



บทความวิจัย

Research article

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ทิตาวดี สิงห์โค* ศาสตราจารย์ Ph.D.** ทิพา ต่อสกุลแก้ว ปร.ด.***

*นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ

รับบทความ: 7 เมษายน 2563

แก้ไขบทความ: 28 พฤศจิกายน 2563

ตอบรับบทความ: 30 พฤศจิกายน 2563

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 33 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค และ 4) การจัดการอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสร้างจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher VJ, Rosenstock IM ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ independent t-test และ repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



บทความวิจัย

Research article

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

อาทิตาวดี สิงห์โค* ศากุล ช่างไม้ Ph.D.** ทิพา ต่อสกุลแก้ว ปร.ด.***

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รับบทความ: 7 เมษายน 2563

แก้ไขบทความ: 28 พฤศจิกายน 2563

ตอบรับบทความ: 30 พฤศจิกายน 2563

บทคัดย่อ (ต่อ)

สรุป: พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม



บทความวิจัย

Research article

The effects of promoting perception of health beliefs program on stroke preventive behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk

Titawadee Singco* Sakul Changmai** Tipa Toskulkao***

*Student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Christian University

**Assistant Professor, Major advisor, Faculty of Nursing, Christian University

***Assistant Professor, Coadvisor, Faculty of Nursing, Christian University

Received: April 7, 2020

Revised: November 28, 2020

Accepted: November 30, 2020

Abstract

Objectives: To evaluate the effects of promoting perception of health beliefs program on stroke preventive behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental research with a two-group, pretest-posttest design. the sample consisted of 66 elderly at risk of stroke admitted for medical treatment in a hospital under the Bangkok Metropolitan Administration, and were purposive sampling according to the specific criteria. the experimental group received promoting perception of health beliefs program, regarding stroke beliefs focusing on; 1) perceived susceptibility 2) perceived severity 3) perceived benefits and 4) perceived barriers. the program was developed based on the Health Belief Model. the control group received the usual nursing care. data were collected by stroke preventive behaviors and perceived benefit of sustained behaviors questionnaires. the data were analyzed by using independent t-test and repeated measures ANOVA statistics.

Results: The results revealed that the mean scores of stroke preventive behaviors in the experimental group were statistically significant higher than those in the control group ($p < 0.05$). the mean scores of perceived benefit of sustained behaviors in the experimental group were statistically significant higher than those in the control group ($p < 0.05$)

Conclusions: The results suggest that nurses should consider utilizing promoting perception of health beliefs program in elderly at risk group to promote the stroke preventive behaviors and perceived benefits of sustained behaviors to prevent the occurrence of stroke.

Keywords: health beliefs, stroke preventive behaviors, perceived benefit of sustained behaviors

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานในปี 2560 ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูง มีอัตราการตายสูงที่สุดใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ² โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เป็นโรงพยาบาลหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2559-2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 454, 474, 427 ราย ตามลำดับ³ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อายุ 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.36 อายุ 70 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.84 และอายุ 80 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.86 ซึ่งรวมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 82.06³ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วย นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย จากสถานการณ์ดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) และเห็นความสำคัญในการดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทย⁴ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด การค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

และสนับสนุนให้มีการป้องกันโดยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือโรคเรื้อรังที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง หากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความเชื่อเป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตาม ซึ่งโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Stretcher VJ, Rosenstock IM⁵ ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้น ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัย คือ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากน้อยเพียงใด หรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต อันจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนมากกว่าอุปสรรค ก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเชื่อด้านสุขภาพ⁶ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Osamor PE, Ojelabi OA⁸ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว และโรคไต มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการรักษาความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khorsandi M, et al.⁹ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว และโรคไต ของกลุ่มก่อนกับ หลังทันที และ 3 เดือนหลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เน้นถึงการรับรู้ของบุคคลได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเชิงรุก จึงมีความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ แต่ยังไม่พบการศึกษารูปแบบส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป และนำเอาผลการวิจัยมาร่วมในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเกิดประโยชน์และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

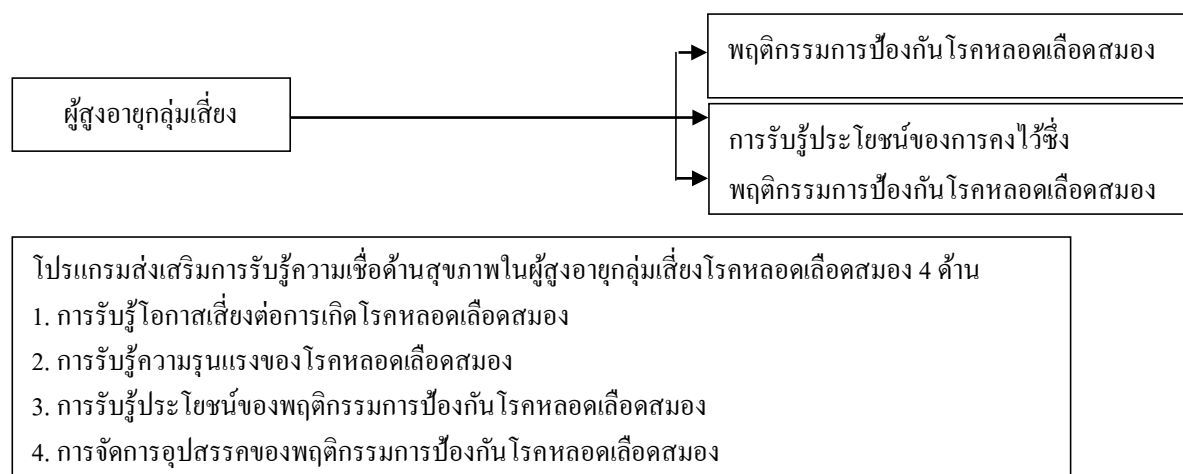
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher VJ, Rosenstock IM⁵ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเอง

ทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) โรคที่มีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อชีวิตของตน 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค (perceived benefits) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นว่าจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือจะสามารถควบคุมโรคได้โดยมีปัจจัยเสริม และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น (modifying factors) ที่ส่งเสริมการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูล การรักษา การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องจากคำแนะนำของทีมสุขภาพ ทำให้บุคคลนั้นความเชื่อวิธีนั้น ๆ มีประโยชน์และเหมาะสมที่ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค (perceived barriers) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคใช้เวลามากเพียงใด ค่าใช้จ่ายสูงเพียงใด เกิดผลข้างเคียงของการรักษา

อย่างไร รวมทั้งลักษณะความยาวนานของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยการรับรู้อุปสรรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพแล้วยังมีปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) เช่น คำแนะนำจากทีมสุขภาพ ข่าวสารด้านสุขภาพทางวิทยุ โทรทัศน์ มีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจในแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษานำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นการจัดกิจกรรม 4 ด้าน ตามโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และโรคมีความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม และการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามตัวแปร

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพ หมายถึง แบบแผนกิจกรรม การพยาบาลที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นตัวบ่งชี้โดยตรง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี คือ ไม่เป็น โรค ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การรักษาตามนัดเป็นประจำ ดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา การจัดการความเครียด ประเมินโดยใช้เครื่องมือที่ประยุกต์แบบประเมิน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง¹¹

3. การรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (perceived benefits) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์

และเหมาะสมที่จะทำให้หาย หรือไม่เป็นโรค นั้น ๆ ความเชื่อเหล่านี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งประยุกต์ใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹¹

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหลวงพ่อ ทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงคัดเลือก จากประชากรแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาด ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Version 3.1.9.2¹² การประมาณของขนาด อิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด ค่าขนาดอิทธิพลขนาด (effect size) เท่ากับ 0.70 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ได้จำนวน 26 ราย ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มใน กรณีมีผู้สูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย โดยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามติดตาม ร้อยละ 20¹³ จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 66 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงต่อ การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความเสี่ยง

สูง ระดับความเลียงสูงปานกลาง และระดับความเลียงสูงมาก¹⁰ 2) ได้รับการประเมินด้วย TMSE¹⁴ มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) สามารถติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ได้ และ 5) เต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบกำหนด 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ 3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องล้างไต

เกณฑ์ยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (termination criteria) 1) เสียชีวิตขณะอยู่ในระหว่างการทดลอง 2) ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย และ 3) มีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการตรวจร่างกายประจำปีหรือการพบแพทย์

1.2 แบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก รับประทานยา การรักษาตามนัดเป็นประจำ การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และ

การจัดการความเครียด จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และนำไปหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

1.3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุม น้ำหนัก รับประทานยา การรักษาตามนัดเป็นประจำ การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการจัดการความเครียด จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และนำไปหาความเชื่อมั่นได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70

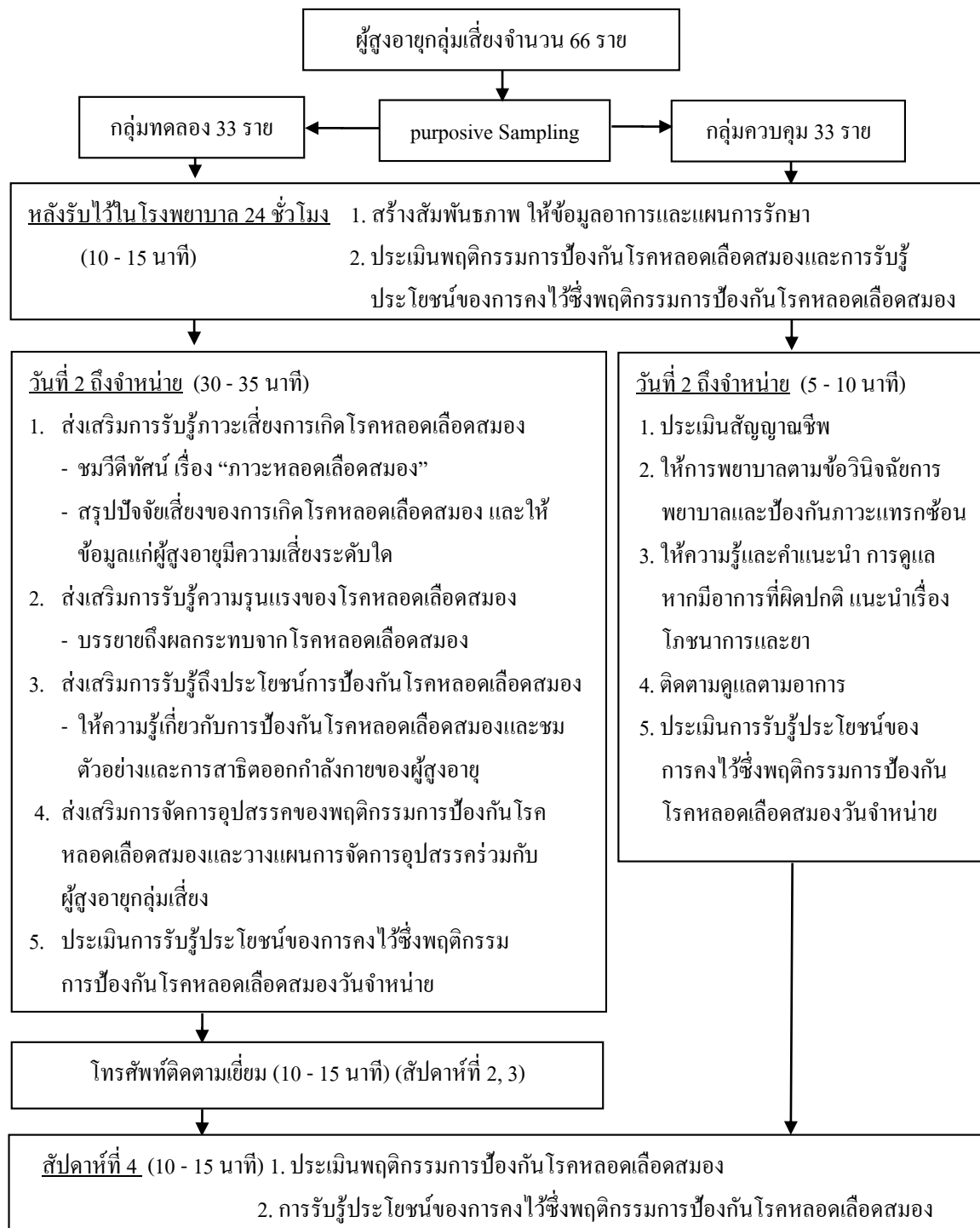
2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูง ปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก และ 2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE¹⁴ จำนวน 6 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง

และการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) วิดีทัศน์ เรื่อง “ภาวะหลอดเลือดสมอง” และวิดีโอเรื่อง “การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยวิธีการเดิน” 3) สไลด์ประกอบการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริง และแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยเริ่มจากการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 33 รายให้แล้วเสร็จ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองทั้ง 33 รายตามลำดับโดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ 05/2561 และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ สำนักรแพทย์กรุงเทพมหานคร เลขที่ u009h/62 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยทำเอกสารชี้แจงถึงการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการปฏิเสธ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาของแพทย์แต่อย่างใด ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้องและนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		$\chi^2/F^*/t$	p-value
	(n=33)		(n=33)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	5	15.20	6	18.20	0.01	1.00
หญิง	28	84.80	27	81.80		
อายุ (ปี)	$\bar{X}$ =69.58, SD = 6.97 (min=60,max=82)		$\bar{X}$ =68.94, SD = 6.78 (min=60,max=85)		0.37	0.70
สถานภาพสมรส						
โสด	5	15.20	8	24.20	1.35	0.74
คู่	11	33.30	12	36.40		
หม้าย	15	45.50	11	33.30		
หย่า/แยก	2	6.10	2	6.10		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	26	78.80	31	93.93	5.71	0.07
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	6	18.20	1	3.03		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	3.00	1	3.03		

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ independent t – test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ repeated measures ANOVA

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		$\chi^2/F^*/t$	p-value
	(n=33)		(n=33)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31	93.93	32	97	2.82	1.00
ค้าขาย	1	3.03	1	3		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.03				
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน)	$\bar{X}$ =15,036.82 SD = 8,749.45		$\bar{X}$ =13,081.82 SD = 8,042.98		0.94	0.34
โรคประจำตัว	(min=700 max=30,000)		(min=700 max=30,000)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค	9	27.30	7	21.20	0.33	0.77
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค	24	72.70	26	78.80		
ประวัติครอบครัวที่เป็น						
โรคหลอดเลือดสมอง						
ไม่มี	27	81.80	28	84.80	0.10	1.00
มี	6	18.20	5	15.20		
การได้รับข้อมูลการป้องกัน						
โรคหลอดเลือดสมอง						
ไม่เคย	32	97	33	100	1.40	1.00
เคย	1	3				
ตรวจร่างกายประจำปี						
ไม่สม่ำเสมอ	2	6.10	33	100	2.83	0.49
สม่ำเสมอ	31	93.90				
ระดับความเสี่ยงโรค						
หลอดเลือดสมอง						
สูง	9	27.3	7	21.20	2.06	0.49
สูงปานกลาง	16	48.5	22	66.70		
สูงมาก	8	24.2	4	12.10		

*Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ chi-square พบว่า ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความแตกต่างกัน เปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูล การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจร่างกายประจำปี และระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test พบว่า อายุและรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม (n=33)		กลุ่มทดลอง (n=33)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	2.05	0.30	2.23	0.18	2.97	0.00

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 2.05 คะแนน (SD=0.30) และในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 2.23 คะแนน (SD=0.18) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	8.08	1	8.08	143.78	0.00
ความคลาดเคลื่อน	3.59	64	0.06		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลาประเมิน	0.58	1.60	0.37	6.50	0.00
กลุ่ม x ช่วงเวลาประเมิน	6.90	1.66	4.30	76.62	0.00
ความคลาดเคลื่อน	5.76	64	0.05		

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มและช่วงเวลาประเมินมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,66,64}=76.62, p<0.05$) และมีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองในแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,60,64}=6.50, p<0.05$) และมีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,64}=143.78, p<0.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา

ช่วงเวลาประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ^๑		ผลต่างของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ^๑
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.34	2.40	-0.06
วันที่จำหน่าย	2.03	2.96	-0.92*
4 สัปดาห์หลังจำหน่าย	2.36	2.58	-0.22*

* $p<0.05$

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ในวันที่จำหน่ายและเมื่อครบ 4 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งเป็นไปตามโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher VJ, Rosenstock IM^๕ สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคลประกอบด้วย 1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ชมวิดีโอ เรื่อง “ภาวะหลอดเลือดสมอง” สรุปปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงว่ามีความเสี่ยงระดับใดเพื่อให้ผู้สูงอายุ

กลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นเพียงใด 2) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เน้นถึงผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองและยกตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดความพิการ 3) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การมาตรวจตามนัด รับยาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ชมตัวอย่างและสาธิตการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ สรุปเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเข้าใจง่ายขึ้น และ 4) กิจกรรมส่งเสริมการจัดการอุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และโทรศัพท์ติดตามเชื่อมต่อเนื่องสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เน้นย้ำประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และหาแนวทางการจัดการอุปสรรคร่วมกันกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เช่น การจัดยาใส่ซองหรือกล่องใส่ยาเป็นชุดในแต่ละวัน การตั้งนาฬิกาปลุก เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น สามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวใน

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁵ เช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น¹¹ และการศึกษาการประยุกต์ใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยชาวจีน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁶

การศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,60,64} = 143.78, p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นไปตามโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher VJ, Rosenstock IM⁵ ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายบุคคล โดยให้ชมวีดิทัศน์ และสไลด์ประกอบการบรรยายโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การมาตรวจตามนัด และรับยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โภชนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและสาธิต

การออกกำลังกาย สรุปรื้อหาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแจกคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ไว้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งโทรศัพท์ติดตามเชื่อมต่อเนื่องสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ได้เน้นย้ำถึงประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในวันที่จำหน่ายสูงกว่าเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งถึงวันจำหน่ายได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลับไปอยู่ที่บ้านและดำเนินชีวิตตามปกติ หากไม่มีบริบทที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตที่ดูแลสุขภาพที่ดีจากสิ่งแวดล้อมและครอบครัวนั้น อาจทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงละเลยพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภออวยสะเกิดจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายด้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทายใน

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทายของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายด้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายด้านการแข็งตัวของเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁷ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁸ และการศึกษาโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามการรักษาโรคความดันโลหิตสูงพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่เหมาะสมและการรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการรักษาโรคความดันโลหิตสูง¹⁹

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้โมเดลความเชื่อ

ด้านสุขภาพแม้ว่าจะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำไปปรับใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ และกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเดิม และกลุ่มผู้รับบริการอื่น ๆ ให้ดียิ่งขึ้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ

2. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้อาจติดตามเยี่ยมด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การส่งข้อความ อีเมล โลก หรือการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ กลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องระยะยาว เช่น โรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมาตรวจตามนัดที่หอผู้ป่วยนอกซึ่งมีความแออัด มีเสียงรบกวน การได้ยินของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของการรับรู้ข้อมูล

2. ในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ผู้สูงอายุจำนวน 10 ราย ไม่สะดวกรับสายทำให้เสี่ยงต่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งผู้วิจัยต้องโทรมากกว่า 3 ครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษาเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในทุกทางเพื่อการศึกษา และที่สำคัญขอกราบขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย ทำให้ได้เรียนรู้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization (WSO). World stroke organization strategy 2016 -2020 [Internet]. 2018 [cited 2019 October 10]. Available from: https://www.worldstroke.org/images/WSO_strategy_CONCISE_FINAL.pdf.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2562.
3. ศูนย์วิชาการโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศิริราช ชูตินุโร อุทิศ. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศิริราช ชูตินุโร อุทิศ; 2561.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: บริษัท โอโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2560.
5. Stretcher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Baum A, editor. Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997. p. 113-7.
6. สุริยา หล้ากำ, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560; 9: 85-94.
7. กษมา เชียงทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมอง อำเภอค้อยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย]. เชียงใหม่: คณะสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
8. Osamor PE, Ojelabi OA. Health belief model and hypertension treatment compliance [Internet]. 2017 [cited 2018 October 7]. Available from: <https://www.ukessays.com/essays/health-and-social-care/health-belief-model-hypertension-treatment>.
9. Khorsandi M, Fekrizadeh Z, Roozbahani N. Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertension-controlling behaviors in the elderly. Clin Interv Aging 2017; 12: 233-40.
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความรู้เรื่องอัมพาตสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
11. สุริยา หล้ากำ, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่, อรุณ จินตะรักษ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560; 10: 282-91.

12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 2: 175-91.
13. อรุณ จิรวัดน์กุล. การออกแบบแบบสอบถามสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2556.
14. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2557). กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาพรส จำกัด; 2557.
15. รุจิรา ดวงสงค์, ชลธิรา กาวไสสง. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2557; 29: 295-304.
16. Yue Z, Li C, Weilin Q, Bin W. Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Educ Couns* 2015; 98: 669-73.
17. อรกมล เฟื่องกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ปาณัญญ์ ตันติโกศล. ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2557; 25: 34-48.
18. ธาวิณี ช่วยแท่น. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
19. Joho AA. Factors affecting treatment compliance among hypertension patients in three district hospitals - dar es Salaam [Thesis of Master of Nursing Science]. Muhimbili: Muhimbili University of Health and Allied Sciences; 2012.