

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลตติยภูมิ

Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among Elderly Risk Group of Tertiary Hospital

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน^{*1} โสภณพันธ์ งานจักรัส² วัชรพล ทองควั่น³ วันเพ็ญ สมหอม³

ธรรณินทร์ คุณแขวน¹ อณัญญา ลาลูน¹ ไพฑูรย์ วุฒิสโส¹

Suwimolrat Robrujen^{*1} Sopapan Nganchaturas² Watcharapon Thongkwan³ Wanpen Somhom³

Torranin Khunkhavan¹ Ananya Lalun¹ Pitoon Vutiso¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ, ประเทศไทย 36000

¹Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Province, Thailand 36000

โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย 36000

²Chaiyaphum hospital, Chaiyaphum province, Thailand 36000

³คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, ประเทศไทย 34190

³Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Sirindhorn College of Public Health,
Ubon Ratchathani Province, Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 136 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มี 5 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) แรงสนับสนุนทางสังคมและ 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามความรู้ หาค่า KR - 20 เท่ากับ 0.82 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบสอบถามส่วนที่ 3 - 5 เท่ากับ 0.84, 0.81 0.86 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.86 ตามลำดับ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.4 มีปัจจัยรับรู้โอกาสเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.3 ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.6 ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

*Corresponding Author: *E-mail : suwimolrat.1967@gmail.com, suwimolrat.ro@cpru.ac.th

อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.6 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัว ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.5 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.6 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.7 ปัจจัยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($B = 0.080$) และ แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และครอบครัว ($B = 0.109$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ ในภาพรวมได้ร้อยละ 8.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุ, กลุ่มเสี่ยง, โรงพยาบาลตติยภูมิ

Abstract

This research aimed to; 1) Behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group of tertiary hospital 2) study factors Influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group of tertiary hospital The sample consisted of 136 among elderly risk group of tertiary hospital. The research instrument was a questionnaire composed of 5 parts: demographic data, stroke knowledge, risk perception factors, severity of stroke, perceived benefits and obstacles to stroke prevention practices, social support and stroke preventive behaviors. The content validity index of a questionnaire was 0.88 and Knowledge questionnaire finds KR - 20 equal to 0.82, the reliability coefficients of each sub-parts, were 0.84, 0.81, 0.86 and 0.86 respectively. Descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis were used in data analysis. Statistical significance was set at the level of .05

The results were as follows. among elderly risk group of tertiary hospital, knowledge of cerebrovascular disease was at the high level with 43.4 percent. risk perception factors showed the moderate level of 71.3 percent. severity of stroke factors showed the high level of 86.1 percent. perceived benefits factors showed the moderate level of 52.2 percent. and obstacles to stroke prevention practices factors showed the moderate level of 45.6 percent. Social Support communication factors showed the moderate level of 54.4 percent , family factors showed the moderate level of 69.1 percent, neighbor factors showed the moderate level of 63.2 percent, staff personnel factors showed the high level of 56.6 percent and preventive behaviors for cerebrovascular disease showed the moderate level of 89.7 percent. Factors associated with perceived severity of disease ($B = 0.080$) and social-emotional and family support ($B = 0.109$) can jointly predict stroke prevention behaviors in the elderly, at risk groups, tertiary care hospitals in overall 8.8 percent of the variance of stroke preventive behavior at $p < .05$.

Keyword : Rick Group, Disease Prevention Behavior, Sloke, Elderly, Tertiary care Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งของประชากรโลก¹ ที่พบบ่อยของโรคทางระบบประสาทและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในอันดับต้นๆ ของประเทศ

ข้อมูลจากสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทยพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยอยู่ในช่วงอายุ 50 ปี ซึ่งช่วงอายุของการเกิดโรคถือว่าเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นนิวซีแลนด์ที่อายุเฉลี่ยเริ่มเป็นโรคคือ 65 ปีขึ้นไปอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุมากมีแนวโน้มในการเกิดโรคสูงขึ้น โดยพบ 5.8-11.4 คน/แสนประชากรในยุโรปและสหรัฐอเมริกา

และเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา²

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2558- 2562 พบว่า มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 43.3, 48.7, 47.8, 47.1, และ 53.0 ตามลำดับ³ หากพิจารณาอัตราป่วยต่อ ประชากรแสนคนตามเขตสุขภาพในภาคเหนือ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่า เขตสุขภาพ ที่ 1 สูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา เขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 เท่ากับ 79.9, 75.63 และ 60.79 ตามลำดับ⁴ เมื่อพิจารณาปีสุขภาวะที่ สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุจราจร และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน⁵

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง อัตราเสี่ยงโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติราว 4-6 เท่า และโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ โดยอัตราเสี่ยงของผู้ป่วย ภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติ 2-3 เท่า และโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดในบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงไม่ดูแลตนเองด้านขาดการ ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความอ้วน มีน้ำหนักตัวมาก เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นโรคเบาหวานตามมา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเสพสาร เสพติด⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมา⁷ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากหลายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาโรค ความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่เป็นประจำ และการศึกษาของ⁸ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีด้านการควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ พบปัญหาการ นอน การดื่มสุราและสูบบุหรี่ และการศึกษา⁹ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มี พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เคยปฏิบัติเลย คือการออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

จากปัญหาดังกล่าวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว และระดับชาติ จึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่จำ เป็นต้องได้รับการแก้ไขหากปล่อยไว้อาจทำ ให้สูญเสียทรัพยากรของประเทศได้ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงซึ่งป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหรือโรคเบาหวาน โรงพยาบาลตติยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิดังกล่าว จึงเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคการกลับเป็นซ้ำ และเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ พฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การบริการสุขภาพ(การตรวจรักษา การได้รับคำปรึกษา การได้รับการเยี่ยมบ้าน) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (เพื่อนบ้าน ครอบครัว บุคลากรทางด้านสาธารณสุข) ที่มีหลักการพื้นฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยไม่ใช่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะ¹⁰ สามารถนำไปใช้ในการดูแลพฤติกรรมของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นประโยชน์ในการวางแผนและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในประชาชน เพื่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

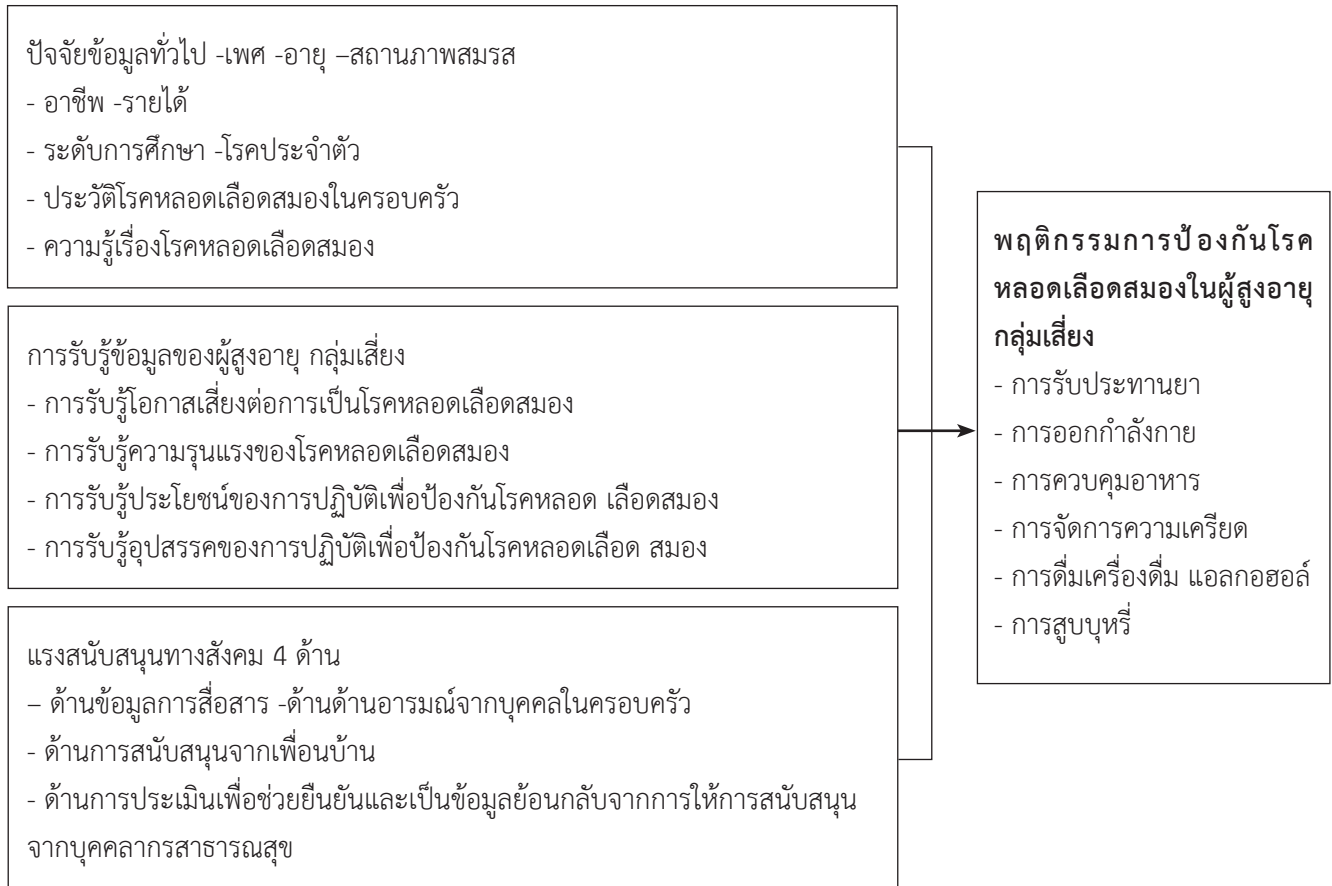
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ อยู่ในระดับใด และปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)¹¹ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)¹² ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด พฤติกรรมป้องกันการโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน กรอบแนวคิดในการศึกษา 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยการรับรู้ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง และแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน¹² และในการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมาจากกรอบแนวคิด^{6,13} ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม¹² เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60-89 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ/หรือโรคเบาหวาน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ/หรือโรคเบาหวาน ทั้งหมด 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหรือ โรคเบาหวาน ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ¹⁴ สุ่มตัวอย่างด้วย การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) จำนวน 136 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-89 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ/หรือ

แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน 2) สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ 3) ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเวช 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา และ เกณฑ์คัดออก 1) ย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วน 3) เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามพัฒนามาจาก¹⁵ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างปัจจัยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 9 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 4, ข้อ 7, และข้อ 9) ลักษณะคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คำพิสัยเท่ากับ 12 โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อความด้านบวก ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ข้อความด้านลบ ตอบถูก ให้คะแนน 0 คะแนน ตอบผิดให้ 1 คะแนน แปลผลระดับของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้คะแนนรวมดังนี้ ระดับมาก 9-12 ระดับปานกลาง 5-8 คะแนน ระดับน้อย 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย คำถาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ (ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 6 และข้อ 7) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ (ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ โดยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 23 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert scale) ซึ่งใช้เกณฑ์ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความด้านบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 และข้อความด้านลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แปลผลระดับ

โดยใช้ระดับคะแนนเฉลี่ยรวมดังนี้ ระดับมาก 3.68 - 5.00 ระดับปานกลาง 2.34 - 3.67 และระดับน้อย 1.00 - 2.33

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม คำถามประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลการสื่อสาร ด้านอารมณ์จากครอบครัว-ด้านสนับสนุนสิ่งของ เครื่องมือ เครื่องใช้จากเพื่อนบ้าน-ด้านการสนับสนุนด้วยการประเมินจากการให้การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นการจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นข้อ คำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งใช้ เกณฑ์ 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้ง ไม่ได้รับ ดังนี้ ได้รับเป็นประจำ 3 คะแนน ได้รับบางครั้ง 2 คะแนน ไม่ได้รับ 1 คะแนน แปลผลระดับโดยใช้ระดับคะแนนเฉลี่ยรวมดังนี้ ระดับมาก 2.34 - 3.00 ระดับปานกลาง 1.67 - 2.33 และระดับน้อย 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คำถามประกอบด้วย การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการกับความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้าน บวก จำนวน 15 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 2, ข้อ 9, ข้อ 12, ข้อ 15, ข้อ 16, ข้อ 18, และข้อ 20) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน ดังนี้ แปลผลระดับโดยใช้ระดับคะแนนเฉลี่ยรวมดังนี้ ระดับมาก 3.02- 4.00 ระดับปานกลาง 2.01-3.01 ระดับน้อย 1.00-2.00 เกณฑ์การแปลผล ส่วนที่ 3, 4 และ 5 คะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ ตามแนวคิดของ¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และ ข้อคำถามทั้งหมดผ่านเกณฑ์ จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จำนวน 30 คน แบบสอบถามส่วนที่ 2 หาค่า KR- 20 เท่ากับ 0.82 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 3-5 เท่ากับ 0.84 0.81 0.86 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลชัยภูมิ COE No.001/2565 REC No. 001/2565 วันที่ได้รับการรับรอง 28 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถาม การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ การขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การวิจัย โดยระบุว่าทำให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือติดต่อโรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และขออนุเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องให้ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ นำแบบสอบถาม

ไปเก็บข้อมูลการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิในกลุ่ม โรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง ทุกวันพุธ และพฤหัสบดี ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที จนครบจำนวน 136 ชุด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตามเอกสารจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2564 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (n = 136)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	41	30.1
หญิง	95	69.9
2. อายุ		
60-69 ปี	88	64.7
70-79 ปี	41	30.1
80-89 ปี	7	5.1
$(\bar{X} = 67.85, S.D. = 6.86, \text{Min} = 60, \text{Max} = 88)$		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	5	3.7
คู่	88	64.7
หม้าย	41	30.1
หย่า/แยก	2	1.5
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20	14.7
ประถมศึกษา	66	48.5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (n = 136) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา (ปวช.)	33	24.3
อนุปริญญา/ปวส.	5	3.7
ปริญญาตรี	12	8.8
5. อาชีพ		
เกษตรกร	62	45.6
รับจ้าง	23	16.9
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	6	4.4
ข้าราชการบำนาญ	15	11.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30	22.1
6. รายได้เฉลี่ยของตนเอง (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	88	64.7
5,001-10,000 บาท	27	19.9
10,001-15,000 บาท	6	4.4
15,001-20,000 บาท	6	4.4
20,001-25,000 บาท	2	1.5
25,001-30,000 บาท	0	0.0
30,001-35,000 บาท	6	4.4
($\bar{X}$ = 6,749.81, S.D. = 7,559.41, Min = 600, Max = 38,000)		
7. ประวัติโรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	37	27.2
โรคเบาหวาน	42	30.9
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ	57	41.9
8. ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว		
มี	16	11.8
ไม่มี	120	88.2

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.9 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 64.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.85 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.7 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 45.6 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 64.7 มีประวัติโรคประจำตัวมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและหัวใจ ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 88.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (n = 136)

ปัจจัย	ระดับ						ระดับโดยรวม	$\bar{X}$	SD
	น้อย		ปานกลาง		มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	20	14.7	57	41.9	59	43.4	มาก	7.44	2.45
2. ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง	0	0.0	97	71.3	39	28.7	ปานกลาง	3.51	0.33
3. ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรง	2	1.5	23	16.9	111	81.6	มาก	4.12	0.55
4. ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์	0	0.0	71	52.2	65	47.8	ปานกลาง	3.77	0.47
5. ปัจจัยการรับรู้อุปสรรค	19	14.0	62	45.6	55	40.4	ปานกลาง	3.37	0.78
6. ปัจจัยทางสังคมการสื่อสาร	11	8.1	74	54.4	51	37.5	ปานกลาง	2.26	0.43
7. ปัจจัยทางสังคมจากครอบครัว	1	0.7	94	69.1	41	30.2	ปานกลาง	2.26	0.44
8. ปัจจัยทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	29	21.3	86	63.2	21	15.4	ปานกลาง	1.93	0.55
9. ปัจจัยทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ฯ	10	7.4	49	36.0	77	56.6	มาก	2.49	0.54
10. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	0	0.0	122	89.7	14	10.3	ปานกลาง	2.68	0.24

ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาพรวม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.4 (ค่าเฉลี่ย 7.4) ข้อมูลการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ย ของปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.3 (ค่าเฉลี่ย 3.51) คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.6 (ค่าเฉลี่ย 4.12) คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.2 (ค่าเฉลี่ย 3.77) และผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.6 (ค่าเฉลี่ย 3.37) ดังตารางที่ 2

ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยปัจจัยแรงสนับสนุนด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.4 (ค่าเฉลี่ย 2.26) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.1 (ค่าเฉลี่ย 2.26) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องใช้จากเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 63.2 (ค่าเฉลี่ย 1.93) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมากร้อยละ 56.6 (ค่าเฉลี่ย 2.49) ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย อาหาร การจัดการความเครียด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 89.7 (ค่าเฉลี่ย 2.68) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.235a	0.055	0.048	0.236
2	.297b	0.088	0.074	0.233

a. Predictors: (Constant), แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัว

b. Predictors: (Constant), แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัว, การรับรู้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า .297 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.088 แสดงว่า ตัวแปรทั้งสองร่วมกันพยากรณ์

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 8.8 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ .233 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (n = 136)

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อน

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย			t	P value
	B	SE	Beta		
(Constant)	2.113	0.167	-	12.646	0.000
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัว	0.109	0.046	0.198	2.347	0.020
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.080	0.037	0.185	2.185	0.031

R = .297, R² = .088, SEE = .233, F = 6.415*, Sig. of F = .001

*p-value < .01

การพยากรณ์ผู้วิจัยเลือกโมเดล 2 มาใช้ในการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 2 ตัว คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 4

โดยสามารถสร้างเป็นสมการ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Y = 2.113 + 0.109 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัว}) + 0.080 (\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง})$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 89.7 ($\bar{X} = 2.68$, SD = 0.24) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนี้มีการปฏิบัติตัวที่ดีสม่ำเสมอพฤติกรรมทานยาโรคอย่างถูกต้องปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด แต่ยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายไม่ถึง 30 นาที/วัน และรับประทานอาหารประเภทของทอดและมัน เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด กุ้งทอด ในส่วนการจัดการ

ความเครียด นั้นมีการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 5 ชั่วโมง ผู้ป่วยบางส่วนยังมีพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่บุคลากรด้านสาธารณสุขควรใส่ใจดูแลสุขภาพมากขึ้นในประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับ^๖ ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อดูผลคะแนนเฉลี่ยจะไม่สูงมากใกล้เคียงในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลตติยภูมิ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) คือ

ปัจจัยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($B = 0.080$) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และครอบครัว ($B = 0.109$) ซึ่งร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในภาพรวมได้ร้อยละ 8.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามคำอธิบายของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคประเด็นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้หรือประสบการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง การประเมินในด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้ได้รับรู้รับทราบในประเด็นตอบสนองด้านการดูแลสิ่งคุกคามจากโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นเพราะ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคนั้น¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ⁹ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงพบว่า การให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคฯ เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม¹² ด้านอารมณ์และครอบครัวนั้นสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวนี้เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากผลการกระทำจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัวญาติพี่น้อง สอดคล้องกับ¹⁷ ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงบวก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรให้มิกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดให้มีโครงการแผนงานที่เกี่ยวข้องซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่
2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง หัวใจและ

เบาหวาน

3. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสม โดยเน้นกิจกรรมการให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมเพื่อลดอุปสรรคของการปฏิบัติ เช่น การเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาลงของโปรแกรมที่เป็นการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคเพื่อลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. Department of Disease Control. Information from a report from the Office of Policy and Strategy. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Health System Development Group Bureau of Non-Communicable Diseases; 2017. (in Thai)
2. Feigin VL. Stroke epidemiology in the developing world. Lancet (London,England) 2005; 365: 2160–1.
3. Strategy and Planning Division. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2019. (in Thai)
4. Strategy and Planning Division. Bureau of Non-communicable Diseases. Annual Report 2016. Bangkok: Office of Printing Works Veterans Relief Organization under the royal patronage; 2016. (in Thai)
5. International Health Policy Development Agency. Report on the Burden of Disease and Injury of the Thai Population 2014. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2017. (in Thai)

6. Institute of Neurology, Department of Medicine, Ministry of Public Health. Nursing Guidelines for Stroke Patients For general nurses. Bangkok: Thana Press; 2016. (in Thai)
7. Nilnate N. Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2019; 20(2): 51-57. (in Thai)
8. Chanaphan Y. & Settheetham D. Factors Associated with Stroke Prevention Behavior among Hypertension Patients in Kumpawapi District, Udon Thani Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018; 21(2): 109-119. (in Thai)
9. Kumpangkaew K. Somboontanont W. & Leelahakul V. Relationships between Perceived Risk, Perceived warning signs and self-care behavior in Older adults at risk of Cerebrovascular Disease. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015; 25(2): 40-56. (in Thai)
10. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland). 2009; 27: 204- 14.
11. Becker, M. H., & Maiman, L. A. The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monography; 1975. 2. Winter: 336-385.
12. House, J.S. Work Stress and Social Support. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981.
13. Non-communicable disease office Department of Disease Control. World Paralysis Day Campaign Message Issue 2014 (fiscal year 2015). Nonthaburi: non-communicable disease office Department of Disease Control; 2015. (in Thai)
14. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement; 1970, 30(3): pp. 607-610.
15. Tijayoung S. The Factors Influencing Preventive Behaviors Amongst Risk Group Stroke Patients. Master of Nursing Thesis. (Department of Community Medicine Nursing). Nakhon Pathom: Christian University. 2014. (in Thai)
16. Best, J. W. Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
17. Watcharanurak P. & Klubklay A. Factors Influencing Preventive Behavior among Stoke-Risk Patients in Songkhla Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health .2017; 4 (1): 217-232. (in Thai)