

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม

พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ¹ พย.ม., วพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

นภาพร วุฒิธรรม² พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการจับสลาก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติที่ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น พยาบาลควรประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(1): 25-38

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม; การรับรู้ความสามารถตนเอง; ผู้สูงอายุ; โรคหลอดเลือดสมอง

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: ncmtuytuy@gmail.com

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

วันที่รับบทความ 12 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 7 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 19 เมษายน 2568

The Effects of Participatory Learning and Self-Efficacy Program on Stroke Prevention Behaviors Among Older adults in a Community, Nakhon Pathom Province

Pimnipa Srinopkun ¹ M.N.S., Dip APNP (Family Nurse Practitioner)

Nawaporn Wutthitham ² M.N.S. (Family Nurse Practitioner)

Abstract: This quasi-experimental study examined how self-efficacy development programs and participatory learning affected older adults' stroke prevention practices. 60 senior men and women age over 60 years were purposively selected. The samples were assigned randomly into two groups: 30 in the experimental group, who received a program for the self-efficacy development and participatory learning, and 30 in the control group, who received a standard care. The research tools included an 8-week experimental program developed based on the self-efficacy theory, which was verified by three experts. The data were collected using questionnaires on personal information and stroke preventive practices of the elderly which tested for the instruments' dependability yielding the Cronbach alpha coefficient of yielding a value 0.95. Descriptive statistics were used to evaluate the data, and t-test statistics were used to check for group differences. The study's findings show that the experimental group's mean scores for stroke prevention behaviors were significantly higher than those of the control group ($p < .05$). After intervention, the mean scores for stroke prevention self-efficacy in the experiment group in terms of exercise, diet control, and emotional management were significantly higher than those before and those of the control group. In order to consistently encourage stroke prevention behaviors, nurses should incorporate self-efficacy building and participatory learning into their planning of health promotion programs for the community's senior citizens.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(1): 25-38

Keywords: participatory learning; self-efficacy; older adults; stroke

¹Instructor, Faculty of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom; Corresponding Author, E-mail: ncmtuytuy@gmail.com

²Instructor, Faculty of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom

Received November 12, 2024; Revised April 7, 2025; Accepted April 19, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี หรือในกลุ่มผู้สูงอายุ¹ โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุการนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้² โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย อาการที่พบมีหลายรูปแบบขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้าย อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น เดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน³ อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้ว หายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่า ภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 15³ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งด้านพันธุกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) โรคเบาหวาน 3) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง 4) ประวัติญาติสายตรง

เคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) ขาดการออกกำลังกาย 6) ภาวะน้ำหนักเกิน 7) สูบบุหรี่ และ 8) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิต กล่าวคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา⁴

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ประเทศไทยในปี 2566 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 36,214 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) พบเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) เพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ข้อมูลจังหวัดนครปฐมปี 2564 – 2566 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.79, 1.92, 2.07 ตามลำดับ และปี 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง 1,965 ราย (อัตรา 307.71 ต่อแสนประชากร) ในส่วนของเครือข่ายโรงพยาบาลสามพราน ปี 2564–2566 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 152.70, 145.49 และ 181.82 ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁵ สาเหตุของการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน นอกจากนี้สาเหตุดังกล่าวยังมีความเกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและพยาธิสภาพของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักขาดการรับรู้ความสามารถตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง⁶ ดังนั้น การดำเนินการเพื่อช่วยป้องกันและลดความ

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม

รุนแรงของการเกิดโรคจึงมีความสำคัญยิ่ง โดยกรมควบคุมโรคได้จัดทำชุดรูปแบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ที่ประกอบด้วยการคัดกรองและจัดการปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้น การบริการหลังการคัดกรองโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการบริการรักษา ป้องกันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน⁵ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวิธีป้องกันได้ดีที่สุดใน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองคือ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ⁶

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำ ในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจเจตคติ และการปฏิบัติตนให้ มีสุขภาวะตามบริบทและวิถีชีวิต พฤติกรรม การป้องกันโรคเป็นการกระทำของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยัง ไม่ปรากฏอาการ ประกอบด้วย 1) การกระทำเพื่อเพิ่ม ศักยภาพทางด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการ ส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งการมีภูมิ ต้านทานโรค เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 2) การกระทำเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติเพื่อการลดหรือหลีกเลี่ยง สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ การควบคุมการรับประทาน อาหารที่มีไขมันสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมองและเส้นเลือดหัวใจอุดตัน 3) การกระทำเพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิด โรคเป็นการปฏิบัติเพื่อค้นหาสาเหตุหรือค้นหาแนว หาแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของบุคคลโดยมุ่งเน้น ที่การค้นหาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแรก เพื่อที่จะทำการ ปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะสาเหตุหรือความผิดปกติต่างๆ ก่อนการเกิดโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจหาเซลล์มะเร็งเต้านม⁷จากการทบทวนงาน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพพบว่าการใช้หลักการ แนวคิดและทฤษฎีของ การสร้างความตระหนัก⁸ และการจัดการตนเอง⁸⁻⁹ ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปใน ทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อใช้หลักการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วมมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁸⁻¹⁰ มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ตนเองมาใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุยังอยู่ใน ระดับต่ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิธีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และสร้างรับรู้ความสามารถตนเองมาใช้ดำเนินการ กล่าวคือ การเรียนรู้ประกอบด้วยหลักการเรียนรู้ ซึ่งเน้นความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน¹¹ และการ สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยผ่านแหล่ง ข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความ สำเร็จ (Mastery experience) การได้เห็นประสบการณ์ ของผู้อื่น (Vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้น ทางอารมณ์ (Emotional arousal)¹²⁻¹³ เพื่อให้ผู้เรียนรู้เกิดความรู้ จดจำ เข้าใจ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ เลือกแนวปฏิบัติที่ทำให้เกิดความมั่นใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ก่อน และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์หลัง ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์สูงกว่า ก่อนการทดลอง

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์สูงกว่า กลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและ หลังการทดลอง (pretest-posttest experiment control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรัง คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิงที่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคไขมันในเลือดสูง

โรคหัวใจ อย่างน้อย 1 โรคในระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ที่มี ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ซึ่งมี จำนวนผู้สูงอายุในอำเภอสามพรานจำนวน 28,705 คน ตำบลไร่ขิง จำนวน 5,702 คน ตำบลบ้านใหม่ 450 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงข้อมูลจากการ ศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ ใช้โปรแกรม G-power การกำหนด ค่า effect size เท่ากับ 0.9 ค่า power เท่ากับ 0.90 และ ค่า p-value ที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่าง ทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่ม ควบคุม 30 คน ในการศึกษาได้คัดเลือกพื้นที่เพื่อ เข้าร่วมเป็นพื้นที่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย วิธีการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลองคือ พื้นที่ตำบลไร่ขิง และกลุ่มควบคุมคือ พื้นที่ตำบลบ้านใหม่ และทำการ คัดเลือกหมู่บ้านในเขตพื้นที่ทั้ง 2 ตำบล ด้วยการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ได้หมู่บ้านตัวอย่างของพื้นที่การทดลอง 1 หมู่บ้าน และพื้นที่กลุ่มควบคุม 1 หมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งการทดลองด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Simple Random Sampling without replacement)

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็น แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูล ปัจจัยด้านลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศอายุระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการมีโรค ประจำตัว/พฤติกรรมเสี่ยง ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติตัว เรื่องการควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถาม 18 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้านคือการควบคุมอาหาร

การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรง คุนวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ซึ่งเป็น ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ เฉพาะทางสาขาการพยาบาล 2 ท่าน คำนวนค่าความ เทียงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ .92 และคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.95 การแปลผล ค่าคะแนนที่สูง หมายถึงมีพฤติกรรมด้านนั้น ๆ สูง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างการรับรู้ ความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิด การเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่ม¹⁵ร่วมกับทฤษฎีการ รับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura¹² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนประสบการณ์ (Experiencing) โดยใช้ประสบการณ์จากการกระทำที่สำเร็จ (Mastery experience) โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การเล่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวที่สำเร็จ และหาวิธีการ ป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 2) ขั้นนำเสนอ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Publishing) โดยใช้ ตัวแบบ (Modeling) เสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลที่ ประสบผลสำเร็จ การสาธิต และวิธีการปฏิบัติตน 3) ขั้นอภิปรายผล (Discussing) โดยใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การเสริมแรง โดยการชมเชย และให้กำลังใจ 4) ขั้นสรุป (Generalizing) ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมรวม 8 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัย คริสเตียน เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2568 เลขที่อนุมัติ บ. 07/2565 เมื่อได้ รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการขออนุญาต และชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ซิง และ ตำบล บ้านใหม่ ทราบวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนในวิจัย เมื่อได้รับทราบการชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการ ตอรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ทุกชั้น ตอนโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับการเก็บรักษาเป็นความ ลับและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเพียงเท่านั้น ส่วนการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลทางการวิจัย ก็เป็นไปในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและได้รับอนุญาต ให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการขออนุญาตและชี้แจงให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ซิง และ ตำบลบ้านใหม่ ทราบ วัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนในวิจัยแล้ว หลังจากนั้น ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบาย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างแต่ละ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยลงพื้นที่สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และให้กลุ่มตัวอย่าง ทำประเมินผลก่อน การทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูล

พื้นฐาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และดำเนินกิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพ” เป็นกิจกรรมสร้างความคุ้นเคยผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้วิจัย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม

สัปดาห์ที่ 2-4 เข้าสู่กิจกรรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประสบการณ์ (Experiencing) 2) ขั้นนำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3) ขั้นอภิปรายผล 4) ขั้นสรุป^{11,15} ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ โดยผ่านข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เช่น การลดอาหารเค็ม จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ว่ามีสมรรถนะสูง ถ้าให้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ อีก ก็จะสมารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบหรือสังเกตจากประสบการณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นภาพของบุคคลที่มีสุขภาพดีเห็นตัวแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขแล้วได้ผลลัพธ์ที่ดี

สัปดาห์ที่ 5-8 กิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มทดลองดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่ปรับปรุงได้แก่ การควบคุมอาหารที่มีเกลือและเกลือโซเดียม ออกกำลังกายโดยเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างน้อย 5 วัน ๆ ละ 30 นาทีต่อสัปดาห์ และการจัดการทางอารมณ์ตามวิถีของแต่ละบุคคล

สัปดาห์ที่ 8 สรุปกิจกรรมโดยการอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ ผ่านประสบการณ์ที่สำเร็จ บุคคลตัวอย่าง การใช้คำพูดจูงใจ และการกระตุ้นทางอารมณ์ใช้เวลา 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทำประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยลงพื้นที่สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว และให้กลุ่มตัวอย่าง ทำประเมินผลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และดำเนินกิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพ” เป็นกิจกรรมสร้างความคุ้นเคยผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้วิจัย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม

สัปดาห์ที่ 2-7 กลุ่มควบคุมได้รับความรู้และกิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคตามแนวทางของด้านสาธารณสุข ด้วยการให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การพบแพทย์ การจัดการตามอาการตามมาตรฐานโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ทำประเมินผลก่อนหลังทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov one sample test พบว่ามีการกระจายของข้อมูลของทั้งสองกลุ่มเป็นแบบโค้งปกติตามข้อตกลงเบื้องต้นจึงทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ paired t-test

**ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม**

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าโปรแกรม
และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 8 สัปดาห์ระหว่างกลุ่ม
ทดลอง และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานการ
วิจัยโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง คิดเป็นร้อยละ 76.60 และ 70.00 ตามลำดับ
ช่วงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-74 ปี
คิดเป็นร้อยละ 43.30 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่
ในช่วงอายุ 65-69 ปี และในช่วงอายุ 70-74 ปี
เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.70 ระดับการศึกษา พบว่า
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถม
ศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 80.00 และ 73.30 ตามลำดับ

รองลงมาทั้งสองกลุ่ม จบระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น
ร้อยละ 16.70 และ 13.30 ตามลำดับ สถานภาพการ
สมรส พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่
มีสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.00 กลุ่มควบคุม คิดเป็น
40.00 ตามลำดับ รองลงมากลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 33.30 และ
คิดเป็นร้อยละ 36.70 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่า
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นพ่อบ้าน/
แม่บ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 80
เท่ากัน ด้านประวัติการมีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นโรคความดัน
โลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 96.70 และร้อยละ 83.30
ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าทั้ง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
อาชีพ ประวัติการมีโรคประจำตัว/พฤติกรรมเสี่ยง (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n ₁ =30)		กลุ่มควบคุม (n ₂ =30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.770
ชาย	7	23.3	9	30.0	
หญิง	23	76.7	21	70.0	
อายุ					0.916
อายุ 60-64 ปี	0	0	6	20.0	
อายุ 65-69 ปี	11	36.7	8	26.7	
อายุ 70-74 ปี	13	43.3	8	26.7	
อายุ 75-79 ปี	5	16.7	5	16.7	
อายุ 80 ปีขึ้นไป	1	3.3	3	10.0	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการมีโรคโรคประจำตัว/พฤติกรรมเสี่ยง (n=60) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n ₁ =30)		กลุ่มควบคุม (n ₂ =30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					0.639
ไม่ได้เรียน	0	0	1	3.3	
ประถมศึกษา	24	80.0	22	73.3	
มัธยมศึกษา	5	16.7	4	13.3	
ปวช/ปวส/อนุปริญญา	0	0	1	3.3	
ปริญญาตรี	1	3.3	2	6.7	
สถานภาพสมรส					0.161
โสด	2	6.7	5	16.7	
สมรส	18	60.0	12	40.0	
หม้าย	10	33.3	11	36.7	
หย่า/แยก	0	0	0	6.7	
อาชีพ					0.261
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	0	0	0
ค้าขาย	1	3.3	2	6.7	
รับจ้าง	2	6.7	4	13.3	
เกษตรกร	3	10.0	0	0	
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	80.0	24	80.0	
ประวัติการมีโรคประจำตัว/พฤติกรรมเสี่ยง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					0.690
โรคความดันโลหิตสูง	29	96.7	25	83.3	
โรคเบาหวาน	11	36.7	11	36.7	
โรคไขมันในเลือดสูง	20	66.7	12	40.0	
โรคหัวใจ	2	6.7	2	6.7	
ภาวะอ้วน	0	0	0	0	
การสูบบุหรี่	0	0	0	0	
ดื่มแอลกอฮอล์	0	0	1	3.3	

p-value <.05

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในทุกด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการทางอารมณ์ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการควบคุมอาหาร และการจัดการทางอารมณ์ หลังได้รับการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลตามปกติ แต่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการจัดการทางอารมณ์ เท่านั้นที่มีความแตกต่างกันัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการออกกำลังกาย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ ก่อนและหลังการทดลอง ของทั้งกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง						
ด้านการควบคุมอาหาร	1.64	0.21	3.38	0.24	-27.74	<.01*
ด้านการออกกำลังกาย	1.08	0.79	3.40	0.49	-12.97	<.01*
ด้านการจัดการทางอารมณ์	2.13	0.54	3.40	0.48	-12.54	<.01*
กลุ่มควบคุม						
ด้านการควบคุมอาหาร	2.62	0.43	2.42	0.25	2.36	0.25
ด้านการออกกำลังกาย	1.66	0.76	2.05	0.30	-1.23	0.22
ด้านการจัดการทางอารมณ์	2.73	0.58	2.05	0.30	6.81	<.01*

p< .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการเข้าร่วม

โปรแกรม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=1.64, S.D.=0.22$) และ ($\bar{X}=2.53, S.D.=0.33$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 3.40$ (S.D.=0.25) และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค

หลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 3.32$ (S.D.=0.21) มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	N	$\bar{X}$	SD.	t	p-Value
ก่อนการทดลอง	30				
กลุ่มทดลอง		1.64	0.22	1.61	0.23
กลุ่มควบคุม		2.53	0.33		
หลังการทดลอง	30				
กลุ่มทดลอง		3.40	0.25	-	<.01*
กลุ่มควบคุม		3.32	0.21	12.02*	

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป อยู่ในวัยผู้สูงอายุเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และอายุมากขึ้นโอกาสเกิดมากขึ้น¹⁶

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นกิจกรรมที่มีการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และการเสริมสร้างพลังใจให้ค่อยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ การส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยในเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านการควบคุมอาหาร

การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ และมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในด้านต่างๆ

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และ

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม

การจัดการทางอารมณ์ได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้ ซึ่งโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของของ Bandura¹² ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม¹⁵ โดยกิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นการให้ข้อมูล ความรู้ การฝึกทักษะ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองผ่าน 4 แหล่งสำคัญ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จในอดีต (Mastery experiences) จากการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ตามคำแนะนำของทีมวิจัยจนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ก็จะช่วยเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมกลุ่มที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้สำเร็จ ก็ยังจะช่วยสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติตามได้เช่นกัน 3) การได้รับคำชักจูงด้วยวาจา (Verbal persuasion) จากการให้กำลังใจและชื่นชมจากทีมผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย ก็จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองด้วย 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ผ่านการได้รับความรู้และคำแนะนำที่ช่วยให้ผ่อนคลายความวิตกกังวลในการที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ก็ทำให้รู้สึกมีความพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khayankuan¹⁷ ที่พบว่าการประยุกต์ใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเฉพาะพฤติกรรมออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ Khumnguen¹⁸ ได้ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้สูงอายุมีทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบคล้ายคลึงกัน¹⁹⁻²¹ ที่พบว่าการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันตนเองต่อโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การประยุกต์และการนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโรคหลอดเลือดสมองไปประยุกต์ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน
2. การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน
3. การนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบการวิจัยเพื่อส่งเสริมปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเอง และควรมีการศึกษาการวิจัยในระยะติดตามและประเมินผลในระยะยาว เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และการคงอยู่ของพฤติกรรม

4. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง มาเป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต และบริบทของพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพสูงสุด

5. ควรมีการศึกษาที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในรูปแบบการวิจัย Community-based โดยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เอกสารอ้างอิง

1. Kanai M, Noguchi M, Kubo H, et al. Pre-stroke frailty and stroke severity in elderly patients with acute stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2020; 29(12): 105346. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105346.
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *Int J Stroke.* 2022; 17(1): 18–29. doi: 10.1177/17474930211065917.
3. Strilciuc S, Grad DA, Radu C, et al. The economic burden of stroke: A systematic review of cost of illness studies. *J Med Life.* 2021; 14(5): 606–19. doi: 10.25122/jml-2021-0361.
4. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. Guideline for the Prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke.* 2021; 52(7): e364–e467. doi: 10.1161/STR.0000000000000375.
5. Non-Communicable Disease Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Statistics on Non-Communicable Disease Deaths [Internet]. 2023 [cite 2023 Dec 2]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php>
6. Prachuablarp C, Wattradul D. Predicting factors of preventive behaviors of coronary heart disease and stroke among menopausal women. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs.* 2020; 31(1): 27–45. Thai.
7. Browne S, Minozzi S, Bellisario C, et al. Effectiveness of interventions aimed at improving dietary behaviors among people at higher risk of or with chronic non-communicable diseases: An overview of systematic reviews. *Eur J Clin Nutr.* 2019; 73(1): 9–23. doi: 10.1038/s41430-018-0327-3.
8. Tiparat W, Suwanweala S, Sumrit W. The effects of self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertension patients in muang district, trang province. *SCNJ.* 2020; 4(2): 94–107. Thai.
9. Tiparat W, Suwanweala S, Singhasem P, et al. The effects of a self-management supporting program on management of blood pressure among patients at-risk for stroke in muang district, trang province. *SCNJ.* 2021; 5(2): 70–85. Thai.
10. Chiangpiew N, Boonchien B, Aungwattana S. Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers. *Nursing Journal.* 2018; 45(1): 87–99. Thai.
11. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 9th. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. Thai.
12. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall; 1997.
13. Wutthitham N, Chontong R, Sompradit C. The effects of self-efficacy enhancement on blood pressure level controlled among hypertension risk group. *JRTAN.* 2020; 21(1): 309–18. Thai.
14. Supimon P. The effect of health education program to prevent hypertension in the risk group aged 35–59 years, Song Dao District, Sakon Nakhon Province. [Thesis]. Thailand: Khonkan University; 2009. doi: 10.14457/KKU.the.2009.374. Thai.

**ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม**

15. Kolb Y, Kolb A. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. Academy of management learning and education. 2005; 4(2). 193-212. Thai.
16. Suwanwela C. Stroke epidemiology in Thailand. Journal of Stroke. 2014; 16(1): 1-7. Thai.
17. Khayankuan J. Effectiveness of the empowerment program of health belief model and stroke prevention behavior among elderly nong na kham hospital nong na kham district khon kaen province. JKKPHO 6(3): 1-13. Thai.
18. Khumngen R. A model for enhancing self-management skills to prevent the acute ischemic stroke of the elderly people at risk of the stroke in the areas responsible by Ban Thung Bon Sub-District Health Promoting Hospital, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Graduate School, Pitchayatat, Ubon Ratchathani Rajabhat University. 2022; 17(3): 119-31. Thai.
19. Bunset P and Piyabanditkul L. Effectiveness of Stroke Prevention Program for High-Risk Group at Hoibong Sub-district, Muang District, Chaiyaphum Province. SKHJ. 2018; 21(2): 28-41. Thai.
20. Phonlarp S and Donlavas P Motivation and family participation in stroke prevention behaviors in hypertensive patients. ECH Journal. 2023; 8(2): 131-8. Thai.
21. Chanaman P, Wongpiriyayothar A, Sittipakorn S. The Effects of a Health Belief Perception Promotion Program Using Tele-nursing on Stroke Prevention Behaviors in Patients with Uncontrolled Hypertension. J Thai Nurse midwife Counc. 2023; 38(04): 408-24. doi: 10.60099/jtnmc.v38i04.266286. Thai.