Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

บทความวิจัย Research article

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

ศุภณัฐกรณ์ มูลฟู วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)*

Received: 27 ก.ค.65
Revised: 18 ส.ค.65
Accepted: 19 ส.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: อำเภอเมืองปานพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราป่วย 263.81 ต่อแสนประชากร ผู้ที่ไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson (correlation coefficient)

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.01

สรุป: โปรแกรมนี้สามารถประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างทักษะการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง, ความเชื่อด้านสุขภาพ

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

Effects of A Stroke Prevention Program for People with Hypertension by Applying Health Belief Theory in Mueang Pan District Lampang Province

Supanutthakorn Moonfoo B.Sc. (public health)*

Abstract

Introduction: Mueang Pan District, Lampang Province, was found to have an increasing stroke rate every year. In 2021, the rate was 263.81 per 100,000 people. Those who cannot control their blood pressure have a high risk of stroke.

Methods: This quasi-experimental research explored the effectiveness of a stroke prevention program in hypertensive patients. Sixty-six (66) people were recruited by simple random sampling to compare the outcomes before and after the experiment. A total of four activities were conducted. Data were collected before and after the trial using the Health Belief Perception Scale and the Stroke Prevention Behavior Scale. The data were then analyzed by mean, percentage, and Pearson correlation coefficient.

Results: The mean score on the samples' perceptions of health beliefs and stroke prevention behaviors after the experiment was higher than that before the experiment. The perceived severity of stroke was significantly associated with the perceived benefit of self-care behaviors (p=0.01).

Conclusion: This program can be applied to change health behaviors by organizing learning activities that help enhance self-care skills.

Keywords: Patients with essential hypertension, Cerebrovascular disease, Health beliefs

*Muang Pan District Public health office, Lampang province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular หรือ CVA) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก[1] โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการเป็นอันดับสองของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน[2] องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประมาณการว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และในปี พ.ศ.2564

ประเทศไทยมีอัตราป่วยของประชาชนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 219.71ต่อแสนประชากร และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2561-2564 ประเทศไทยมีอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 8.27, 8.05, 8.01 และ 8.38 ตามลำดับ[3]

โดยเฉลี่ยคือ ในทุก ๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน[2] จากสถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าอัตราป่วย อัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มความรุนแรงที่สูงขึ้นและผู้รอดชีวิตมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่

จังหวัดลำปางพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2552 พบอัตราป่วย 197.07 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 198.37 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ เป็นอันดับ 1 ในเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่[3] ในส่วนอำเภอเมืองปานพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563 พบอัตราป่วย 7,322.54, 7,794.87 และ 8,202.31 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[4] ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ และการมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองของคนในครอบครัว[5] จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทย ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวและถาวร พบโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมสูงถึงร้อยละ 55[2]

จากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) [7]กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคได้ บุคคลต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไข จากการศึกษาของ อาภรพรรณ ข้ามสาม[8] ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้ามอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ พบว่าผู้ปาวยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนท่าข้ามมีความเชื่อด้าน สุขภาพในระดับที่ดี แต่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และ การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย

(Rosenstock,1974)[9] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มาจัดทำเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำไปสู่การปฏิบัติตนที่ดีและเป็นแนวทางในการวางแผนลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

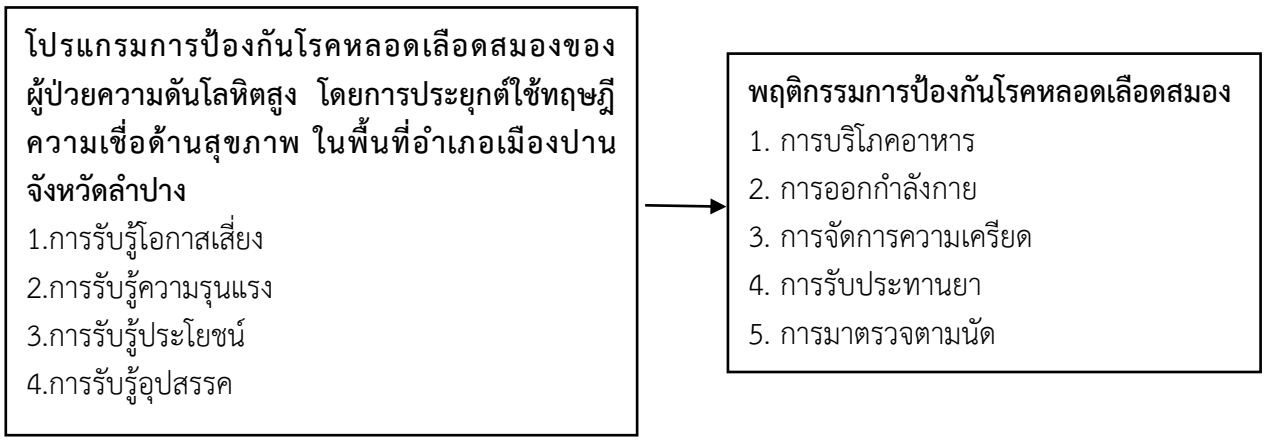
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Breckler[7] กล่าวถึงความตระหนักรู้ของบุคคลว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า คือ ข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ต่าง ๆ จะก่อให้เกิดความรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ จำแนกและรับรู้เป็นพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับความรู้สึก และอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของความตระหนักรู้มี 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ค่านิยมความเชื่อและพฤติกรรม หรือการปฏิบัติ โดยความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ความเชื่อหรือความมั่นใจใน สิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ พฤติกรรมเป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้าหรือแนวโน้มที่บุคคลปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้นำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มาเป็น กรอบแนวคิด ในการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง



วิธีการศึกษา (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มเดียวประเมินผลก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม (One Group Pre-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 2 กลุ่ม จาก 2 พื้นที่ พื้นที่ละ 1 กลุ่มโดยใช้กิจกรรมแบบเดียวกันทั้งสองกลุ่ม มีการออกแบบการวิจัย ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงข้อมูลโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิลงนาม ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3. นัดหมายวันที่จะดำเนินการตามโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย สถานที่ นัดหมายการทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การควบคุมระดับความดันโลหิตและการรับประทานยา ใช้เวลา 2 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15-20 รายประกอบด้วยกระบวนการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและกระบวนการสร้างการรับรู้ความรุนแรงจาก การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยอธิบายโอกาสในการเจ็บป่วย พร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่างการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการเรียนรู้พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสรุปสำคัญพร้อมนัดหมายให้บันทึกระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรมแล้วนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กระบวนการสร้างความรู้ โดยมีการสร้างเสริมให้ความรู้ด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15-20 ราย แล้วให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยกันสรุปถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ซึ่งเป็นการสร้างการยอมรับและเห็นประโยชน์ของการกระทำนั้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง เรื่อง การควบคุมอาหาร, การลดการสูบบุหรี่ และการลดการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15-20 ราย โดยการกระตุ้นให้ทบทวนประสบการณ์ของตนเอง แล้วนำเสนอวีดีทัศน์เป็นการเรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่มีพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการสะท้อนคิดและได้ข้อเตือนสติในการปฏิบัติตัวเริ่มจากการสังเกตตนเอง พร้อมกับการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมการจัดการตนเองที่บ้าน ในเรื่องการใช้บริการสุขภาพการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าให้คำปรึกษา แนะนำเสริมแรงโดยการติดตามโทรศัพท์ 1 ครั้ง ใช้เวลา 15-20 นาที พร้อมเตือนการนัดหมายฝึกทักษะต่าง ๆ

หลังการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง จำนวน 637 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้เกณฑ์ของเด็มเซ่และเด็มเซ่ (Dempsey and Dempsey , 1992[10] ที่แนะนำว่าการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างควรมีขั้นต่ำ 60 ราย จึงทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากหน่วยบริการ โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสุ่มในหน่วยบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ทั้งหมด 9 แห่ง สุ่มได้หน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งข่วง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเวียงเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แห่งละ 33 ราย รวมทั้งหมด 66 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประยุกต์ใช้เครื่องมือของกษมา เชียงทอง (2560)[11] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีค่าความเชื่อมั่น โดยรวมเท่ากับ 0.82 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.84 ด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.65 ด้านการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 0.81 การรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 0.82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และประวัติการเจ็บป่วย

2.2 แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพประยุกต์ใช้เครื่องมือของของนพดล คำภิโล (2559)[12] ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.73 จำนวน 23 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก การแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องและประยุกต์มาจากแบบสอบถามของบุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล (2554)[13] ที่ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนสำราญอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จำนวน

22 ข้อ มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามทั้ง 3 ด้านผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.87 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.89

ระยะเวลา ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล 20 เมษายน 2565 – 10 มิถุนายน 2565

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ 059/2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้รับการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลา ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม รับทราบข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 66 คน เป็นเพศชาย 20 คน เพศหญิง 46 คน อายุเฉลี่ย 53.69 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.1) รายได้เฉลี่ย 11,203 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด 600 บาทต่อเดือน มากที่สุด 25,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการป่วยเฉลี่ย 5.31 ปี นานที่สุด 23 ปี น้อยที่สุด 1 ปี โดยมีประวัติการสูบบุหรี่คือ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.2 เคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 16.7 ปัจจุบันยังสูบอยู่ ร้อยละ 12.1 ประวัติการดื่มสุราคือ ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 43.9 เคยดื่มแต่เลิกแล้วร้อยละ 13.6 ปัจจุบันยังดื่มอยู่ ร้อยละ 42.4

2. ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย

2.1 สมมุติฐานข้อ 1 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ตามตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

รายการ (N= 66)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	2.12	0.79	ปานกลาง	2.50	0.81	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	1.91	0.82	ปานกลาง	2.51	0.71	สูง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง

รายการ N= 66	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	1.91	0.67	ปานกลาง	2.17	0.71	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	1.25	0.75	ต่ำ	1.61	0.78	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	1.20	0.79	ต่ำ	1.37	0.61	ต่ำ
ด้านการรับประทานยา	2.47	0.82	ปานกลาง	2.52	0.79	สูง
ด้านการมาตรวจตามนัด	2.05	0.65	ปานกลาง	2.15	0.77	ปานกลาง

2.2 สมมุติฐานข้อ 2 ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.01 การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.05 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.05 ตามตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพ

	รับรู้ความเสี่ยง	รับรู้ความรุนแรง	รับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตัว	รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว
รับรู้ความเสี่ยง	1	.374**	.271*	.127
รับรู้ความรุนแรง	.374**	1	.586**	.138
รับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตัว	.271*	.586**	1	.155
รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว	.127	.138	.155	1

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้าน

	ด้านการบริโภคอาหาร	ด้านการออกกำลังกาย	ด้านการจัดการความเครียด	ด้านการรับประทานยา	ด้านการมาตรวจตามนัด
ด้านการบริโภคอาหาร	1	.094	.300*	.096	.132
ด้านการออกกำลังกาย	.094	1	.053	-.016	-.006
ด้านการจัดการความเครียด	.300*	.053	1	.111	.208
ด้านการรับประทานยา	.096	-.016	.111	1	.407**
ด้านการมาตรวจตามนัด	.132	-.006	.208	.407**	1

อภิปรายและข้อเสนอแนะ (Discussion)

หลังการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมุติฐานและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะเกิดผลดีต่อตัวเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นเพราะเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน Becker[7] จากผลการวิจัย หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค รวมทั้งพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลองโดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐนันท์คำ พิริยะพงศ์[14]ที่ศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง จึงส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ โดย Becker[7] อธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดง พฤติกรรมใดๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา เป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามีความรุนแรงจะเกิดแรงผลักดันที่นำ ไปสู่การเกิดพฤติกรรม ส่วนการเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการเปรียบเทียบ กับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในด้านต่างๆ ข้างต้นดีขึ้น รวมทั้ง ได้รับการกระตุ้นเตือน ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายสุนี เจริญศิลป์[6] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุป (Conclusion)

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อสรุปและเสนอแนะดังนี้ 1. บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการภาระโรคและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2. ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ สามารถนำโปรแกรมที่ได้มาเป็นแนวทางในกำหนดนโยบายระดับอำเภอให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3.ควรมีการศึกษาวิจัยโดยการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. โรคหลอดเลือดสมอง Availablefrom: https://www.bumrungrad.com/th/betterhealth/2552/brain.../Reduce-your-stroke-risk. 2563.
2. สำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกAvailable from: http://www.thaincd.com/2564.
3. คลังข้อมูลสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) Available. from:https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/admin/exchange_list.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
4. กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ปี 2558. 2559 1 เมษายน 2559. Report No.: 1.
5. วิไลพร พุทธวงษ์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา.วารสารสาธารณสุขศาสตร์2557;44(1)30-45
6. สายสุนี เจริญศิลป์.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์).มหาวิทยาลัยนเรศวร.2564
7. Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs, 2(4), 324-508
8. อำภรพรรณ ข้ามสาม. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ . บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่; 2558.
9. Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328-335
10. Dempsey, P. A. & Dempsey, A. D. (1992). Data collection. In P. A. Dempsey and A. D.Dempsey (Eds.), Nursing Research with Basic Statistical Applications (pp.71- 89). Boston: Jones & Bartlet
11. กษมา เชียงทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ .บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่; 2554.
12. นพดล คำภิโล. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง [การค้นคว้าอิสระ]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

13. บุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2554.
14. ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์,ศิริพันธุ์ สาสัตย์.ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.วารสารแพทย์นาวี2560; 44:67-81