การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4*

DEVELOPMENT OF CEREBROVASCULAR DISEASE PREVENTION MODEL OF ELDERLY BY COMMUNITY - BASED IN THE 4th REGIONAL HEALTH

ศิริรักษ์ ปานเกตุ
Sirirak Panket
พรสุข หุ่นนิรันดร์
Pornsuk Hunnirun
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
Western University, Thailand
E-mail: sirinurse@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคมเป็นกรอบแนวคิด มี 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้สูงอายุ 400 คน ตอบแบบสอบถาม และผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้นำชุมชน 20 คน ภาคีเครือข่ายสุขภาพ 20 คน สัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลที่ได้มาประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างรูปแบบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยบูรณาการแนวคิด 5 อ. 2 ส. ของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้กับกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบ วัดผลการเปลี่ยนแปลงทั้งสองกลุ่มในสัปดาห์ที่ 10 และ 12 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุคูณด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร ผลการวิจัย หลังใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับสูง แตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x}$ = 2.850, S.D. = 0.361) ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมเชิงรุก อย่างไร

* Received 13 July 2022; Revised 23 July 2022; Accepted 26 July 2022

ก็ตามควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและความเครียด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และความต่อเนื่องของชุมชนในการจัดการ

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุ, ชุมชนเป็นฐาน, เขตสุขภาพที่ 4

Abstract

The objectives of this research article were to develop a cerebrovascular disease prevention model of elderly by community-based in the 4th regional health. This conceptual framework was applied with the social ecology theory. There were three phases: 1) Situation analysis, elderly 400 persons answered the questionnaires, and the informants, 20 community leaders, and 20 health network members, were in-depth interviewed. After that, there were meetings with the community to develop the model using collected data from stakeholders. 2) Model development and testing, the model consisted of seven activities. The concept of 5 "OR" and 2 "SO"; was developed by the Ministry of Public Health. The experimental group was 40 elderly, and the control group was 40 elderly. 3) Model evaluation and measure the outcome in the 10th and 12th weeks. Action research was applied in the experimentation. Data analysis used One-way and Two-way repeated measure ANOVA and MANOVA. The result found that after 12 weeks, the experimental group had better knowledge about cerebrovascular disease and cerebrovascular disease prevention behaviors in drug adherence, which were significantly different from the control group ($p < 0.01$). The sampled elderly expressed their high satisfaction with the activities implemented ($\bar{x}$ = 2.850, S.D. = 0.361). The community had increasing awareness and was involved proactively. In addition, it should be continued to study the health promotion behavior model for stroke risk people and use sustainable management in the community.

Keywords: Cerebrovascular Disease Prevention Model, The Elderly, Community - Based, The 4th Regional Health

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาท ที่มีความรุนแรง พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และ

ระบบสุขภาพ จากรายงานองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: (WSO), 2017) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนทั่วโลก โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน อาการเตือนที่เป็นสัญญาณอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พูดไม่ออก หรือพูดไม่ชัด แขน ขา หรือหน้าอ่อนแรง ชา หรือขยับไม่ได้ทันทีทันใด ตาข้างใดข้างหนึ่งมัวหรือมองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน ภาพมัวหรือมืดลง ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อน งุนงง เวียนศีรษะ หรือเสียการทรงตัว

ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาระโรคอันดับ 1 ในเพศหญิง ร้อยละ 8.2 (The Policy and Strategy Section, 2017) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 2,973 ล้านบาทต่อปี (Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand), Ministry of Public Health, 2017) จากข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 4 อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2560 อัตรา 83.56 และอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามช่วงอายุ พบว่าอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตรา 3.56 ซึ่งมีอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าช่วงอายุอื่น ๆ จากตัวชี้วัด อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันมีเป้าหมายต้องน้อยกว่าร้อยละ 5 แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เขตสุขภาพที่ 4 ไม่ผ่านเกณฑ์นี้ โดยมีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันสูงที่สุดในประเทศ คือ ไตรมาส 1 ร้อยละ 6.21 ไตรมาส 2 ร้อยละ 6.71 ไตรมาส 3 ร้อยละ 6.65 ไตรมาส 4 ร้อยละ 6.48 (สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์, 2563) โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ คุมน้ำหนัก อย่าให้อ้วน ลดการรับประทานอาหารเค็ม หวาน มัน เพิ่มผักผลไม้ งดสูบบุหรี่ ตรวจสุขภาพประจำปี

การวิจัยครั้งนี้ได้ตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมาก จึงได้นำทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคมมาประยุกต์ใช้กับแนวคิดชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของชุมชน เกิดการแก้ปัญหา และพัฒนาบริการต่าง ๆ ในชุมชน ระดมความร่วมมือในลักษณะของการประสานงานระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคลากรภายในชุมชน มีจุดมุ่งหมายในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชน แบบจำลองทางนิเวศวิทยาได้ระบุการรับรู้ถึงอิทธิพลหลายระดับต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน บุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อและบุคลิกภาพ 2) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมหรือสร้างอุปสรรคต่อการเติบโตระหว่างบุคคลที่ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ 3) ปัจจัยภายนอก เช่นสถาบันและองค์กรรวมถึง กฎ ระเบียบ นโยบายและโครงสร้างในระบบงานทั้งที่เป็นทางการและ ที่ไม่เป็นทางการที่อาจส่งผล จำกัดหรือเอื้ออำนวย ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ 4) ปัจจัยของชุมชน เช่น บรรทัดฐานทางสังคม ที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล กลุ่มหรือองค์กร

สามารถ เป็นข้อจำกัด หรือช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้ 5) ปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะ รวมถึงนโยบายและกฎหมายของท้องถิ่นรัฐและรัฐบาลกลางที่ควบคุมหรือสนับสนุนการดำเนินการด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรครวมถึงการตรวจหาการควบคุมและการจัดการในระยะเริ่มต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในเขตสุขภาพที่ 4

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4

1. กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 43,845 คน จาก 8 จังหวัด คือ พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี ปทุมธานี อ่างทอง สิงห์บุรี และนครนายก คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ (Daniel, W. W., 2010) ได้จำนวน 381 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาด คิดเพิ่ม ร้อยละ 5 จำนวน 19 คน รวม 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้อำเภอบางบาล ในพื้นที่ 15 ตำบล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และอำเภอป่าโมก ในพื้นที่ 8 ตำบล จังหวัดอ่างทอง

2. ผู้นำชุมชน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนจากเทศบาล 2 คน องค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 12 คน ปราชญ์ชาวบ้าน 2 คน ผู้นำกลุ่มและชมรมต่าง ๆ 2 คน

3. ภาคีเครือข่ายสุขภาพ 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 15 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 40 คน ในตำบลบางชะนี อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้สูงอายุ กลุ่มควบคุม 40 คน ในตำบลกกแก้วบูรพา อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4 เป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 จำนวน 80 คน เป็นขั้นที่ผู้วิจัยและผู้นำกลุ่มร่วมกันติดตาม และประเมินผลการนำแผนโครงการไปปฏิบัติจริง มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหาแผนโครงการที่ปฏิบัตินั้นประสบความสำเร็จมากน้อยอย่างไร ตลอดจนร่วมกันสรุปบทเรียนต่าง ๆ ที่ได้รับจากดำเนินการ

ตามแผนและโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ด้านปัจจัยนำเข้า ตอนที่ 3 ด้านรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ตอนที่ 4 การประเมินภาพรวมการดำเนินงานด้านการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและข้อเสนอแนะ

2. แบบสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ด้านปัจจัยนำเข้า ตอนที่ 3 ด้านรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ตอนที่ 4 การประเมินภาพรวมการดำเนินงานด้านการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและข้อเสนอแนะ

3. แบบสอบถามผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน ลักษณะคำตอบมี 2 คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ คะแนนเต็ม 33 คะแนน กำหนดแบบมาตราส่วนการประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งลักษณะข้อคำถามทางบวกและทางลบ ข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งหมด 11 ข้อ แบบสำรวจความพึงพอใจ 3 ระดับ คือมาก กลาง น้อย จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบโดยการนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล โรคหลอดเลือดสมอง การสาธารณสุข โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ขั้นที่ 1 นำแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI = 1.00) รายละเอียดดังนี้

แบบสัมภาษณ์ระยะที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 กิจกรรมที่เคยดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชุมชนมีการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ หรือไม่อย่างไร

2. แหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง

3. แหล่งความรู้ที่ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ของชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ มีอะไรบ้าง และช่วยส่งเสริมอย่างไร

ตอนที่ 3 ด้านรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ

1. ชุมชนมีการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ หรือไม่อย่างไร

2. แหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง

3. แหล่งความรู้ที่ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ของชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ มีอะไรบ้าง และช่วยส่งเสริมอย่างไร

ตอนที่ 4 การประเมินภาพรวมการดำเนินงานด้านการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและข้อเสนอแนะ

1. ท่านคิดว่ากิจกรรมของผู้สูงอายุที่ดำเนินงานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุได้ผลเป็นอย่างไรบ้าง และควรมีการพัฒนาให้ได้ผลขึ้นอย่างไร

2. กิจกรรมใดบ้างของผู้สูงอายุที่ควรกำหนดไว้ในแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาชุมชน

ขั้นที่ 2 หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำเครื่องมือมาแก้ไขเพิ่มเติมให้ความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา เมื่อได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จึงนำไปทดลองเก็บข้อมูลเพื่อหาความเชื่อมั่นต่อไป

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

หลังจากผ่านการพิจารณารับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2562 - 0015 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลอง ใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .724

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พร้อมโครงร่างฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยและผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเสนอต่อเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสือให้ดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในอำเภอบางบาล และอำเภอป่าโมก

3. เตรียมแบบสอบถาม จำนวน 400 ชุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม ด้วยความสมัครใจก่อนทำการเก็บข้อมูล

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิตและ ผู้ดูแล สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังการ ด้านความเครียด ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการรับประทานยา วิเคราะห์ค่าสถิติของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน เพื่อใช้ในการทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ตวามแตกต่างภายในกลุ่มด้วย สถิติ One - way repeated measure ANOVA วิเคราะห์ตวามแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย สถิติ Two - way repeated measure ANOVA และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุคูณด้วยสถิติ MANOVA

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบ

จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยวิเคราะห์และสรุปข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดเพื่อมาคัดสรรกิจกรรม ออกแบบการพัฒนาจัดทำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ จัดให้ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ระดมสมอง ประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 2 ผลการนำรูปแบบไปทดลองใช้

นำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คน ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ด้วยการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

ความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	df	MS	F	p
ช่วงเวลา	.076	1	.076	.326	.568
ความคลาดเคลื่อน	53.181	229	.232		

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ .326 (P-Value < 0.01) แสดงว่า ในแต่ละช่วงเวลาความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	df	MS	F	P
ช่วงเวลา	319.433	2	159.74.733	33.747	0.00**
ความคลาดเคลื่อน	1116.933	236			

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ 33.747 (P-Value < 0.01) แสดงว่า ในแต่ละช่วงเวลาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	Df	MS	F	p
ช่วงเวลา	11.258	2	5.629	1.970	.142
ความคลาดเคลื่อน	674.408	236	2.858		

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร ในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ 1.970 (P-Value < 0.05) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลาพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	df	MS	F	P
ช่วงเวลา	1.108	2	.554	1.539	.217
ความคลาดเคลื่อน	84.983	236	.360		

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ 1.539 (P-Value < 0.05) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลา พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียด สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	df	MS	F	P
ช่วงเวลา	.533	2	.267	1.321	.269
ความคลาดเคลื่อน	47.625	236	.202		

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ 1.321 (P-Value < 0.01) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลาพฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	df	MS	F	P
ช่วงเวลา	.408	2	.204	.965	.382
ความคลาดเคลื่อน	49.908	236	.211		

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ .965 (P-Value < 0.01) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลาพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	df	MS	F	p
ช่วงเวลา	2.858	2	1.429	1.637	.197
ความคลาดเคลื่อน	206.058	236	873		

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ 1.637 (P-Value < 0.01) แสดงว่า ในแต่ละช่วงเวลาพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานยารักษาโรคประจำตัว สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (n = 80)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานยารักษาโรคประจำตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	SS	df	MS	F	P
ช่วงเวลา	6.758	2	3.379	8.659	.000**
ความคลาดเคลื่อน	92.100	236	.390		

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05,SS=Sum of Square, MS=Mean Square

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานยารักษาโรคประจำตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานยารักษาโรคประจำตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา ได้ค่า F-test เท่ากับ 8.659 (P-Value < 0.01) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลาพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานยารักษาโรคประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจมากในทุกกิจกรรมของรูปแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โดยการติดตามผลหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ

ผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีประโยชน์ มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีความร่วมมือระหว่างผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรสาธารณสุข และที่สำคัญ การควบคุมกำกับติดตาม เฝ้าระวัง ควรมีความต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบ มีความรู้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยารักษาโรคประจำตัวลดลงหลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดสมองของผู้สูงอายุที่ดีจากการนำทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดชุมชนเป็นฐาน เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 (Khwaenkhonchim, P. & Hunnirun P., 2020) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคม ในระดับปานกลาง ทุกกิจกรรมมีประสิทธิผลมากกว่า ร้อยละ 75.0 และหลังใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

หลังใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะข้อคำถามที่ว่า หากเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้วสามารถเป็นซ้ำได้อีก สามารถอธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบที่ดีในการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยารักษาโรคประจำตัว

หลังใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยารักษาโรคประจำตัว มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยารักษาโรคประจำตัวถูกต้องของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นหลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง ก่อนใช้รูปแบบ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยารักษาโรคประจำตัว เฉลี่ย 2.62 คะแนน หลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยารักษาโรคประจำตัว เฉลี่ย 2.85 คะแนน อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดสมองของผู้สูงอายุด้านจัดกิจกรรมพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคประจำตัวที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาให้ตรงตามเวลา ขนาดยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง อาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิด และการไปพบแพทย์ตามนัด

ความดันโลหิต

หลังใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตอยู่ในภาวะปกติ ในแต่ละช่วงเวลา ความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นเครื่องบ่งชี้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ที่จะป่วยเพิ่มมากขึ้น หรือเป็นกลับซ้ำ จากผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตเหมาะสมเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว เหมาะสมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 31.25 ในสัปดาห์ที่ 1 เป็น ร้อยละ 42.50 ในสัปดาห์ที่ 10 และในสัปดาห์ 12 กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เหมาะสมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 36.25 ในสัปดาห์ที่ 1 เป็น ร้อยละ 42.50 ในสัปดาห์ที่ 10 และในสัปดาห์ที่ 12 ส่วนกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เหมาะสมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 43.75 เป็น ร้อยละ 50 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในสัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้สำหรับกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์กำหนดของความเป็นธรรม สร้างความเท่าเทียมแก่กลุ่มศึกษาทั้งหมดก่อนการวัดติดตามผล ครั้งที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 12 ต่างจากข้อค้นพบของ ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ ได้ศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยสูงอายุ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 58.3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.3 และอยู่ในระดับสูงปานกลาง ร้อยละ 66.7 (ประเพ็ญพร ชำนายพงษ์, 2559)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหาร

หลังใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหาร มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นหลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหาร เฉลี่ย 2.03 คะแนน ในสัปดาห์ที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 ได้คะแนนเฉลี่ย 2.07 คะแนน อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดสมองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารสอดคล้องกับวัฒนธรรม และทรัพยากรในท้องถิ่น ได้แก่ เมนูชูสุขภาพ แกงป่าไก่ ไข่ต้ม และผลไม้ตามฤดูกาล และอาหารแลกเปลี่ยนส่วนจากธงโภชนาการ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ 12 เนื่องจาก ผู้วิจัยได้จัดรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 10 ดังนั้น จึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 เมื่อเข้าไปศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อความเลื่อมใสศรัทธาของชุมชน พบว่าเป็นบริบทและวิถีประชาของกลุ่มควบคุม จากการศึกษา

ในต่างประเทศให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพของอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการป้องกัน และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ควรพิจารณาปัจจัยหลายประการเพื่อควบคุม และจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับการดูแลไม่ดี มีอาการป่วยร่วมหลายอย่าง และอาจมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสน้อยที่จะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีนิสัยการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และคุณภาพอาหารไม่ดี ควรมีการกำหนดคำแนะนำด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Lim H. & Choue R., 2013) นอกจากนี้งานวิจัยของ กมล ศรีล้อม ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงพหุวัฒนธรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีผลจากบริบทชุมชนที่เปลี่ยนแปลง (กมล ศรีล้อม, 2559)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกาย

หลังใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกาย มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นหลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกาย เฉลี่ย 2.45 คะแนน หลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ มีคะแนนถูกต้องเหมาะสม เฉลี่ย 2.62 คะแนน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้กิจกรรมได้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและสามารถทำได้ที่บ้าน ได้แก่ การออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า ประกอบเพลงโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาในประเทศจีน การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการหัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนใน Community - Based Hypertension Control Program มีการประเมินติดตามระยะยาว 3 ครั้งที่มีการตรวจวัดระดับพื้นฐานแล้ววัดผลเมื่อครบ 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการเข้าร่วมโครงการการดูแลตนเองโดยมีชุมชนเข้าร่วม และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 450 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากศูนย์สุขภาพชุมชน 12 แห่ง ในเมืองหวู่ฮั่น ประเทศจีน การดำเนินโครงการเป็นการจัดกิจกรรมเน้นพฤติกรรมที่ชี้นำโดยแบบจำลองทรานส์ ทฤษฎีแบบจำลองการแพทย์เฉพาะบุคคล และทฤษฎีทุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 ระยะ การดำเนินกิจกรรมทางกายในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจวายในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อจูงใจและเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย เพื่อป้องกันอาการหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเข้าร่วมโครงการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในอุบัติการณ์ของอาการหัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตลดลงปานกลางใน 6 เดือนหลังการเข้าร่วมโครงการ และการออกกำลังกาย

ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการเข้าร่วมโครงการ (Lu, Y. et al., 2014)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการความเครียด

หลังใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นหลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการความเครียด เฉลี่ย 2.50 คะแนน หลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ มีคะแนนถูกต้องเหมาะสม เฉลี่ย 2.92 คะแนน อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการหัวเราะบำบัด โดยการออกเสียง โอ อา อู เอ ประกอบท่าทาง แต่คะแนนเพิ่มขึ้นไม่มากพอ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทย และสังคมโลกเกิดวิกฤติโรคโควิด-19 ตามทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อสภาพความเป็นอยู่ มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตในช่วงเปลี่ยนผ่านที่มีผลกระทบโดยตรงและอ้อมกับประชากร บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้การดูแลสุขภาพของตนและมองเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนร่วมรับรู้ถึงสภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของตัวบุคคล ได้แก่ ตัวผู้ป่วยรับรู้การดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยน การผ่อนคลาย การลดความเครียด และการมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ (บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, 2561)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หลังใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉลี่ย 2.47 คะแนน หลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 2.77 คะแนนเท่ากัน หลังใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้กิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ดีเหมาะสมกับผู้สูงอายุ การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมากสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ดังนั้น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปส่งผลต่อความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการสูบบุหรี่

หลังใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการสูบบุหรี่ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นหลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการสูบบุหรี่ เฉลี่ย 2.53 คะแนน หลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการสูบบุหรี่ เฉลี่ย 2.85 คะแนน อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้กิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดสมองด้านการสูบบุหรี่ที่ดีเหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงบุหรี่มือสองจากคนใกล้ชิด ผลการศึกษาในประเทศเกาหลีของ Cho, J. - H. et al. พบว่า จากกลุ่มประชากร 3,797,572 คน อายุมากกว่า 40 ปีที่เข้าร่วมตรวจสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2552-2553 กลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรี่จากการตรวจข้อมูลพื้นฐาน และประวัติย้อนหลัง 4 ปี มีการติดตามโรคหลอดเลือดสมองตีบจนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2558 เปรียบเทียบอัตราส่วนอันตรายระหว่างกลุ่มเลิกบุหรี่ ผู้ไม่สูบบุหรี่ และผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน พบว่าการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเลิกบุหรี่มีค่ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในกลุ่มเลิกบุหรี่ทั้งหมด มีความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มผู้ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ (Cho, J. - H. et al., 2020)

สรุป/ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บูรณาการแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม เป็นรูปแบบที่มีความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ มีประโยชน์ มีความเหมาะสม ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความพึงพอใจ หลังใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ ภาพรวมความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ มีระดับมาก กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากในทุกกิจกรรม การนำแนวคิดชุมชนเป็นฐาน ทำให้มีการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการใช้ทรัพยากร เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของชุมชน โดยมีการเรียนรู้แบบกลุ่ม การเรียนรู้จากประสบการณ์ การเรียนรู้จากการปฏิบัติ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการเรียนรู้แบบเครือข่าย สร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของชุมชน รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ช่วยให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

กมล ศรีล้อม. (2559). การพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงพหุวัฒนธรรม. ใน ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(2), 1-11.

ประเพ็ญพร ชำนายพงษ์. (2559). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(3), 325-340.

สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์. (2563). ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand), Ministry of Public Health. (2017). Burden of diseases and injuries of Thai population in 2014. Nonthaburi: Graphic Systems.

Cho, J. - H. et al. (2020). Protective effect of smoking cessation on subsequent myocardial infarction and ischemic stroke independent of weight gain: A nationwide cohort study. PLoS ONE, 15(7), 1-11.

Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health sciences. (9th ed). Asia: John Wiley & Sons, Inc.

Khwaenkhonchim P. & Hunnirun P. (2020). Development of health management model for socially joined older people through District Health System of Region Health 7. Rajabhat Chiang Mai Research Journal, 21(2), 63-79.

Lim H. & Choue R. (2013). Impact of nutritional status and dietary quality on stroke: do we need specific recommendations? European Journal of Clinical Nutrition, 67(5), 548-554.

Lu Y, et al. (2014). The evaluation of a culturally appropriate, community-based lifestyle intervention program for elderly Chinese immigrants with chronic diseases: a pilot study. Journal of Public Health, 36(1), 149-155.

The Policy and Strategy Section. (2017). Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. In 5-year national NCDs prevention and control plan (2017-2021). Nonthaburi: Emotion Art.

World Stroke Organization: (WSO). (2017). Up again after stroke. Retrieved August 9, 2020, from http://www.worldstrokecampaign.org