

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัว ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน The Effect of The Family-supported Stroke Prevention Program among High Risk Stroke Elderly in Community

Received: Apr 6, 2020
Revised: May 15, 2020
Accepted: May 20, 2020

สุปราณี พรหมสุขันท์ วท.ม. (Supranee Promsukhan, M.Sc.)¹
สุธรรม นันทมงคลชัย ปช.ด. (Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D.)²
กรวรรณ ยอดไม้ Ph.D (Korravarn Yodmai, Ph.D.)³
โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, M.D., วว. (Chokchai Munsawaengsub, M.D., DIP)⁴
พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ Ph.D. (Pimsurang Taechaboonsamsak, Ph.D.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease : CVD หรือ stroke) หรือที่เรียกกันว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ทั้งนี้จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกจึงคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 65-80 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ โรคใดโรคหนึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมโรคหลอดเลือดสมอง รู้ทันป้องกันได้ กิจกรรมล้อมรั้วบ้านต้านโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมร่วมใจคนในบ้านต่อต้านโรคหลอดเลือดสมอง และ กิจกรรมครอบครัวไร้โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-Square test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่าหลังการทดลองการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

¹นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชานามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: supranee@pckpb.ac.th

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sutham.nan@mahidol.ac.th

³ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: korravarn.yod@mahidol.ac.th

⁴รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: chokchai.mun@mahidol.ac.th

⁵รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: pimsurang.tae@mahidol.ac.th

Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.

สรุปผล: โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีได้

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, การสนับสนุนของครอบครัว, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Introduction: Cerebrovascular disease (CVD or Stroke) has been known as one of the causes of paralysis. Stroke is a major health problem that is a cause of death among global citizens. As the trend of global increasing aging society, stroke is predicted as an important disease and worldwide mortality.

Research objectives: This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of the family-supported stroke prevention program among elderly people who have a high risk stroke in community. This program is developed by a health belief model and social support theory.

Research methodology: The program was guided by a health belief model and social support theory. Sample included the elderly persons aged between 65-80 years old and was diagnosed by a physician as having one of chronic diseases (hypertension, diabetes mellitus, and coronary heart disease). Thirty participants were randomly assigned to either control or experimental group. The family support stroke prevention program lasted for 6 weeks and was divided into 4 activities including: 1) beware of stroke, 2) protect yourself and family member from stroke, 3) all family members against stroke together, and 4) free paralysis in family. Data were collected using questionnaire at pre-test and post-test. Findings were analyzed using mean, standard deviation, chi-square, independent sample t-test, and paired sample t-test.

Results: showed that in the experimental group, mean scores of perceived susceptibilities, perceived benefit, perceived barrier of stroke prevention behavior, and perceived family support were significantly higher than the comparison group ($p < .05$). Post-test mean score of the experimental group was statistically significantly higher than pre-test mean score ($p < .05$).

Conclusions: This revealed that the program was able to enhance older people's perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers, and capability to develop preferable stroke prevention behaviors. It is recommended that health care organizations should promote and implement family-supported prevention program as an effective tool in creating health activities for health improvement among older persons.

Implications: The health care sectors can apply this program to improve in health promotion for older people to get well-being successfully.

Keywords: high risk stroke order persons, family support, stroke prevention

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ stroke) หรือที่เรียกกันว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO)¹ ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในกลุ่มอายุ 15-69 ปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคน ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรทั่วโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ โดยมีการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากปี พ.ศ. 2535 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมากทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โดยประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 689,000 ดอลลาร์สหรัฐ²

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ โดยมีผู้เสียชีวิตมากถึง 24.66 ต่อแสนประชากร³ และมีแนวโน้มของอัตราการตายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 31.7 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 43.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558⁴ พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร 3.34 เท่า รองลงมาคือภาคกลาง 2.41 เท่า⁵ จากข้อมูลอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 5 มีมากถึง 107 ต่อแสนประชากร และในจังหวัดเพชรบุรีก็มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วจาก 8 ต่อแสนประชากรเป็น 48 ประชากรในปี 2560⁶

อำเภอท่ายางเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรีที่กำลังเผชิญปัญหาการมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอท่ายางพบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.00 โรคเบาหวานร้อยละ 11 ภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22.27⁷ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต และจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

ร้อยละ 19 กลุ่มเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 16 และกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย ร้อยละ 16 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังดังกล่าวมีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องมากถึง ร้อยละ 58.60 และขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 59.10⁸ หากเกิดโรคหลอดเลือดสมองผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากการเสียชีวิตแล้ว ผู้ที่รอดชีวิตต้องเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาระในการดูแลของครอบครัวและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวและเกิดความเครียดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกัน ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 3-17 เท่าของคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะมีอัตราเสี่ยง 2-6 เท่า โรคเบาหวานมีอัตราเสี่ยง 2-4 เท่า ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยการควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับไขมันในเลือด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การลดอาหารเค็ม และเพิ่มการรับประทานผัก รวมทั้งการออกกำลังกาย¹⁰ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

อย่างไรก็ตามการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยพื้นที่จังหวัดเพชรบุรียังมีการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จึงต้องหาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายอย่าง ผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Watcharanurak และ Klubklay¹¹ ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุน ยังมีส่วนในการปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตลอดจนพฤติกรรมช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา¹²

จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹³ ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรอย่างหนึ่งเพื่อป้องกันโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้จากการปฏิบัติกับผลเสีย เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงค่าใช้จ่ายและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การออกแบบวิจัยเป็นกึ่งทดลอง (quasi- experimental research design) แบบ Pretest-posttest design with nonequivalent groups

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 ใน 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดและโรคหัวใจ ตามประวัติในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-80 ปี ที่มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 ใน 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในหลอดเลือด โรคหัวใจ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแบบประเมิน¹⁵ ตั้งแต่ระดับปานกลางหรือมีคะแนนความเสี่ยงตั้งแต่ ร้อยละ 10 เป็นต้นไป อาศัยอยู่กับครอบครัว 1 ปีขึ้นไป มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านในตง อำเภอท้ายาง จังหวัดเพชรบุรี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ โดยใช้สูตรของ Lemeshow¹⁶ ได้จำนวนตัวอย่างในการศึกษากลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านในดง โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าวาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ที่มาของรายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน สมาชิกครอบครัว ความสัมพันธ์กับสมาชิกที่ดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นคำถามให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราลและการทบทวนวรรณกรรม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง รู้ทัน ป้องกันได้ เป็นการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว โดยเป็นกิจกรรมให้ความรู้ วัตถุประสงค์และตัวแบบด้านลบในกลุ่มใหญ่ และร่วมกันค้นหาโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ล้อมรั้วบ้านต้านโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการบรรยายและชมวีดิทัศน์ และเสริมทักษะการปฏิบัติตัวโดยจัดเป็นกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดยา และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3-5 กิจกรรมที่ 3 รวมใจคนบ้าน ต่อต้านโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนำทักษะจากการฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ 2 ไปปฏิบัติ ส่วนสมาชิกครอบครัวได้ให้การสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และรับข้อความกระตุ้นเตือนผ่านทางโทรศัพท์มือถือวันเว้นวัน

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 4 ครอบครัวไร้โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในช่วงสัปดาห์ที่ 3-5 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวจะได้แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว และสอบถามการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมีค่า CVI 0.92 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่า CVI 0.96 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวเพื่อ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่า CVI 0.90 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่า CVI 0.90 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (cronbach' alpha coefficient) แบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับมีความเที่ยง 0.91 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพมีความเที่ยง 0.97 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองค่าความเที่ยง 0.97 แบบ สัมภาษณ์การรับรู้การสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองค่าความเที่ยง 0.93 ในส่วนของโปรแกรมฯ และคู่มือ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของ ครอบครัวนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถทำ กิจกรรมได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ MUPH 2018-166 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 และได้รับอนุญาตจากหัวหน้า สาธารณสุขอำเภอท่ายางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการ เก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผลดีและผลเสียที่ อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอ ถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพ รวม และลงชื่อในเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการวิจัย นอกจากนี้กลุ่ม เปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมในโปรแกรมและเอกสารการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองเมื่อ สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 โดย ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสัมภาษณ์จาก ผู้วิจัย ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลัง

ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) ในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบาย ข้อมูลทั่วไป โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัย ส่วนบุคคล โดยสถิติไคสแควร์ในการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ของทั้งสองกลุ่ม การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent Sample t-test และการเปรียบเทียบคะแนนภายใน กลุ่มทดลองใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดค่าระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยการตรวจสอบการแจกแจง ของข้อมูล ทุกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสอง กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 และ 73.3 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 79 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 73.73 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบ 72.40 ปี กลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.70 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 50 ความเพียงพอ ของรายได้ในกลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.70 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 36.70 ระดับการศึกษา ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คือระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 93.30 การประกอบอาชีพในกลุ่ม ทดลองประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.70 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.70 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 43.30 และไม่ได้ประกอบ อาชีพ ร้อยละ 43.30 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 96.70 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมัน ในเลือดสูง ร้อยละ 73.30 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 100 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.30 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะ ทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มี ความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง การทดลองในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ย

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 20.30 และ 23.30 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 17.60 และ 19.20 ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 16.76 และ 19.20 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 9.93 และ 14.77 ตามลำดับ พฤติกรรมการป้องกันโรคตลอดเล็ดสมองเท่ากับ 30.70 และ 33.03 ตามลำดับ การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคตลอดเล็ดสมองเท่ากับ 29.80 และ 41.80 ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 23.30 และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 18.60 การรับรู้ความรุนแรงกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 19.20 และ 15.43 ด้านการรับรู้ประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ย 19.16 และกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 15.40 การรับรู้อุปสรรคกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.73 และกลุ่มเปรียบเทียบ 10.73 พฤติกรรมการป้องกันโรคตลอดเล็ดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 33.03 และกลุ่มเปรียบเทียบ 32.30 การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคตลอดเล็ดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 41.80 และกลุ่มเปรียบเทียบ 26.37 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent Sample t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคตลอดเล็ดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคตลอดเล็ดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคตลอดเล็ดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคตลอดเล็ดสมอง การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคตลอดเล็ดสมองของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (N = 30 คน)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	20.30	2.18	23.30	.83	-8.09	29	<.001*
การรับรู้ความรุนแรง	17.60	1.94	19.20	1.03	-4.15	29	<.001*
การรับรู้ประโยชน์	16.76	2.41	19.16	.94	-9.34	29	<.001*
การรับรู้อุปสรรค	9.93	1.57	14.77	1.22	-11.93	29	<.001*
พฤติกรรมการป้องกัน	30.70	4.46	33.03	1.51	-2.93	29	<.006*
การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว	29.80	8.80	41.80	3.12	-7.74	29	<.001*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 30 คน)

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	23.30	.83	18.60	2.32	10.40	58	<.001*
การรับรู้ความรุนแรงฯ	19.20	1.03	15.43	1.27	12.56	58	<.001*
การรับรู้ประโยชน์ฯ	19.16	.94	15.40	1.99	9.34	58	<.001*
การรับรู้อุปสรรคฯ	14.73	1.22	10.37	1.31	12.18	58	<.001*
พฤติกรรมการป้องกันฯ	33.03	1.51	32.30	3.17	1.88	58	<.012*
การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว	41.80	3.12	26.37	6.41	11.85	58	<.001*

*p<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด และ การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน มีการกระจายของประชากรไม่แตกต่างกัน ความสามารถในการเรียนรู้ในด้านระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน พบว่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับโดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบและการป้องกันโรคโดยการบรรยายจากผู้วิจัย และประเมินโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ทำให้รับรู้โอกาสว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือที่ค้นและตัวแบบด้านลบ ทำให้เห็นความรุนแรงหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับประสบการณ์ตรงจากการฝึกทักษะในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

การรับทราบที่เหมาะสม การรับทราบให้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคประจำตัว โทษของบุหรี่และสุราต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังฝึกทักษะกลุ่มตัวอย่างได้นำทักษะที่ฝึกไปใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัว ทั้งนี้จากการที่สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ ได้รับข้อความ (SMS) ความรู้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจากผู้วิจัยทำให้เกิดการพูดคุยกัน และสมาชิกครอบครัวเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ และผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับ Ruchirawat, Loengubol และ Wannaprapan¹⁷ ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง เป็นการกระตุ้นให้บุคคลต้องปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยดังกล่าว ทั้งนี้กิจกรรมได้มุ่งเน้นการนำทักษะที่ได้ไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยกำหนดให้มีการจดบันทึกและระบุปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และอภิปรายแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับและตัดสินใจที่จะปฏิบัติต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker¹³ ที่ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคต้องมีความเชื่อและรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปฏิบัติตัวที่จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและจากการได้ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การรับรู้ประโยชน์ สอดคล้องกับ Sanprakhon, Chusri และ Wongwisadkul¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดการส่งเสริมให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องและช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่นำโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ไปจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุเพื่อ

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และปฏิบัติตัวป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีต่อไป

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุข สามารถผสมผสานโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกับกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนกิจกรรมการมีส่วนร่วมในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว

3. บุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มกิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เห็นสภาพจริงที่เป็นอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงรายบุคคล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษารูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพิ่มการเปรียบเทียบตัวแปรตามในเรื่องของระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด

2. ควรศึกษาในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมทั้งการพัฒนาสื่อทางโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ หรือแอปพลิเคชันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. World Stroke Organization [internet]. 2014 [cited 2016 Mar 19]. Available from: <http://www.Worldstrokeorganization.org>.
2. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics-2009 update: A report from the American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation* 2009; 119(3):480-6.
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2017. Bangkok: Samcharoen Panich; 2017. (in Thai).
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistic A.D 2016. Bangkok: Samcharoen Panich; 2016. (in Thai).
5. Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Puthkhao P, Towanabut S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) study. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2011;94(4):427-36.
6. Phetchaburi Public Health Office. Incidence Rate of Stroke [Internet]. 2018 [cited 2018 March 20]; Available from http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/Index_pk.php. (in Thai).
7. Phetchaburi Public Health Office. Genetic screening [Internet]. 2018 [cited 2018 March 20]; Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.
8. Boontae U, Duangchan C, Tawchantuk T, Polin S. Elder's health status and quality of life under the health care provided by community network and simulated families. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(3):175-85. (in Thai).
9. Nidhinandana S, Sithinamsuwan P, Chinvarun Y, Wongmek W, Supakasem S, Suwantamee J. Prevalence of post stroke depression in Thai stroke survivors studied in Phramongkutklao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2010;93 Suppl:60-4.
10. Prasat Neurological Institute, Ministry of public Health. Clinical nursing practice guideline for stroke. Bangkok: Thana Place; 2015. (in Thai).
11. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors influencing preventive behavior among stroke-risk patients in Songkhla province, The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):217-33. (in Thai).
12. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *Journal Advance Nursing* 1993;18(2): 203-10.
13. Becker MH. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs* 1974;2(4):354-85.

14. House, JS. The nature of social support. In MA. Reading (Ed). Work stress and social support Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
15. Sompol C, Rawiworakul T, Kirdmongkol P. Effects of a stroke prevention program for older adults with hypertension. Journal of Public Health Nursing 2017;31(special edition):57-73. (in Thai).
16. Lemshow S, Hosmer DW, Kja J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. England: John Wiley & Sons; 1990.
17. Ruchirawat S, Loengubol J, Wannaprapan B. Application of health belief model with social support for health behavior modification to stroke prevention in elderly patients with hypertension in Nongkatum Sub-District Health Promotion Hospital, Juntuk Sub-District, Pakchong District, NakhonRatchasima Province. The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal 2017;23(2):55-63. (in Thai).
18. Sanprakhon P, Chusri O, Wongwisadkul S. The Effects of health belief application program in older adults with risk of coronary artery disease in a community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2018;28(3):87-100. (in Thai).