Keywords** : Stroke, Behavioral modification program, PRECEDE PROCEED Model.

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลกปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้ เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือพิการเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ของ ผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา [1] รวมถึงประเทศไทย สำหรับสถานการณ์ของโรคนี้ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อแสนประชากร หรือร้อยละ 2 โดยประมาณ [2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ก็จะมีผู้ป่วยโรคนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี

สำหรับคุณภาพการรักษาของประเทศไทย เคยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วย 100 คนที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้าน จะเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 5 หายใจล้มเหลวปกติร้อยละ 25 พิกการร้อยละ 70 ซึ่งอัตราการตายจะน้อยลงตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป นอกจากความพิการทางกายแล้ว ยังมีผลต่อความคิด การวางแผน ความจำ ทำให้เกิดความจำเสื่อมในเวลาต่อมา ซึ่งประเด็นผลสืบเนื่องด้านความจำเสื่อมที่เกิดขึ้นนี้มักถูกมองข้ามไปในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ดังนั้นเมื่อพิจารณาในมุมของภาระโรคแล้วโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพสูงเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ โดยทำให้เพศชายสูญเสียสุขภาพไปร้อยละ 6.6 ทำให้เพศหญิงสูญเสียสุขภาพไปถึงร้อยละ 7.8 [3] และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการตายถึง 53 ต่อแสนประชากรที่ตายทั้งหมดในประเทศไทยในปี 2562 [4] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเสนอแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579 โดยมุ่งเน้นให้ลดอัตราเพิ่มของการเกิดโรคดังกล่าว ชำงต้น

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ของ Green และ Kreuter [5] ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การจัดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต้องคำนึงถึงทั้งปัจจัยบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่ประกอบไปด้วยปัจจัยนำ (เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) ปัจจัยเสริมแรง (เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลสุขภาพ) และปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) [6-7] นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองว่า ควรออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทความรู้ (literacy) และ ความเสี่ยง (risk) ของแต่ละบุคคลด้วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยในลักษณะนี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ PRECEDE Model ซึ่งเป็นการจัดการที่เน้นหนักไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของรายบุคคลเป็นสำคัญ แม้งานวิจัยหลายชิ้นระบุถึงการออกแบบชุดกิจกรรมที่เป็น PROCEED Model ด้วย แต่ก็มิได้เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล (Policy Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environment Development) เชิงบูรณาการอย่างยั่งยืน ดังนั้น สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามินทราชนิ บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จึงต้องการประยุกต์ใช้ PRECEDE- PROCEED Model ในการออกแบบชุดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้ความสำคัญในการจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงระบบแบบบูรณาการด้วยการใช้หลักการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะเป็นปัจจัยเสริมแรง (เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลสุขภาพ) และปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลได้อย่างยั่งยืน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE PROCEED Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมอาการไม่ได้ของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 1 กลุ่ม ทำการประเมิน ก่อน-หลังให้ intervention (One group quasi-experimental design : pre-posttest)

### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมอาการไม่ได้ของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทรราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566 ที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ตามทะเบียนผู้ป่วย จำนวน 34 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**Intervention** คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE PROCEED Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (โปรแกรมฯ) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและทีมงานตามโครงสร้างทฤษฎี PRECEDE PROCEED Model ที่เน้นกระบวนการระยะเวลาที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ 12 สัปดาห์ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิจารณ์

**เครื่องมือประเมินผล** คือ แบบสอบถาม ที่ครอบคลุม 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) มาตรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) มาตรการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 5) มาตรการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6) มาตรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 7) มาตรการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 8) มาตรการแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 9) มาตรการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งต่างๆเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 10) มาตรการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 11) มาตรการวัดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ดัดแปลงมาจากงานวิจัย [8] ของ รศ. ปาหนัน พิษยทัญญู รศ. สุนีย์ ละกะปิ่น รศ. ดุสิต สุจิรารัตน์ และ รศ. วันเพ็ญ แก้วปาน และทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผู้วิจัย ได้ทำการปรับข้อคำถามในด้านความชัดเจนของเนื้อหาและภาษาและตรวจสอบความเชื่อมั่น ตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีของ คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20: KR20) เท่ากับ 0.87 และตัวแปรด้านการรับรู้ วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราซ (Conbrach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยในการให้สุศึกษาตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และทำการประเมิน Pre-test กลุ่มเป้าหมายด้วยแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือประเมินผล จากนั้นทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการให้สุศึกษาตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพและแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เหมาะสม ตามระดับความพร้อม (stage of change) โดยพิจารณาจากค่าคะแนนการตอบแบบสอบถาม เป็นความพร้อมระยะที่ 1 ระยะก่อนการพิจารณา และ ความพร้อมระยะที่ 2 ระยะพิจารณาไตร่ตรอง

สัปดาห์ที่ 2 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยชี้ให้เห็นอันตราย ความรุนแรง และความเสียหาย เพื่อทบทวนความรู้ เน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักและตื่นตัวใส่ใจกับปัญหาและ ประโยชน์ในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างความตระหนักตื่นตัวให้เกิดขึ้น โดยการบรรยาย ประกอบสื่อวีดิทัศน์ที่เสนอตัวแบบด้านลบ โดยผู้เข้าร่วม กิจกรรมจะต้องพญาติมาร่วมฟังบรรยายด้วย เพราะญาติ จะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยที่บ้านได้ทุกวัน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมจะทำการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้สรุปประเด็นความรู้ที่ได้รับ พร้อมด้วยให้ ประเมินตนเอง ความเสี่ยงของตนเองต่อโรคหลอดเลือด สมอง และจะทำการประเมินความพร้อม สู่ระยะที่ 3 (เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ) ด้วยการพูดคุยซักถามโดยผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 3 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 จัดขึ้นในระยะ ที่ 3 (เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ) โดยเป็นการมุ่งใจและ กระตุ้นให้ เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง ด้วยการนำเสนอตัวแบบด้านบวก เป็น ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีผลการรักษาดี และสามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ พร้อมทั้งอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ฝึกการสังเกตและประเมินพฤติกรรมตนเอง แจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมพร้อมทั้ง คำแนะนำใน การลงบันทึกเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยจะสอบถาม ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง

สัปดาห์ที่ 4 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 จัดขึ้นในระยะ ที่ 4 ระยะปฏิบัติ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง ด้วยการบรรยาย การสาธิต และฝึกปฏิบัติใน การเลือก อาหารรับประทานที่เหมาะสม การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมโดยการเดินเร็ว การผ่อนคลายความเครียดด้วย การนั่งสมาธิ และการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 5 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 5 จัดขึ้นในระยะ ลงมือปฏิบัติ โดยใช้การอภิปรายกลุ่มในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติของแต่ละคน สรุป ปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติไม่สำเร็จ ร่วมกันปรับ แผน ในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 6 การจัดกิจกรรมครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 6) เพื่อสรุปและประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งตอบข้อซักถาม และทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณหลังการทดลองด้วยแบบประเมินผลชุดเดิม และ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการ สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ

สัปดาห์ที่ 7-11 การให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะออกติดตามเยี่ยม บ้าน เริ่มในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นเตือน ให้ คำปรึกษาและคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกัน โรค หลอดเลือดสมอง ในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะใช้ เวลา 20 นาทีต่อคน รวมจำนวนครั้งที่ออกเยี่ยมบ้านทั้งหมด 5 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 3-12 การให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากญาติของผู้ป่วยเองที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งใน สัปดาห์ที่ 2 ที่จัดอบรมความรู้จะต้องมีญาติท่านนี้ของผู้ป่วยเข้ารับการอบรมด้วย โดยแรงสนับสนุนจากญาติ สามารถ กระทำได้อย่างต่อเนื่องทุกวันที่บ้าน ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ และภายในสัปดาห์ที่ 12 นี้ นักวิจัย และผู้ช่วยทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณหลังการทดลองด้วยแบบประเมินผลชุดเดิมเพื่อดูความต่อเนื่องและยั่งยืนของ พฤติกรรม และ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

**ข้อมูลเชิงปริมาณ** 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ใช้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test แล้ว วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อน และ หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง ด้วยสถิติ Paired T-test ด้านการรับรู้ แรงสนับสนุน การได้รับข้อมูล การเข้าถึงบริการ และพฤติกรรม การ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test

## ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ด้วย Content analysis

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการไม่ได้ จำนวน 34 คน กว่าครึ่งเป็นผู้หญิง (ร้อยละ 58.8) มีอายุเฉลี่ยที่ 64.53 ปี (SD 11.271) อายุน้อยที่สุด 41 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ (ร้อยละ 97.1) มีสถานภาพสมรสและใช้ชีวิตอยู่กับคู่ครอง (ร้อยละ 61.8) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94.1) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 67.6) เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ มีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ย 1879.41 บาทต่อเดือน (SD 1320.188) รายได้ส่วนตนน้อยที่สุดอยู่ที่ 600 บาทต่อเดือน รายได้ส่วนตนมากที่สุดอยู่ที่ 5000 บาทต่อเดือน มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 4708.82 บาทต่อเดือน (SD 1771.725) รายได้ครอบครัวน้อยที่สุดอยู่ที่ 2000 บาทต่อเดือน รายได้ครอบครัวมากที่สุดอยู่ที่ 8500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 97.1 ของกลุ่มเป้าหมายทำอาหารกินเองที่บ้าน โดยผู้ทำอาหารคือผู้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิง (แม่ ภรรยา ลูกสาว) ร้อยละ 76.5 ของกลุ่มเป้าหมายมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 52.9) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 35.3) โรคหัวใจ (ร้อยละ 2.9) โรคไต (ร้อยละ 2.9) ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ 9.91 ปี (SD 8.864) ระยะเวลาสั้นที่สุดของการเป็นโรคคือ 1 ปี ระยะเวลาสั้นที่สุดของการเป็นโรคคือ 30 ปี Mode อยู่ที่ 13 ปี (ร้อยละ 38.2) กลุ่มเป้าหมายที่มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคไต และ Stroke คิดเป็น ร้อยละ 50, 29.4, 11.8, 8.8, และ 5.9 ตามลำดับ เพียงร้อยละ 14.7 ของกลุ่มเป้าหมายที่เคยนอนโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง และ ร้อยละ 30.5 ของกลุ่มเป้าหมายที่บอกว่ามีแพทย์พยาบาลมาดูแลที่บ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

**ผลการประเมินก่อนโปรแกรม (pre test) ที่ช่วยออกแบบกิจกรรมและสื่อในโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้**

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.1) บอกว่าใน 1 เดือนข้างหน้าต้องการข้อมูลเพื่อการดูแลตัวเอง ในประเด็นดังต่อไปนี้ เรียงจากมากไปน้อย 1) วิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการรุนแรง เช่น เป็นลม หหมดสติ ใจสั่น เป็นต้น (ร้อยละ 73.3) 2) ชนิดและปริมาณอาหาร (ร้อยละ 64.6) 3) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 61.6) 4) การจัดการความเครียด (ร้อยละ 49.7) 5) วิธีการกินยา (ร้อยละ 20.5) 6) วิธีการเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 5.8) และ 7) วิธีการเลิกสุรา (ร้อยละ 2.9) ตามลำดับ

ผลการประเมินความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจผิดว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีภูมิต้านทานป้องกันการเป็นซ้ำได้ ไม่รู้ว่าถ้าพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองลูกจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เข้าใจว่าน้ำหนักต่ำกว่าปกติหรือผอมเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าน้ำหนักเกินหรืออ้วน ไม่รู้ว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และไม่คิดว่าอาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด และอาการหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมงก็ถือเป็นอาการหรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ผลประเมินการรับรู้ก่อนเข้าโปรแกรมพบว่า

- กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความเสี่ยงว่าตนเองมีโอกาสดเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตมากกว่าคนที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ การรับรู้ความเสี่ยงว่าตนเองมีโอกาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดสมองแตกได้ ได้ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าประเด็นการรับรู้ความเสี่ยงอื่นๆ

- กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความรุนแรงว่าการเป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาตหรือโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ตนเองทำงานไม่ได้ และการรับรู้ความรุนแรงว่าโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ตนเองเสียชีวิตได้ ได้ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าประเด็นการรับรู้ความเสี่ยงอื่นๆ
- การรับรู้ว่าการจำกัดปริมาณอาหารที่รับประทาน และการลดการรับประทานอาหารเค็ม มัน รวมไปถึงการออกกำลังกาย เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าอย่างอื่น
- การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนักต่อภาวะโรค และการรับรู้ประโยชน์จากการออกกำลังกายยังน้อยกว่าประเด็นอื่นๆ
- การรับรู้อำนาจใจตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประเด็น การควบคุมการกินอาหารให้ตรงเวลา การควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม มัน และการจัดการการออกกำลังกายของตนเอง ได้คะแนนน้อยกว่าประเด็นอื่นๆ

ผู้วิจัยจึงได้นำจัดการออกแบบกิจกรรมและพัฒนาสื่อของชุดโปรแกรมการปรับเปลี่ยน ให้มีเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย เน้นย้ำในจุดที่ควรเพิ่มเติมความรู้ แกไขความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในจุดที่กลุ่มเป้าหมายยังไม่ตระหนัก รวมทั้งพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในจุดที่กลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าเป็นอุปสรรค รวมถึงช่วยตั้งเป้าหมายระยะสั้นๆที่กลุ่มเป้าหมายแต่ละคนสามารถไปได้ถึงภายในระยะเวลาดำเนินการของชุดโปรแกรมเพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้เห็นถึงประโยชน์ของการลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนและเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้

#### ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและการรับรู้อำนาจใจตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูล การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการกินยาและการมาตามนัด ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทุกประเด็น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

มีข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองนั้น มีเพื่อน/ญาติ ที่เป็นโรคเดียวกัน เป็นแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเองที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือ สื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และ คนในครอบครัว ตามลำดับ และเมื่อประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯแล้ว แหล่งข้อมูลในการดูแลตนเองที่สำคัญที่สุดสองอันดับแรกก็ยังคงเป็น เพื่อน/ญาติ ที่เป็นโรคเดียวกัน และ สื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เช่นเดิม แต่เพิ่มเติมให้อสม. และ บุคลากรสาธารณสุข เป็นช่องทางที่ตนเองได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยคะแนนเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนมีโปรแกรมฯ

ในส่วนของการเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติตนนั้น กลุ่มเป้าหมายระบุว่า การที่ อสม. ในเขตที่ตนเองอาศัยอยู่ มาติดตามอาการและคอยวัดความดันโลหิตให้อย่างสม่ำเสมอ รวมถึง การเยี่ยมบ้านของแพทย์หรือพยาบาลนั้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและเป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้พวกเขาสามารถจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

พฤติกรรมการกินที่กลุ่มเป้าหมายจัดการตนเองได้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เรียงตามลำดับมากไปน้อย ได้แก่ เพิ่มการกินผักใบเขียว ลดการเติมนมและน้ำตาลในกาแฟ ลดปริมาณข้าว ลดการเติมน้ำปลา/น้ำตาล/พริกในอาหาร ลดการกินเนื้อสัตว์แปรรูป/เนื้อสัตว์ติดมัน ลดการกินอาหารทอด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ลดการกินผลไม้รสหวาน ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการกินที่กลุ่มเป้าหมายจัดการตนเองได้น้อยที่สุดคือการลดการกินขนมที่มี

กะทิ นอกจากนี้หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมมาตรวจ/มารับยาตามแพทย์นัด และการตรวจคัดกรองตามคำแนะนำของแพทย์ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก



ตารางที่ 1: เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและการรับรู้อำนาจในตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจในแรงสนับสนุน การได้รับข้อมูล การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการกินยาและการมาตามนัด ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประเด็น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	คะแนนเต็ม	Mean	SD	Mean	SD	P
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	12	5.97	3.362	11.21	0.880	<0.001 <sup>a</sup>
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	20	13.97	2.455	18.60	2.103	<0.001 <sup>b</sup>
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	20	15.62	2.730	18.53	1.581	<0.001 <sup>b</sup>
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	65	34.29	6.088	25.47	3.933	<0.001 <sup>b</sup>
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	40	28.18	4.282	35.12	2.993	<0.001 <sup>b</sup>
การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	50	34.38	5.187	40.97	3.981	<0.001 <sup>b</sup>
ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนทางสังคม	25	21.38	2.174	23.74	1.711	<0.001 <sup>a</sup>
การได้รับข้อมูลสุขภาพ	25	9.56	2.135	13.47	3.212	<0.001 <sup>b</sup>
การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน	45	17.38	3.455	21.97	4.366	<0.001 <sup>b</sup>
พฤติกรรมการกิน	75	60.56	4.322	65.18	3.597	<0.001 <sup>b</sup>
พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามแพทย์นัด	16	10.09	2.006	15.94	0.343	<0.001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Paired T-test <sup>b</sup> Wilcoxon Signed Rank test

**พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่**

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 64.7) และ ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 73.5) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2 เมื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ามีคนเลิกดื่มสุรา 1 คน และมีคนเลิกสูบบุหรี่ 2 คน

**ตารางที่ 2: ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ก่อน และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ**

พฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
การดื่มสุรา	ยังดื่มสุราอยู่	14.70
	เลิกดื่มสุราแล้ว	20.6
	ไม่เคยดื่มสุรา	64.7
การสูบบุหรี่	ยังสูบบุหรี่อยู่	14.70
	เลิกสูบบุหรี่แล้ว	11.8
	ไม่เคยสูบบุหรี่	73.5

**พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย/ออกกำลังกาย**

การวิจัยนี้ประเมินพฤติกรรมออกกำลังกาย/ออกกำลังกาย ในรูปแบบการประเมิน MET ซึ่งย่อมาจาก Metabolic Equivalent เป็นหน่วยบอกจำนวนเท่าของการใช้พลังงานในกิจกรรมใดๆ เทียบกับขณะนั่งพัก ซึ่งเท่ากับ 1 MET ยกตัวอย่างเช่น การเดินขึ้นบันไดจะใช้พลังงาน 8 เท่าของขณะพักหรือ 8 MET การแปลผล กิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ และ/หรือ กิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ หรือรวมกัน โดย กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย ซึ่งทำให้หายใจเร็วพอควรแต่ไม่ถึงกับหอบ ยังพูดเป็นประโยคได้ เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ยกของเบา ว่ายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล (4 MET) กิจกรรมทางกายระดับหนัก คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วมากกว่าปรกติหรือหอบ จนพูดเป็นประโยคไม่ได้ ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที เช่น วิ่ง ยกหรือแบกของหนัก การชกดิน วิ่ง เล่นฟุตบอล เป็นต้น (8 MET) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 5.9 เท่านั้นที่ยังออกกำลังกาย/ออกกำลังกายไม่พอ แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯแล้วกลุ่มเป้าหมายทุกคน มีกิจกรรมทางกายที่ทำให้เกิดการออกกำลังกาย/ออกกำลังกายได้อย่างเพียงพอ

**ผลทางคลินิก**

ผลทางคลินิกที่ผู้วิจัยติดตามเพื่อใช้เป็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Outcome) ยืนยันการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงที่เชื่อว่าจะเกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

1) BMI (Body Mass Index) ซึ่งพบว่า ระดับ BMI ของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่อยู่ในระดับท่วม (โรคอ้วนระยะที่ 1) ลดลง จาก ร้อยละ 5.9 เป็น ร้อยละ 2.9 ในขณะที่ ระดับ BMI ของกลุ่มเป้าหมายที่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่อยู่ในกลุ่มผอม เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 8.8 เป็น ร้อยละ 11.8

2) เส้นรอบเอว พบว่าร้อยละ 2.9 ของกลุ่มเป้าหมายมีเส้นรอบเอวลดลง 3 ซม. ร้อยละ 14.7ลดลง 2 ซม. และ ร้อยละ 29.4 ลดลง 1 ซม. แต่หากจัดแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มที่มีเส้นรอบเอวเกินและเส้นรอบเอวปรกตินั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3) ความดันโลหิต กลุ่มเป้าหมายทุกคนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และหากจัดกลุ่มระดับความรุนแรงของอาการป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วย ปิงปอง จราจร 7 สี จะพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดอยู่ในกลุ่มสีเหลืองเมื่อทำการประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯทุกคนย้ายมาเป็นกลุ่มสีเขียว

4) ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯร้อยละ 55.88 ของกลุ่มเป้าหมายมีระดับ FBS เกินค่ามาตรฐาน ซึ่งร้อยละ 31.58 ของผู้ป่วยเหล่านี้ (6 คนจาก 19 คน) มีระดับ FBS อยู่ในระดับปรกติภายหลังเข้าร่วม

โปรแกรมฯ นอกจากนี้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร้อยละ 23.53 ของกลุ่มเป้าหมายมีระดับ HbA1C เกินค่ามาตรฐาน ซึ่งร้อยละ 37.50 ของผู้ป่วยเหล่านี้ (3 คนจาก 8 คน) มีระดับ HbA1C อยู่ในระดับปรกติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

5) ระดับไขมันในเลือด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร้อยละ 20.59 ของกลุ่มเป้าหมายมีระดับ Cholesterol เกินค่ามาตรฐาน ซึ่งร้อยละ 57.16 ของผู้ป่วยเหล่านี้ (4 คนจาก 7 คน) มีระดับ Cholesterol อยู่ในระดับปรกติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อพิจารณา Lipid profile พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร้อยละ 5.88 ของกลุ่มเป้าหมายมีระดับไขมันเลว คือ LDL เกินค่ามาตรฐาน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีระดับ LDL ลดลงมาอยู่ในระดับปรกติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่พบว่ายังมีกลุ่มเป้าหมาย 1 รายที่กลับมี LDL เพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับเกินมาตรฐาน ส่วนระดับไขมันดี หรือ HDL นั้น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร้อยละ 44.12 ของกลุ่มเป้าหมายมีระดับ HDL ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ซึ่งร้อยละ 73.33 ของผู้ป่วยเหล่านี้ (11 คนจาก 15 คน) มีระดับ HDL เพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับที่ดีภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

6) ระดับ BUN และ Creatinine ของกลุ่มเป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลง

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อน และ หลัง เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ในการปฏิบัติตนและการรับรู้อำนาจในตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูล การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการกินยาและการมาตามนัด ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทุกประเด็น ทั้งนี้เนื่องมาจากว่า ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มเป้าหมายปรุงอาหารรับประทานเอง โดยมีตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ปรุง อีกทั้งผู้วิจัยยังให้นำสมาชิกในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมาเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ด้วย จึงทำให้สามารถจัดการชนิดอาหารประเภทอาหาร ปริมาณอาหาร และรสชาติของอาหารได้ง่าย นอกจากนี้ เมื่อกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่จะสามารถช่วยให้เกิดการออกกำลังกาย ใช้กำลังในระดับที่ส่งผลดีต่อร่างกายแล้ว กลุ่มเป้าหมายทุกคน จึงจัดกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีกิจกรรมทางกายที่ทำให้เกิดการออกกำลังกาย/ออกกำลังกายได้อย่างเพียงพอสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุราได้นั้นเป็นเพราะตัวเขาเองมีความตั้งใจที่จะเลิกและพยายามที่จะเลิกด้วยตนเองอยู่แล้วเพียงแต่ยังไม่สำเร็จดังนั้นโปรแกรมฯ นี้เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้พวกเขาเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น เข้าถึงบริการคลินิกเลิกบุหรี่/เลิกเหล้า ช่วยเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยประเมินผล คอยเสริมกำลังใจและกระตุ้นเตือน จาก อสม. และบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นจะเห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE- PROCEED Model ของ สถาบันอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามินทราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566 นั้นสามารถช่วยให้กลุ่มเป้าหมายจัดการตนเองในด้าน อาหาร ออกกำลังกาย งดบุหรี่ งดสุรา ได้เพราะไปจัดการให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น เข้าถึงบริการสุขภาพที่ควรได้รับ ช่วงจัดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้พวกเขาสามารถจัดการตนเองเพื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ง่าย และคอยช่วยเสริมกำลังใจให้พวกเขามั่นใจว่าจะทำได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ นอกจากนี้ยังคอยกระตุ้นเตือนเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพใหม่ที่ดีกว่าเดิมป้องกันไม่ให้เกิดพวกเขาย้อนกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงเหมือนก่อนเข้าโครงการ จนส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ดีขึ้นตามไปด้วย

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะมีประสิทธิผลในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. [9] ของกลุ่มเป้าหมายได้ควรออกแบบให้เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฯเป็นอันดับแรก [8] เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงโอกาสที่ตนเองจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเมื่อเกิดแล้วมีความรุนแรงถึงพิการและมีอันตรายถึงชีวิตอันจะมีผลกระทบเป็นห่วงโซ่ไปสู่ครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก และการรับรู้เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะจัดการตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงเหล่านั้น และโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่สามารถสื่อสารด้วยอารมณ์ความรู้สึกเดียวกันมีชุดประสบการณ์คล้ายกัน อันได้แก่ เพื่อนและญาติที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน เพราะการผ่านประสบการณ์ป่วยมาแล้วจะทำให้เกิดการ insight อันนำไปสู่การเข้าใจกันอย่างลึกซึ้งซึ่งมากกว่าการได้รับสารจากคนที่ไร้ประสบการณ์ตรง ดังนั้นจึงเสนอให้โปรแกรมฯได้ใช้แนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) [10] ที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลมีวิจารณ์ญาณในการคิดวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพให้ อสม. ช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่งเช่นกัน [11] เพราะผลการประเมินการได้รับข้อมูลสุขภาพจาก อสม. ยังน้อยกว่าที่ควรจะเป็นทั้งที่ อสม. คือกลไกสำคัญที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ควรบูรณาการกิจกรรมการติดตาม ประเมินผล กระตุ้นเตือน เข้ากับงานคลินิกหมอครอบครัวที่มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านของ ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืน [12]

### เอกสารอ้างอิง

- [1] Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. 2016. Stroke: a global response is needed. *Bull World Health Organ.* 94(9):634-634A.
- [2] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2565 *รายงานประจำปี 2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- [3] กระทรวงสาธารณสุข. *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561)* [online]. Available: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7602>
- [4] กระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. [online]. Available: [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistic62.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf)
- [5] Green L, Krueter M. 2005. *Health Promotion Planning An Education Approach*. 4<sup>th</sup> Edition. New York: McGraw-Hill
- [6] Castellanos DC, Downey L, Graham-Kresge S, Yadrick K, Zoellner J, Connell CL. 2012 Examining the diet of post-migrant Hispanic males using the Precede-Proceed Model: Predisposing, reinforcing, and enabling dietary factors. *J Nur Educ Behav.* 1-10
- [7] Cole RE, Horacek T. 2009 Applying PRECEDE-PROCEED to develop an intuitive eating nondieting approach to weight management pilot program. *J Nur Educ Behav.* 41:120-6.

- [8] ปาหนัน พิษยภิญโญ, สุนีย์ ละกำปัน, ดุสิต สุจิรารัตน์, วันเพ็ญ แก้วปาน. 2558 *ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- [9] จุรีพร คงประเสริฐ, ธิดารัตน์ อภิญญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. [online]. Available: <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/ebook23-03-15-2.pdf>. 2558.
- [10] World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases. [online]. Available: <file:///C:/Users/acer/Documents/%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2/%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%93%E0%B9%82%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%87/9789240055391-eng.pdf>. 2022.
- [11] ปฏิพงษ์ นาคนวล, มุจลินท์ คำล้อม, หนึ่งฤทัย แสงสุข. 2564 ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุดปลาตุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ, *วารสารสภากาชาดสาธารณสุขชุมชน*, 3 (3), 17-26
- [12] นครินทร์ สุวรรณแสง, ภราดร ยิ่งยวด. 2563 คลินิกหมอครอบครัว: แนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ, *วารสารสภากาชาดพยาบาล*, 35(1), 5-17