

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

กัลยา นนทะมาศ, พย.บ*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 3) เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 62 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป CVI = 1 และการรับรู้โอกาสเสี่ยง $\alpha = 0.83$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired-Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 กิจกรรม ได้แก่ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ครอบคลุมมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ครอบคลุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ครอบคลุมมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และการให้ความรู้ 7 ตอน ได้แก่ 1) ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต 2) การบริโภคที่เสี่ยง 3) สัญญาณเตือนภัย 4) เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) เกราะป้องกัน 7) การบริหารร่างกาย หลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยเพิ่มจาก 38.58 ± 6.37 เป็น 46.40 ± 3.15 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ลดลงจาก 41.19 ± 3.62 เป็น 34.29 ± 5.36 ภาวะสุขภาพหลังดำเนินการดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน ลดลงจาก 130.58 ± 13.42 เป็น 127.92 ± 11.54 , ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงจาก 75.76 ± 8.57 เป็น 72.77 ± 6.66 , ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลงจาก 26.29 ± 4.87 เป็น 25.39 ± 3.91 , ค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล ลดลงจาก 147.65 ± 56.00 เป็น 143.71 ± 51.17 และ ค่าเส้นรอบเอว ลดลงจาก 82.57 ± 12.67 เป็น 80.54 ± 8.94

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

* โรงพยาบาลวังสามหมอ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of health care model for elderly with hypertension to prevent stroke Wang Sam Mo Hospital Udon Thani Province

Kalaya Nontamas, B.N.S*

Abstract

This quasi-experiment research aims to study 1) effect of health care model for elderly with high blood pressure to prevent stroke, 2) Comparison between before and after the operation, including perception of risk opportunities, risky behavior, 3) Comparison the operation blood pressure level cholesterol levels, BMI and waist circumference of the elderly, Wang Sam Mo Hospital Udon Thani Province. Between October and December 2023, sample group of 62 elderly people aged 60 years and over. Research instrument was questionnaire as follows: general information CVI = 1 and perceived risk opportunity alpha = 0.83. Data analysis using descriptive statistics, Paired sample t-test and content analysis.

Results: Developing a health care model for elderly people with high blood pressure to prevent stroke. 4 activities include family participation in information exchange, family participation in taking care of the patient's daily routine, family participation in Nursing activities, family participation in decision-making in patient care. By providing knowledge in 7 episodes, including 1) causes of paralysis, 2) consumption risks, 3) warning signs, 4) had paralysis, 5) behavior modification, 6) shields to prevent, 7) physical management. After operation was found that the sample group had a significantly higher risk perception score than before the operation ($p\text{-value} < 0.001$) increased from 38.58 ± 6.37 to 46.40 ± 3.15 . Overall stroke risk behavior after operation was significantly less moderate than before operation ($p\text{-value} < 0.001$), decreased from 41.19 ± 3.62 to 34.29 ± 5.36 . Health condition after operation was better than before the operation ($p\text{-value} < 0.001$). Including systolic blood pressure decreased from 130.58 ± 13.42 to 127.92 ± 11.54 , diastolic blood pressure decreased from 75.76 ± 8.57 to 72.77 ± 6.66 , body mass index decreased from 26.29 ± 4.87 to 25.39 ± 3.91 , cholesterol decreased from 147.65 ± 56.00 to 143.71 ± 51.17 and waist circumference decreased from 82.57 ± 12.67 to 80.54 ± 8.94 .

Suggestions: Health care model for elderly with high blood pressure to prevent stroke, this causes elderly had better health condition than before operation.

Keywords: Elderly Health Care Model, Hypertension, Stroke Prevent

*Wang Sam Mo Hospital, Wang Sam Mo District, Udon Thani Province

บทนำ

ประชากรสูงอายุ ปีพ.ศ.2562 ประชากรโลกมากกว่าหนึ่งพันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้กำหนดนโยบายและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกันในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เพื่อปฏิรูปนโยบาย และแนวคิดเพื่อรับมือกับความท้าทายที่ต้องเผชิญ พร้อมกับพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) นำโดยประเทศไทยจึงได้จัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อการสูงอายุและนวัตกรรมเชิงรุก (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation; ACAI) ในปี พ.ศ. 2561 และมีการเปิดตัวอย่างเป็นทางการในเวทีการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 35 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก รายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดระบุว่า มีประชากร 12 ล้านคนที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จากประชากรทั้งหมดราว 67% ในความเป็นจริง ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะ 'สังคมสูงอายุ' ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 เพราะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็น 10% ของประชากรทั้งหมด คาดว่าประชากรสูงอายุของประเทศจะเพิ่มขึ้นเป็น 28% และเข้าสู่ 'สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง' ภายในทศวรรษหน้า การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษายาบาล ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและประเทศทั่วโลก¹

โรคความดันโลหิตสูง จากสถิติประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 เพิ่มขึ้นถึง 1,560 ล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงปีละ 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) จากการศึกษาพบว่า อายุ รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีเพียง ร้อยละ 20.9 และไม่ทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.9²

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชายที่สูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตสูง และ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไปยังอวัยวะที่สำคัญโดยเฉพาะสมองทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมองได้และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงโดยแนะนำให้ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงรับประทานยาอย่างต่อเนื่องรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่จึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต³

ปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลวังสามหมอ มีผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ระหว่างปี พ.ศ.2563 – 2565 จำนวน จำนวน 1,235 คน 1,227 คน 1,249 คน 1,299 คน มีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.27, 35.20, 37.22 และ 36.34 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น⁴ ที่ผ่านมามีปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นการดูแลที่หลากหลาย เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านกิจวัตรประจำวันทางร่างกายของผู้ป่วยลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ขึ้นอยู่กับระดับการป่วยของแต่ละคน บทบาทและภาระการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านพร้อมทั้งแนะนำครอบครัวให้การดูแลควบคู่กันไปกับทีมหมอครอบครัวที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการให้บริการดังกล่าวกระทำไม่ได้ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมได้ทั้งหมดเนื่องจากจำนวนการดูแลมีจำกัดทั้งด้านทรัพยากรและบุคลากรทีมสหวิชาชีพ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอล และเส้นรอบเอวระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรตาม คือ เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอล เส้นรอบเอว

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental study) ในโรงพยาบาลวังสามหมอ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2566

ประชากรที่ศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นความดันโลหิตสูง ทุกเพศ ที่มีรายชื่อในบันทึกเวชระเบียนการรับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณประมาณค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁵ เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงทุกราย ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคพาร์กินสัน ภาวะที่ตัดแขนหรือขา

โรคเรื้อมาตยดระดับรุนแรง หรือโรคทางระบบหัวใจหลอดเลือดระดับรุนแรง ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการชัดเจนและมีผลต่อความร่วมมือในการเข้ากลุ่มร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้คู่มือประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล, ครอบคลุมมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย, ครอบคลุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล, ครอบคลุมมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์การพัฒนาคุณภาพการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip) “การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง” ของกรมควบคุมโรค⁶ มี 7 ตอน ได้แก่ 1) ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต, 2) การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต, 3) สัญญาณเตือนภัย, 4) เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตแล้ว, 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, 6) เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต, 7) การบริหารร่างกาย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 44 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่อาศัย รายได้ อาชีพ ดัชนีมวลกาย ไขมันโคเลสเตอรอล ความดันโลหิต เส้นรอบเอว การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว และประวัติเจ็บป่วยของญาติสายตรง

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ สายสุณี เจริญศิลป์⁷ ประกอบด้วย การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ในการช่วยเหลือคนที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า rating scale 5 ระดับ ระดับการรับรู้ คือ 1=น้อยที่สุด ถึง ระดับ 5= มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ 85 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 17-39.66 ระดับต่ำ, 39.67-62.33 ระดับปานกลาง และ 62.34-85.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ สายสุณี เจริญศิลป์⁷ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่และการควบคุมน้ำหนักตัว เป็นต้น ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า rating scale 5 ระดับ ระดับพฤติกรรมเสี่ยง คือ ระดับการพฤติกรรมเสี่ยง คะแนน 1=น้อยที่สุด ถึง ระดับ 5= มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยง 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ความหมาย ดังนี้ 15.00-35.00 ระดับต่ำ, 35.01-55.00 ระดับปานกลาง, 55.01-75.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยได้เชิญผู้รอบรู้เฉพาะทางตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยจำนวน 3 คน พิจารณาให้คะแนนโดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทาง จำนวน 3 ท่าน ทั้งนี้ค่า CVI ที่ยอมรับไว้ว่ามีค่า 1 ทุกข้อจึงนำไปใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการ อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่น ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง $\alpha = 0.83$ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง $\alpha = 0.88$

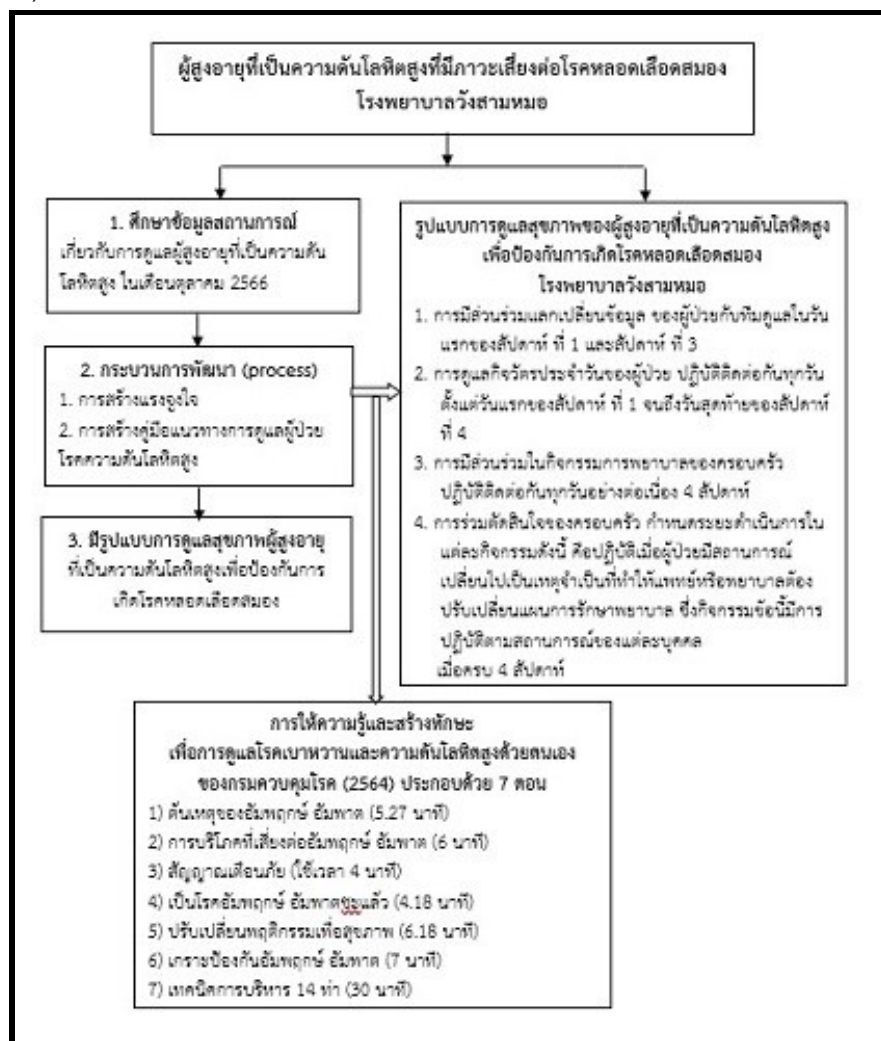
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้ Paired Samples t-test และสรุปเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 2267 วันที่ 10 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 กิจกรรม ได้แก่ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ครอบคลุมมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ครอบคลุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ครอบคลุมมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และการให้ความรู้ 7 ตอน ได้แก่ 1) ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต 2) การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต 3) สัญญาณเตือนภัย 4) เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตแล้ว 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต 7) การบริหารร่างกาย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.1 อายุช่วง 60-69 ปี ผู้สูงอายุตอนต้น (young old) ร้อยละ 50.0 (70.38 ± 8.65) อยู่กับบุตร ร้อยละ 85.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.4 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=62)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	41.9
หญิง	36	58.1
อายุ (70.38 ± 8.65)		
60-69 ปี ผู้สูงอายุตอนต้น (young old)	31	50.0
70-79 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง (middle old)	20	32.3
80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุตอนปลาย (very old)	11	17.7
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับญาติ	9	14.5
อยู่กับบุตร	53	85.5
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มี	48	77.4
มี	14	22.6
อาชีพ		
ไม่มี	55	88.7
เกษตรกรกรรม	7	11.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	61	98.4
สูบ	1	1.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	18	29.0
ความดันโลหิตสูง	43	69.4
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	1	1.6
ประวัติเจ็บป่วยของญาติสายตรง		
ไม่มี	58	93.5
มี	4	6.5

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงก่อนดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.2 และหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=62)

ระดับการรับรู้	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ระดับต่ำ (17-39.66 คะแนน)	3(4.8)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (39.67-62.33 คะแนน)	59(95.2)	62(100.0)
ระดับสูง (62.34-85.00 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยเพิ่มขึ้นจาก 38.58 ($SD=6.37$) เป็น 46.40 ($SD=6.37$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังดำเนินการ ($n=62$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	38.58	6.37	-8.538	61	$<0.001^*$
หลังดำเนินการ	46.40	3.15			

* $p<0.05$, ใช้สถิติ Paired samples t-test

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.5 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 6.5 โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ลดมากที่สุดคือการควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม จาก 2.73 ± 0.92 เป็น 1.85 ± 0.69 รองลงมาคือความถี่ของการไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง จาก 2.69 ± 0.78 เป็น 2.11 ± 0.70 และความถี่ของการลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จาก 2.76 ± 0.78 เป็น 2.23 ± 0.77 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อ ($n=62$)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
1. ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	2.48 ± 0.74	2.29 ± 0.55
2. รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม	2.73 ± 0.92	1.85 ± 0.69
3. ความถี่ของความเครียด	2.79 ± 0.89	2.40 ± 0.68
4. ความถี่ของการหมดสติ	2.61 ± 0.85	2.29 ± 0.61
5. ความถี่ของการปฏิบัติตนเพื่อนการควบคุมน้ำหนักตัว	2.48 ± 0.86	2.16 ± 0.54
6. ความถี่ของปวดศีรษะ	2.66 ± 0.90	2.34 ± 0.70
7. การรับประทานยาหลายอย่าง	2.74 ± 1.00	2.42 ± 0.56
8. ความถี่ของการไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง	2.69 ± 0.78	2.11 ± 0.70
9. ไม่การบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง (รับประทานผักเป็นประจำ)	2.77 ± 0.75	2.24 ± 0.76
10. ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.76 ± 0.78	2.23 ± 0.77
11. รับประทานไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำ	2.65 ± 0.72	2.45 ± 0.59
12. รับประทานอาหารประเภทผัดๆ ทอดๆ	2.87 ± 0.71	2.44 ± 0.80
13. ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่ม ประเภท น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชานม กาแฟหรืออื่นๆ	2.68 ± 0.74	2.29 ± 0.73
14. ความถี่ของการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี้ยวแตกมัน พวกแกงเผ็ด แกง มันมัน แกงคั่ว หรืออื่นๆ	3.18 ± 1.01	2.27 ± 0.65
15. ความถี่ของการรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง	3.10 ± 0.90	2.50 ± 0.67

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=62)

ระดับพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ระดับต่ำ (15.00-35.00 คะแนน)	0(0.0)	4(6.5)
ระดับปานกลาง (35.01-55.00 คะแนน)	62(100.0)	58(93.5)
ระดับสูง (55.01-75.00 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการน้อยกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยลดลง จาก 41.19 (SD=3.62) เป็น 34.29 (SD=5.36) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังดำเนินการ (n=62)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อน	41.19	3.62	-8.401	61	<0.001*
หลัง	34.29	5.36			

* $p<0.05$, ใช้สถิติ Paired samples t-test

4. ภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังดำเนินการระดับความดันโลหิต ไขมันโคเลสเตอรอล ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ลดลงจาก 130.58 ± 13.42 เป็น 127.92 ± 11.54 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ลดลงจาก 75.76 ± 8.57 เป็น 72.77 ± 6.66 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลงจาก 26.29 ± 4.87 เป็น 25.39 ± 3.91 ค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล ลดลงจาก 147.65 ± 56.00 เป็น 143.71 ± 51.17 และ ค่าเส้นรอบเอว ลดลงจาก 82.57 ± 12.67 เป็น 80.54 ± 8.94 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ไขมันโคเลสเตอรอล ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (n=62)

เกณฑ์เปรียบเทียบ		Mean	SD	t	df	p-value
ความดันโลหิตตัวบน	ก่อน	130.58	13.42	4.63	61	<0.001*
Systolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)	หลัง	127.92	11.54		61	
ความดันโลหิตตัวล่าง	ก่อน	75.76	8.57	3.64	61	0.001*
Diastolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)	หลัง	72.77	6.66		61	
ค่าดัชนีมวลกาย	ก่อน	26.29	4.87	3.79	61	<0.001*
Body Mass Index (กิโลกรัม/เมตร ²)	หลัง	25.39	3.91		61	
ไขมันโคเลสเตอรอล	ก่อน	147.65	56.00	6.54	61	<0.001*
Cholesterol (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	หลัง	143.71	51.17		61	
ค่าเส้นรอบเอว	ก่อน	82.57	12.67	2.73	61	0.008*
Waist circumference (เซนติเมตร)	หลัง	80.54	8.94		61	

* $p<0.05$, ใช้สถิติ Paired samples t-test

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้คู่มือประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ครอบคลุมมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ครอบคลุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ครอบคลุมมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และการให้ความรู้ 7 ตอน ได้แก่ 1) ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต 2) การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต 3) สัญญาณเตือนภัย 4) เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตแล้ว 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต 7) การบริหารร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจาก เพื่อให้มีการให้ครอบครัวร่วมพูดคุยกับทีมดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้สูงอายุกับทีมดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำเป็นประจำ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อันจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองสูงมากและไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง พบมากเป็น 2 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคเบาหวาน (E10-E15) โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (J40-J44) ตามลำดับ⁸ ในเขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2555 เท่ากับ 16.7 และปีงบประมาณ 2560 เท่ากับ 13.7 โดยลดลง 7.6 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองมีการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ วาสนา หน่อสีดา และ วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์¹⁰ ศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแยกเป็นรายหมู่บ้านตามระดับความเสี่ยงและส่งต่อข้อมูลให้ อสม. ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีการจัดทำแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนาพบว่าผู้สูงอายุมีการควบคุมอาหารมากขึ้น เพิ่มการออกกำลังกาย และมีระดับความดันโลหิตลดลงในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุดคือ การช่วยเหลือคนที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยให้นอนพัก รองลงมาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ มือสั่น หงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม หมดสติ และอาการปวดศีรษะ/เวียน/หน้ามืด/สับสน/หลงลืม/ซึม ตามลำดับ แต่จากการศึกษาพบว่ายังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่มีอาการเตือนจากภาวะโรคหลอดเลือดในสมองแล้ว แต่ไม่มีการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองว่าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการ อาจเนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาของการศึกษาเพียง 4 สัปดาห์ โดยเมื่อเริ่มกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้นี้ จะมีการทดสอบระดับการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสุขภาพ รอบที่ 1 (pretest) และดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ เมื่อจบกิจกรรมตามที่พัฒนาขึ้นใน สัปดาห์ที่ 4 จะทำการทดสอบรอบที่ 2 (posttest) ทันที จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากยังขาดความรู้ ความเข้าใจในอาการเตือนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะยังไม่ตระหนักต่อความสำคัญของเวลาซึ่งมีผลต่อการรักษา¹¹ จาก การศึกษาของ สายฝน สุภาศรี และคณะ¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถ ตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการ ทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jimenez และคณะ¹³ ได้ศึกษา การรับรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนที่สำคัญโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชาชนทั่วไป ในการศึกษาที่มี ผลการทดสอบภายหลัง 3 เดือน การทดสอบภายหลังในช่วง 1-28 วัน และผลการศึกษาที่ทดสอบภายใน ช่วงเวลา 3 ปี จำนวน 6 ครั้ง พบว่า มีหลายปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ประชากรศึกษาไม่ทราบว่าเป็นสาเหตุให้เกิด การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เมื่อถามแบบปลายเปิดมี ผู้ตอบถูกเพียง ร้อยละ 36 แต่ถ้าใช้คำถามปลายปิด จะมีผู้ตอบถูกได้มากกว่า ร้อยละ 80 ในเรื่องความดันโลหิต สูง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และประวัติครอบครัว

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการน้อยกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ลดลงมากที่สุด คือ การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม รองลงมาคือ ความถี่ของการไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง และความถี่ของการลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตามลำดับ ทั้งนี้ เนื่องจาก การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีคู่มือที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นใหม่นี้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมครอบครัวให้ มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและทีมวิจัย 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุทำเป็นประจำ 3) ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล และ 4) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงธิดา โสดาพร¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยเรียงตามลำดับอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ การมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ภาวะสุขภาพหลังดำเนินการ พบว่า ระดับความดันโลหิต ไชมันโคเลสเตอรอล ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว หลังดำเนินการต่ำกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับความดัน โลหิตตัวบน, ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล และ ค่าเส้นรอบเอว ลดลงเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาของการศึกษาเพียง 4 สัปดาห์ โดยเมื่อเริ่มกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี จะมีการทดสอบระดับการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสุขภาพ รอบที่ 1 (pretest) และดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ เมื่อจบกิจกรรมตามที่พัฒนาขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 จะทำการทดสอบรอบที่ 2 (posttest) ทั้งนี้ นอกจากนี้นักกลุ่มตัวอย่างยังมีอายุช่วง 60-69 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยสูงอายุการร่วมกิจกรรมในบางส่วนอาจไม่เข้มเพียงพอหรือค่อยเป็นค่อยไปจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายไม่สามารถลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การศึกษาของวรารักษ์ คำรศ, ทศพร เอกปรีชากุล¹⁵ ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับด้านการเรียนรู้ การทำงาน และการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ และคณะ¹⁶ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่วมกับกิจกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัย และคณะ¹⁷ ศึกษาการพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ กวินนาถ พลวัฒน์ และคณะ¹⁸ ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชน โดยพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพและศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังดำเนินการมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ คือ ค่าไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวดีขึ้นและสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และชาลิษา สาและ และคณะ¹⁹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน จากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามความคงอยู่ของกิจกรรมตามแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ต่อไปอีกจนครบ 3-6 เดือน และ 12 เดือน

2. ข้อเสนอของการศึกษานี้ หลังดำเนินการแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และมีภาวะสุขภาพด้านระดับความดันโลหิต ระดับไขมันโคเลสเตอรอล และค่าเส้นรอบเอวดีขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นทีมดูแล สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไปส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพให้เกิดการปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบอื่นๆ และควรขยายผล ไปยังกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ โดยศึกษาผลการดำเนินงานไปจนครบ 3-6 เดือน และ 12 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. [Internet]. 2023. [Cited 2023 November 12]. Available from <https://www.who.int/thailand>
2. วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, วินัฐ ดวงแสนจันทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(4):152-65.
3. ณฐกร นิลเนตร. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2):51-57.
4. โรงพยาบาลวังสามหมอ. โปรแกรมข้อมูล HDC 43 แพ้ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.wangsammohospital.go.th>
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2557.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip) “การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง”. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th>
7. สายสุณี เจริญศิลป์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564.
8. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564; 37(4): 54-60.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีงบประมาณ 2560 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพคนไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com>
10. วาสนา หน่อสีดา, วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562; 37(4):167-76.
11. Workina A, Kebede S, Fekadu C, Snr AW. Knowledge of Risk Factors and Warning Signs of Stroke Among Patients with Heart Disease at Tikur Anbessa Specialized Hospital. Open Access Emergency Medicine 2021; 13:57-66.
12. สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วัชรราชูรี, วราภรณ์ บุญเชียง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. Thai Journal of Public Health 2021; 51(1):33-42.

13. Jimenez L, Wang J, Morrison MA, Whatcott C, Soh KK, Warner S. Phenotypic chemical screening using a zebrafish neural crest EMT reporter identifies retinoic acid as an inhibitor of epithelial morphogenesis. *Disease models & mechanisms* 2016; 9(4):389-400.
14. ดวงธิดา โสตาพรหม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
15. วราภรณ์ คำรศ, ทศพร เอกปรีชากุล. โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต. *Chula Med Bull* 2019; 1(5):473-87.
16. พรชัย จุลเมตต์, สมชาย ตรีทิพย์สถิต, ณวีวรรณ ชื่นชอบ, จิตภา จุฑาภูวดล, กนิษฐา ภู่งวง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความแข็งแรงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2561.
17. สมจิตต์ สินธุชัย, นุสราน นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยา รัตน์ อุบลวรรณ. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง. *รายงานการวิจัยวิทยาลัยบรมราชชนนีสระบุรี*; 2564.
18. กวินนาถ พลวัฒน์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรมณี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชน อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2562; 13(1):210-21.
19. ซาลีฮา สาและ, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน จากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2565; 42(2):48-61.