บทความวิจัย

The Effects of a Protection Motivation Program for Stroke Prevention among the Elderly with Comorbid Uncontrolled Diabetes Mellitus and Hypertension in Samut Sakhon Province

Received: Dec 5, 2025
Revised: Apr 18, 2026
Accepted: Apr 24, 2026

Prakanya Sodsaritkul, M.N.S.[1]
Pimrat Thammaraksa, Dr.P.H.[2*]
Arpaporn Powwattana, Ph.D.[3]
Jeamjai Srichairattanakool, Dr.P.H.[4]

Abstract

Introduction: The incidences of strokes are increasing among older adults with diabetes and uncontrolled hypertension due to a low awareness of severity, risk, outcomes, and self-efficacy.

Research objectives: To examine the effects of a Protection Motivation Program focusing on stroke prevention behaviors among older adults with uncontrolled diabetes and hypertension in Samut Sakhon Province.

Research methodology: A quasi-experimental study compared a 6-week PMT-based program (n = 33) with the comparison group received usual care (n = 42). Data were collected at pre-test, post-test, and the four-week follow-up using questionnaires. Data were analysed using descriptive statistics, the Mann–Whitney U, and the Friedman tests.

Results: The experimental group showed significant improvements in perceptions and stroke prevention behaviors ($p < .001$), all outcomes were significantly higher than those in the comparison group at all time points of measurements ($p < .001$).

Conclusions: The PMT-based program improved the perceptions of stroke-related severity, perceived susceptibility, response efficacy, self-efficacy, and stroke-preventive behaviors.

Implications: The PMT-based program may serve as a practical guideline for healthcare providers to promote stroke prevention among older adults with diabetes and uncontrolled hypertension.

Keywords: older adults with comorbidities, protection motivation program, stroke prevention behaviors

[1]Students in the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Email: prakanya.2536@gmail.com

[2]Corresponding author: Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Email: pimrat.t@bcn.ac.th*

[3]Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok Thailand. Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

[4]Assistant Professor: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Email: jeamjai.s@bcn.ac.th

[1-2,4]Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

ประกัญญา โสรจสฤษฏ์กุล พย.ม.[1]
พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา ส.ด.[2*]
อาภาพร เผ่าวัฒนา ปร.ด.[3]
เจียมใจ ศรีชัยรัตนกูล ส.ด.[4]

Received: Dec 5, 2025
Revised: Apr 18, 2026
Accepted: Apr 24, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และมีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเสี่ยง ผลลัพธ์ และความสามารถในตนเองในระดับต่ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 33 คน กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 42 คน ทำการเก็บข้อมูลก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสถิติแมน-วิทนีย์ยู และฟรีดแมน

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาตามทฤษฎีเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเชิงปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม โปรแกรมแรงจูงใจในการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: prakanya.2536@gmail.com

[2]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: pimrat.t@bcn.ac.th*

[3]ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: jeamjai.s@bcn.ac.th

[1-2,4]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ในปัจจุบันพบอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2563 พบว่าในแต่ละปีมีอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน[1] ซึ่งคาดการณ์ว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2593 จะมีอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี[2] เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรในจังหวัดสมุทรสาครและอำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าประชากรในช่วงอายุอื่นและเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ตามลำดับดังนี้ .807, .847 และ .8883 และ .307, .330 และ .335[3] นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จะยิ่งทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้นตั้งแต่ 1.6 ถึง 6 เท่า และจะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงมากขึ้นหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[4] หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[5] เมื่อพิจารณาการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราความชุกโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง 72,568.58 ต่อแสนประชากร[3] แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมในจังหวัดสมุทรสาครมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้

การควบคุมระดับความดันโลหิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง[4-5] สำหรับอำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีอัตราความชุกโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี (7,306.82, 7,533.80 และ 7,821.30 ต่อแสนประชากร) และพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เท่ากับ 92.69, 92.47 และ 92.18 ตามลำดับ[3] ในขณะเดียวกันยังพบว่า มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (14,476.75, 14,575.86 และ 14,997.99 ต่อแสนประชากร) โดยร้อยละของผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เท่ากับ 85.52, 85.42 และ 85 ตามลำดับ[3] และพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ทั้งสองโรคเท่ากับ 72.57 โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุ 91 คนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[3] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งที่ปัจจัยเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง[6-7] การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง[6-7] การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง[5,8] การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง[5,8] พฤติกรรมการรับประทานอาหาร[5,9] พฤติกรรมการรับประทานยา[5,9] พฤติกรรมการออกกำลังกาย[6-7] ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ[9-10] เพศ[9-10] สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน พบว่า ผู้สูงอายุเคยได้รับความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากแพทย์และพยาบาลรวมทั้งสื่อต่าง ๆ แต่ยังขาดการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และไม่เคยคิดว่าถ้าตนเองไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ควบคุมระดับความดันโลหิต จะทำให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงเพียงใดตามมา เนื่องจากคิดว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยากและไม่สามารถทำได้ ทั้งการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory, PMT) ของโรเจอร์ อธิบายว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ความกลัว 2 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งเป็นการประเมินภาวะคุกคาม และ 2) การรับรู้ผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถตนเอง อันเป็นการประเมินการเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจภายในและภายนอกเพียงพอ จะนำไปสู่ความตั้งใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยได้รับอิทธิพลจากสื่อ สิ่งแวดล้อม ตัวแบบ บุคลิกภาพ และประสบการณ์ในอดีต จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมามุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพียงโรคใดโรคหนึ่ง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยังขาดการบูรณาการเชื่อมโยงพยาธิสภาพ และการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค แต่ข้อมูลสำคัญกลับพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ยิ่งมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส[11] มาจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

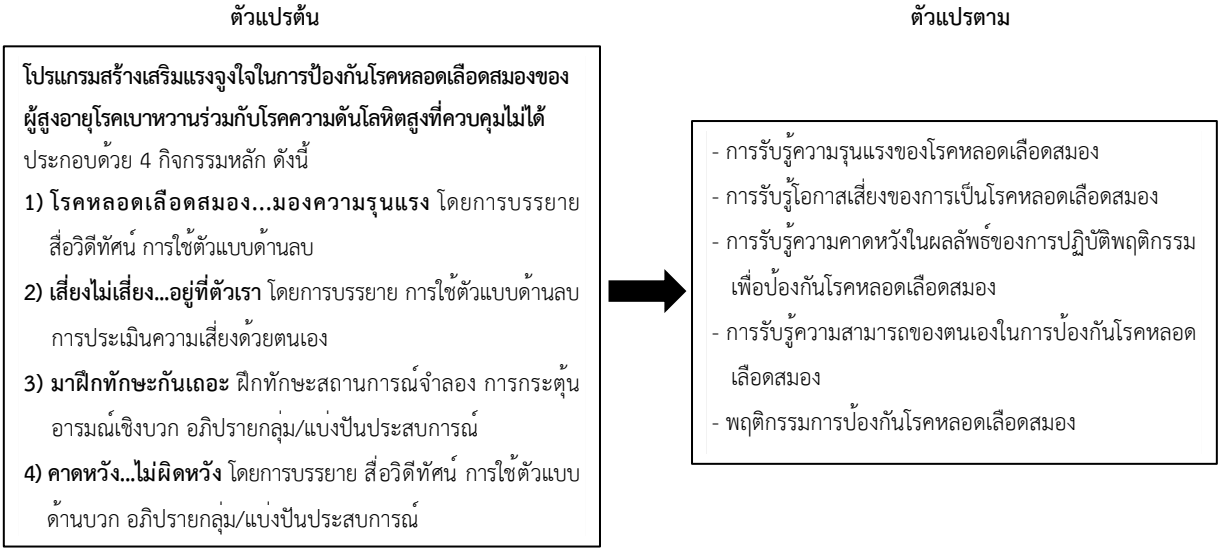
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์[11] เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมุ่งปรับการรับรู้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้อันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) คือ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และ 2) การรับรู้ความสามารถในการเผชิญอันตราย (Coping appraisal) คือ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ดังภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 91 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ (HbA1c > 7 mg% และ/หรือ BP ≥ 140/80 mmHg) ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองเสื่อม สื่อสารและเรียนรู้ได้ (TMSE ≥ 23) และช่วยเหลือตนเองได้ (IADL 9 – 12 คะแนน) ทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอมตน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยจนเข้าร่วมไม่ได้ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ หรือย้ายที่พักระหว่างศึกษา ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า Effect size = .631, α = .05 และ Power = .80 ได้จำนวน 32 คน จากนั้นคำนวณเพิ่มร้อยละ 30 เพื่อชดเชยการสูญหาย ได้กลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน รวม 84 คน ทั้งนี้ กลุ่มทดลองถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 คน เนื่องจากไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าในแต่ละ รพสต. โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามลำดับบัตรคิวเลขคู่-เลขคี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “โรคหลอดเลือดสมอง...มองความรุนแรง” (60 นาที) ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุดูวิดีทัศน์ตัวแบบเชิงลบที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง แล้วบรรยายเสริมเพื่อให้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะผู้ช่วยวิจัยในการวัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง วัดรอบเอว

การสอบถามแบบสอบถาม และช่วยในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม สถานที่ดำเนินวิจัย ได้แก่ รพ.สต.บ้านโพธิ์แจ้ รพ.สต.บ้านกสิกรรมนิคมเกลือ รพ.สต.บ้านอ้อมโรงหีบ รพ.สต.บ้านบางโทรัด และ รพ.สต.บ้านบางหญ้าแพรก กิจกรรมที่ 2 “เสี่ยงไม่เสี่ยง...อยู่ที่ตัวเรา” (60 นาที) ผู้วิจัยให้ดูวิดีทัศน์สะท้อนพฤติกรรมเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมประเมินความเสี่ยงด้วย Thai CV Risk Score และ สบช. โมเดลปิงปองจราจร 7 สี เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ระดับความเสี่ยงของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 “มาฝึกทักษะกันเถอะ” ผู้วิจัยฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองผ่านสถานการณ์จำลอง เช่น การจัดเมนูอาหาร การจัดยา และการออกกำลังกาย โดยเสริมแรงเชิงบวก และให้คำชมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง กิจกรรมที่ 4 “คาดหวัง...ไม่ผิดหวัง” ผู้วิจัยให้ชมวิดีทัศน์ของต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม พร้อมบรรยายและอภิปรายกลุ่ม เพื่อสร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ได้แก่ การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน (บาท) และประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว จำนวน 6 ข้อ

2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (3) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ (4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงระดับการรับรู้และการปฏิบัติมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่เป็นเชิงลบจะมีการกลับด้านคะแนน

3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำเลย เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงระดับการรับรู้และการปฏิบัติมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .868, .736, .670, .858 และ 1.00 ตามลำดับ

2) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นท่านเดียวกับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม เช่น ลักษณะกิจกรรม เนื้อหาของกิจกรรม และความสอดคล้องของกิจกรรมกับทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ เป็นต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสรุปข้อเสนอแนะและปรับแก้ไขรายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้เรียบร้อยก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ IRB. BCNB-2567-12 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ก่อนดำเนินโปรแกรมผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยสิทธิที่พึงได้รับ วิธีดำเนินการวิจัยรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของอาสาสมัคร มีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ ก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 2 และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังการทดลอง (Follow-up) ในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann Whitney U Test และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Friedman Test เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งไม่ปกติ (Non-normal Distribution)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคุณลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกัน โดยมีอายุที่ใกล้เคียงกัน (อายุเฉลี่ย 67.39 ปี และ 67.55 ปี ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 78.80 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 66.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.60 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 69 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.64 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 85.72 ยกเว้นการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงไม่นำการประกอบอาชีพเป็นตัวแปรร่วมในการศึกษานี้

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 33)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)				Z	p-value
	Max	Min	Med.	Md	Max	Min	Med.	Md		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	20	9	15		20	10	15		1.170	.242
หลังการทดลอง	20	14	20		20	10	15		4.930	.001*
ระยะติดตามผล	20	20	20		20	10	15		6.271	.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	20	10	15		20	10	15		3.245	.001*
หลังการทดลอง	20	14	20	5	20	10	15	0	4.092	.001*
ระยะติดตามผล	20	20	20	5	20	10	15	0	6.740	.001*

*$p < .05$, Med. = Median, Md = Median of Difference

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 33)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)				Z	p-value
	Max	Min	Med.	Md	Max	Min	Med.	Md		
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	24	11	18		24	13	18		2.242	.025*
หลังการทดลอง	24	12	24	6	24	11	18	0	4.177	.001*
ระยะติดตามผล	24	24	24	6	24	12	19	1	6.420	.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	28	14	21		28	12	20		2.216	.027*
หลังการทดลอง	28	17	24	3	28	14	20	0	3.830	.001*
ระยะติดตามผล	28	27	28	7	28	13	21	1	6.622	.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง										
ก่อนการทดลอง	45	0	33		44	13	27		2.567	.010*
หลังการทดลอง	45	26	40	7	45	4	26	-1	4.635	.001*
ระยะติดตามผล	45	35	45	12	45	15	34	7	6.249	.001*

*p <.05, Med. = Median, Md = Median of Difference

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 33)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)				
	ค่ามัธยฐาน (Med.)					ค่ามัธยฐาน (Med.)				
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล	χ^2	P-value	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล	χ^2	p-value
การรับรู้ความรุนแรงฯ	15	20	20	45.371	<.001	15	15	15	1.632	.442
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	15	20	20	42.084	<.001	15	15	15	5.577	.062
การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ฯ	18	24	24	41.011	<.001	18	18	19	22.710	.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ	21	24	28	45.964	<.001	20	20	21	11.784	.003
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	33	40	45	35.025	<.001	27	26	34	9.673	.008

*p < .05, Med. = Median

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการรับรู้ความรุนแรงเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ[12] กิจกรรม “โรคหลอดเลือดสมอง...มองความรุนแรง” ผ่านการชมสื่อวิดีทัศน์ และตัวแบบด้านลบช่วยกระตุ้นความตระหนักถึงผลกระทบของโรค ทำให้การรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน[16] ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12,16]

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ[13] กิจกรรม “เสี่ยงไม่เสี่ยง...อยู่ที่ตัวเรา” ที่ใช้ Thai CV Risk Score และโมเดลปิงปองจราจร 7 สี ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินและตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองได้ชัดเจน[14] ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวช่วยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและมีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13-14]

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers

ที่เน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์และแรงเสริมเชิงบวก[14] กิจกรรม “มาฝึกทักษะกันเถอะ” ที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงและการเสริมแรงเชิงบวก ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น[8] ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการใช้โปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8,14]

4. การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการคาดหวังผลลัพธ์เชิงบวกเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[8] กิจกรรม “คาดหวัง...ไม่ผิดหวัง” ที่ใช้วิดีทัศน์บุคคลต้นแบบและการอภิปรายกลุ่ม ช่วยเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง[13] ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าโปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8,13]

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ที่เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผ่านการรับรู้และการฝึกทักษะ[15] กิจกรรมที่เน้นการรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น[17] ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าโปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15,17]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายโปรแกรมไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ในการทำวิจัยกับกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านหนังสือได้ มองไม่ชัด เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการทำโปรแกรมฯ ได้มากขึ้น

References

1. World Health Organization. Stroke, cerebrovascular accident [Internet]. 2017 [cited 2024 Aug 11]. Available from: http://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2017_online.pdf
2. Jullamate P. Nursing care for older adult with stroke. Chonburi: Faculty of Nursing, Burapha University; 2022. (in Thai)
3. Ban Bang Nam Chuet Subdistrict Health Promoting Hospital. Health Data Center (HDC) [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 1]. Available from: https://hdc.moph.go.th/skn/public/main
4. Panthong W, Saiyot, R. Factors associated with cerebrovascular disease in patients with diabetes and hypertension at Srinarong Hospital. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2024;18(1):193-208. (in Thai)
5. Wongchana T, Pattanathaburt P, Noosorn N. Factors affecting stroke prevention behavior among uncontrolled-hypertensive patients in Muang district, Phitsanulok Province. Journal of Disease Control 2021;48(2)293-306. doi: 10.14456/dcj.2022.25 (in Thai)
6. Sittiyodying C. Prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension: The correlations between health beliefs and self-care behaviors. Journal of Health Sciences and Pedagogy 2022;2(2):46-60. (in Thai)
7. Aittharotrattana P, Sombat P, Krabthip Y, Chaychoowong K, Phokham B. The relationship between the health belief model in prevention of stroke and health behavior according to the 3E2S principle among hypertension patients, Saen Suk Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang Chon Buri District, Chon Buri province. Journal of the Office of Disease Prevention and Control 10 Ubon Ratchathani 2023;21(2):52-65. (in Thai)
8. Aeimprome R. The effectiveness of motivation program for disease prevention among elderly people with risk of stroke in Sukhothai Province. [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
9. Khamnan K, Phochai S, Phromphakde T, Prompen P. Relationship of personal factors knowledge with risky behaviors on cerebrovascular disease among the elderly with hypertension. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) 2023;38(2):79-90. (in Thai)
10. Sariganont J. The prevalence and factors affecting the occurrence of stroke in the population of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of Environmental Education Medical and Health 2024;9(4):420-30. (in Thai)
11. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. Journal of Personality and Social Psychology 1975;91(1):93-114. doi: 10.1080/00223980.1975.9915803.
12. Dashti S, Dabaghi P, Tofangchiha S. The effectiveness of training program based on protective motivation theory on improving nutritional behaviors and physical activity in military patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Family Medicine Primary Care 2020;9(7):3328-32. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_70_20

13. Promdum P, Sukchaisong N. The effectiveness of the application of the protection motivation theory and social support of antihypertensive drug behavior among elderly people in Bangkok Metropolitan. Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing 2021;32(2):131-43. (in Thai)
14. 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 Issue):58-74. (in Thai)
15. Palakeaw P, Yanachai J, Phanphop S. Effects of stroke prevention program among hypertension patients Ban Donkaew Sub District Health Promotion Hospital Thoen District, Lampang Province. Journal of Hospital and Community Health Research 2023;1(1):15-25. (in Thai)
16. Tritipsombut J. A follow-up study of the effects of health education program by using an application of protection motivation and social support theories on the blood pressure control of the hypertension risk groups. Srinagarind Medical Journal 2018;33(6):543-50. (in Thai)
17. Wanutha S. Effects of stroke prevention program in patients with uncontrolled RongKham District, Kalasin Province. Journal of Health and Environmental Education 2023;8(4):142-51. (in Thai)