

The Effects of Recurrent Prevention Program for Stroke Patients at a Tertiary Level Hospital in Nakhon Pathom Province

จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ*

รศ.ดร.วินัส ลิ้มพุก**

ผศ.ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว***

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

E-mail: nsmuvl188@gmail.com

***อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

E-mail: tipatos@christian.ac.th

Corresponding author:

Jutatip Tepsuwan

Faculty of Nursing,

Nakhon Pathom Rajabhat University.

E-mail: serennia_re@hotmail.com

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study the effects of recurrent prevention program for stroke patients. The research samples were consisted of 52 stroke patients who were randomly assigned to the control and experimental groups. The experimental group received the recurrent prevention program for 8 weeks.

The results of the research study revealed that perceived susceptibility, perceived benefits and behaviors to prevent recurrent stroke of the experimental group were statistically and significantly higher than those in the control group ($p < .05$). In the experimental group, the risk of recurrent stroke level at posttest was significantly lower than at pretest ($p < .05$). Further research should follow up on patient's behaviors and the risk of recurrent stroke surveillance in the future. (*J Thai Stroke Soc.* 2018; 17 (1): 5-18.)

Keywords: Stroke, Recurrent Stroke, Recurrent Prevention, Health Belief Model

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดแล้วนอกจากจะก่อให้เกิดความพิการยังอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตได้ ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เกือบ 6 ล้านคน¹ ความชุกของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีประมาณร้อยละ 9.4 – 32.1 และความเสี่ยงการกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็น² โดยผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 ใน 5 คน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน ส่วนใหญ่จะพบใน 2 – 3 วัน แรกหลังจากมีอาการของสมองขาดเลือดชั่วคราว³ ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3 – 12 เดือน ร้อยละ 16.6⁴ โดยมีอัตราการเกิดร้อยละ 3–10 ใน 1 เดือนแรก⁵ ร้อยละ 10 – 20 ใน 3 เดือน^{4,6} ร้อยละ 5 ใน 6 เดือน ร้อยละ 6.1–8 ใน 1 ปี ร้อยละ 14.2–18.1 ใน 4 ปี^{7,8} และร้อยละ 25 – 40 ใน 5 ปี⁵ และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในทุก ๆ ปี สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำคือไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการดื้อต่อยาแอสไพริน การขาดยาและการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม^{2,9} ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญมากซึ่งสามารถทำได้โดยลดปัจจัยเสี่ยง คือการควบคุมความดันโลหิต ไขมันในเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการรับประทานยา รวมทั้งการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักรวมทั้งการลดภาวะเครียด^{10,11,12}

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1988)¹³ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงทำให้มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและ

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14,15,16} ส่วนการศึกษาของจิราวรรณ วิริยะกิจไพบุลย์ (2557)¹⁷ ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ Kamara & Singh (2012)¹⁸ ได้ศึกษาความเชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวต่อการตัดสินใจทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การรับรู้ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ฉะนั้นการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บุคคลนั้นจะต้องรับรู้ว่าตัวเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสอนผู้ป่วย โดยองค์ประกอบที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาคือด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค เนื่องจากพบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการใช้เพื่อส่งเสริมการป้องกันการเกิดโรคและทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันโรค^{13,19} ซึ่งโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นแนวทางในการดูแล ให้ความรู้ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอีก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อ การกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

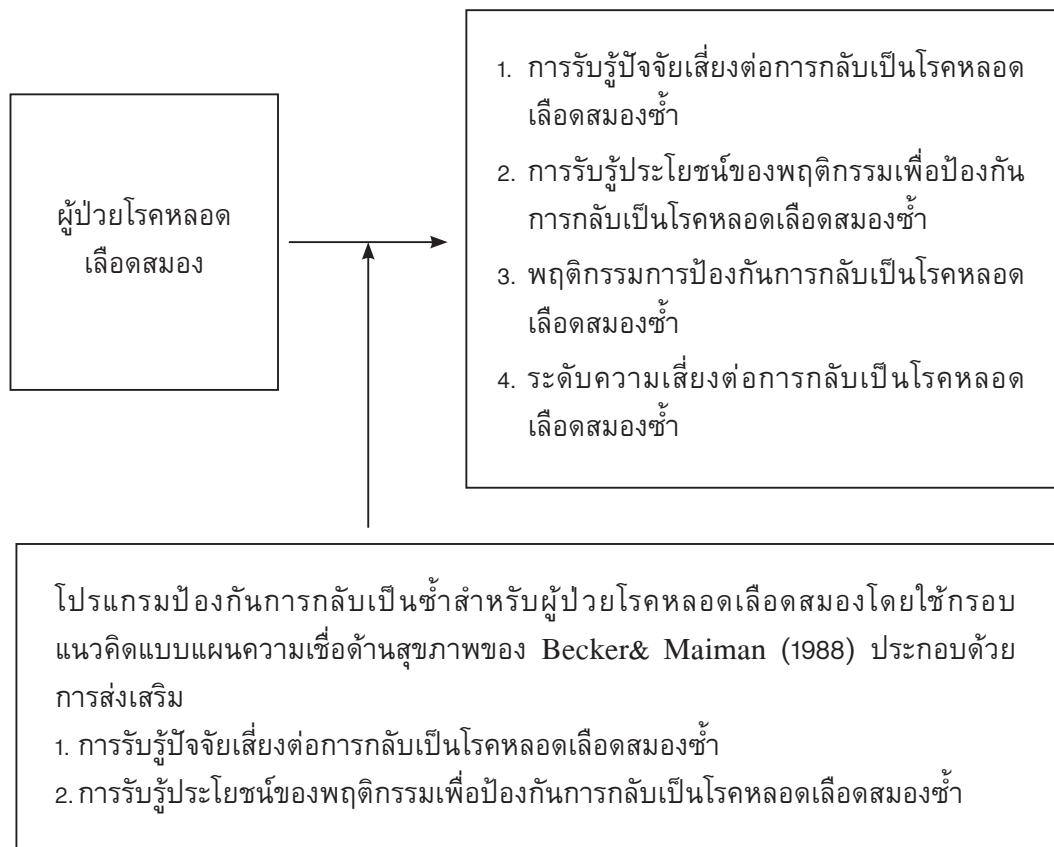
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบครั้งแรกโดยใช้โปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Becker & Maiman (1988)¹³ โดยเมื่อบุคคลได้รับการสอนเรื่องการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จะทำให้เกิดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและ

จะพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น และจะทำให้เกิดการรับรู้พฤติกรรมใดที่ตนเองควรปฏิบัติและก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำลดลง ดังแผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลองศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือดครั้งแรก ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2560



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประยุกต์จาก Health Belief Model ของ Becker & Maiman (1988)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ตามเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือดครั้งแรก ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และไม่มีภาวะพึงพาหรือมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลาง (คะแนนรวม ADL = 50-100 คะแนน)²⁰ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ผู้สูงอายุ จบประถมศึกษาหรือสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น MMSE THAI 2002 มากกว่า 17,23 คะแนนตามลำดับ)²¹ จำนวน 52 ราย โดยการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ Power Analysis ของ Cohen (1988)²² กำหนดระดับความเชื่อมั่น .05 ค่าอำนาจในการทดสอบ .85 ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของเพ็ญศรี สุพิมล (2552)²³ ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 12.53 (SD = 1.94) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 10.36 (SD = 2.88) นำมาคำนวณหา ค่าขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 0.8 เมื่อเปิดตารางของ Cohen²² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวน 23 ราย เพื่อป้องกันกรณีมีผู้สูญหายจากการร้อยละ 10 จึงปรับขนาดของตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550)²⁰ จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-THAI 2002)²¹ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการรับประทานยาคุม

กำเนิดและยาประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ของ จิรวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557)¹⁷ เป็นลักษณะ คำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก²⁴

2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การพักผ่อน การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ หัสยาพร มะโน (2552)²⁵ เป็นลักษณะ เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก²⁴

2.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ของกษมา เชียงทอง (2554)²⁶ ประกอบด้วยพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก²⁴

2.5 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยใช้แบบการคัดกรองโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตโดยวิธีทางวาจา (verbal screening) ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป²⁷

ประกอบด้วย ประวัติการเป็นอัมพาตของญาติสายตรง ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ขนาดรอบเอวและดัชนีมวลกาย จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูงมาก ระดับสูงปานกลาง ระดับสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1988)¹³ ประกอบด้วยการให้ความรู้ในด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พร้อมแจกแผ่นพับ คู่มือการดูแลตนเองและสมุดบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้าน ใช้เวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล และก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วันจะทำการสอบถามเฉพาะการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ท่าน แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เท่ากับ 0.81, 0.85 และ 0.80

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยแบบสัมพัทธ์ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และแบบสัมพัทธ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ใช้

Kuder Richardson มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78, 0.85 แบบสัมพัทธ์พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ใช้ Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.11/2559 และจากโรงพยาบาลนครปฐม เลขที่ 016/2017 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2560 โดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะพึงพาหรือภาวะพึ่งพาในระดับปานกลาง ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 52 ราย ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยประเมินการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เมื่อแรกรับในวันแรกทั้งสองกลุ่ม จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พร้อมแจกแผ่นพับ คู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมและติดตามเยี่ยมทบทวนความรู้ในวันที่ 3 และก่อนผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วันจะทำการประเมินการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีกครั้ง จากนั้นในกลุ่มทดลองจะมีการติดตามเยี่ยม ทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ติดตามประเมินผล

หลังสิ้นสุดโครงการในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโดยประเมินการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในทั้งสองกลุ่ม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน มีเพศชาย ร้อยละ 59.61 อายุเฉลี่ย 52-55 ปี ซึ่งคุณลักษณะ ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวไม่แตกต่างกัน ส่วนอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังสิ้นสุดเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1,2)

ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

เมื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีขนาดรอบเอวเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและระดับ triglyceride ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3,4)

อภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1988)¹³ มาส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การลดอาหารหวานหรือขนมต่าง ๆ ลดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง ลดอาหารมัน งดการดื่มเหล้า งดสูบบุหรี่ เน้นให้รับประทานผักและผลไม้มากขึ้น รับประทานอาหารประเภทต้มหรือนึ่งแทนการทอด รวมทั้งการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยชี้ให้เห็นถึงผลดีของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งที่ได้รับการสอนไปจะทำให้เกิดผลดีต่อการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก็จะมีพฤติกรรมตามนั้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีการส่งเสริมการรับรู้อย่างต่อเนื่อง โดยการสอนให้ความรู้และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์ ทำให้สามารถเพิ่มการรับรู้ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนศักดิ์ สุกใส (2555)¹⁵ ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้โปรแกรมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับชลธิชา กาวไรสง (2555)²⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้การบรรยาย การสาธิต ร่วมกับกระบวนการกลุ่มการให้แรงสนับสนุนทางสังคม แจกคู่มือ มีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง

การรับรู้ประโยชน์สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับวัลลยา ทองน้อย (2554)¹⁶ ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับการสอน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้การรับรู้ดีขึ้น เกิดการตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งเมื่อเกิดการตระหนักรู้และเกิดความเชื่อว่าการปฏิบัติตนนั้นมีประโยชน์จะทำให้บุคคลมีการปรับพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการให้ความรู้โดยการสอน คู่มือการดูแลตนเองซึ่งมีตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมทั้งมีการบันทึกพฤติกรรมเพื่อเป็นการกำกับตนเอง ซึ่งเมื่อมีการรับรู้เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และต้องเน้นให้บุคคลมีความเข้าใจ เกิดเจตคติที่ดีมีการปรับทัศนคติ

ความเชื่อของตนเองที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อมีการกระทำพฤติกรรมที่ต่อเนื่องยาวนานจะทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Leistner และคณะ (2013)²⁹ ที่ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวและโรคหลอดเลือดสมองแบบอาการไม่รุนแรง โดยใช้การติดตามและควบคุมการรับประทานยา การปรับพฤติกรรมในการดำรงชีวิตและการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง หลังการติดตาม 5 ปี พบว่าสามารถลดอัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและมีระยะเวลาการรอดชีวิตยาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีตรา สว่างนา (2557)³⁰ ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การบรรยาย กระบวนการกลุ่ม การสาธิต การฝึกการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับรัตนภรณ์ ศิริเกตุ (2558)³¹ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การรับประทานยาและตรวจตามนัดสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นเมื่อมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำลง เช่น การลดลงของดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน สอดคล้องกับการศึกษาของพรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ (2557)³² ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนความเชื่อ

ฝึกทักษะการดูแลตนเองที่ครอบคลุมเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ และมีการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พบว่าหลังเข้าโปรแกรมน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างลดลง รอบเอวเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับบุญวีร์ ประเสริฐไทย (2553)³³ ศึกษาผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูงพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกลดลงในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเป้าหมายของการออกกำลังกายในระยะแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและฟื้นฟูการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป้าหมายต่อมาเมื่ออาการเริ่มคงที่จะเริ่มให้ออกกำลังกายเพื่อให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ กลับมาใกล้เคียงกับก่อนป่วย เป้าหมายสุดท้ายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการออกกำลังกายที่แนะนำได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การปั่นจักรยานอยู่กับที่ การยืดเหยียดแขนขา ครั้งละ 20-60 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน หรือการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การออกกำลังกายแบบวงจร ครั้งละ 1-3 รอบ สัปดาห์ละ 2-3 วัน การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายหรือทำกิจวัตรประจำวันที่มีการออกแรงอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้³⁴

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมี 3 ประการคือ 1) การออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร 2) การงดสารเสพติดต่าง ๆ เช่น เหล้า บุหรี่ 3) การป้องกันโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ³⁵ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำลงได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ การดูแลตัวเองของผู้ป่วยรวมทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญมาก พยาบาลต้องมีส่วนในการกำหนดหรือแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยรวมถึง

ลักษณะปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน³⁶ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และรับรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคและประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เมื่อผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และแยกแยะข้อดีข้อเสียแล้ว ก็จะมีการเลือกปฏิบัติในข้อดีที่ตนเองเชื่อว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้มีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ เมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่องในระยะยาวจะส่งผลให้ความรู้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำลดลง

ข้อเสนอแนะ การใช้โปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และส่งเสริม

การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องใช้การฝึกปฏิบัติเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานจึงจะเกิดพฤติกรรมที่คงทน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาศึกษา 8 สัปดาห์ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือระดับของปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในระยะยาว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนจำหน่ายและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม(n=26)			กลุ่มทดลอง(n=26)			t-test/Z	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง								
ก่อนเข้าโปรแกรม	10.0	3.007	ปานกลาง	6.77	4.189	น้อย	3.195 ¹	.001*
ก่อนจำหน่าย	10.30	4.20	ปานกลาง	19.38	2.94	มาก	-9.024 ¹	.000*
สิ้นสุดโปรแกรม	10.34	3.28	ปานกลาง	20.69	1.80	มาก	-14.071 ¹	.000*
	F= .156 ²			F= 164.506 ²				
	p-value= .779			p-value = .000*				
การรับรู้ประโยชน์								
ก่อนเข้าโปรแกรม	6.15	3.331	ปานกลาง	7.12	3.217	ปานกลาง	-1.338 ³	.09
ก่อนจำหน่าย	7.31	3.017	ปานกลาง	16.04	1.248	มาก	-6.247 ³	.00*
สิ้นสุดโปรแกรม	6.92	2.965	ปานกลาง	16.73	.724	มาก	-6.415 ³	.00*
	F= 1.034 ²			F= 212.613 ²				
	p-value= .338			p-value= .000*				
พฤติกรรม								
ก่อนเข้าโปรแกรม	28.00	6.945	ปานกลาง	28.07	7.909	ปานกลาง	-.092 ³	.463
สิ้นสุดโปรแกรม	32.38	4.866	ปานกลาง	54.69	5.801	มาก	-6.139 ³	.000*
	F= -2.008 ⁴			F= -4.436 ⁴				
	p-value= .022*			p-value= .000*				

*p<.05, ¹= Independent t-test, ²= Repeated measures ANOVA, ³= Mann-Whitney U test, ⁴= Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนจำหน่ายและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี Bonferroni

ตัวแปร		ก่อนเข้าโปรแกรม	ก่อนจำหน่าย	สิ้นสุดโปรแกรม
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง	$\bar{X}$	6.769	19.385	20.696
	ก่อนเข้าโปรแกรม	6.769	-	-12.615*
	ก่อนจำหน่าย	19.385	-	-1.308
	สิ้นสุดโปรแกรม	20.696	-	-
การรับรู้ประโยชน์	$\bar{X}$	7.115	16.038	16.731
	ก่อนเข้าโปรแกรม	7.115	-	-8.923*
	ก่อนจำหน่าย	16.038	-	-.692
	สิ้นสุดโปรแกรม	16.731	-	-

* $p < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		χ^2/F	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มควบคุม(n=26)					4.771 ²	.06
เสี่ยงสูงมาก	7	26.92	6	23.07		
เสี่ยงสูงปานกลาง	15	57.69	9	34.61		
เสี่ยงสูง	4	15.38	11	42.30		
กลุ่มทดลอง(n=26)						
เสี่ยงสูงมาก	7	26.92	6	23.07	11.445 ¹	.0015*
เสี่ยงสูงปานกลาง	15	57.69	5	19.23		
เสี่ยงสูง	4	15.38	15	57.69		
χ^2/F	.105 ²		1.758 ¹			
p-value	.50		.24			

* $p < .05$, ¹= Chi-square test; (χ^2), ²= Fisher's Exact Test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ของกลุ่มทดลองจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		χ^2/F	t-test/Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ขนาดรอบเอว (ซม.)							
- ชาย	$\bar{X}$ =89.13,SD=11.62		$\bar{X}$ =88.40,SD=11.56			3.214 ³	.003*
- หญิง	$\bar{X}$ =98.18,SD=12.40		$\bar{X}$ =97.45,SD=12.13			2.185 ³	.02*
• เสี่ยง (ชาย > 90; หญิง > 80)	9	34.61	9	34.61	.00 ¹		.50
• ไม่เสี่ยง (ชาย ≤ 90; หญิง ≤ 80)	17	65.38	17	65.38	.00 ¹		.50
ดัชนีมวลกาย(BMI)(กก./ม. ²)							
- เสี่ยง (BMI≥25)	11	42.30	11	42.30	.00 ¹	3.518 ³	.001*
- ไม่เสี่ยง (BMI< 25)	15	57.69	15	57.69			.50
ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)							
- SBP	$\bar{X}$ =156.26,SD=25.01		$\bar{X}$ =134.12,SD=11.97			-3.741 ⁴	.00*
- DBP	$\bar{X}$ =85.53,SD =13.41		$\bar{X}$ =78.31,SD =8.07			-2.158 ⁴	.015*
• เสี่ยง (≥140/90)	24	92.30	9	34.61	18.66 ¹		.00*
• ไม่เสี่ยง (<140 / 90)	2	7.69	17	65.38			
FBS (mg/dl)							
- เสี่ยง (≥120)	16	61.53	7	34.61	6.315 ¹	-2.637 ⁴	.006*
- ไม่เสี่ยง (<120)	10	38.46	19	65.38			
ระดับไขมันในเลือด (mg/dL)							
- Total Cholesterol	$\bar{X}$ =191.1,SD=50.70		$\bar{X}$ =177.0,SD=49.88			1.554 ³	.06
• เสี่ยง (≥200)	8	30.76	6	23.07	.391 ¹		.26
• ไม่เสี่ยง (<200)	18	69.30	20	76.92			
- LDL-C	$\bar{X}$ =117.7,SD=37.88		$\bar{X}$ =110.5,SD=32.67			1.206 ³	.11
• เสี่ยง (≥100)	16	61.53	16	61.53	.00 ¹		.50
• ไม่เสี่ยง (<100)	10	38.46	10	38.46			
- HDL-C	$\bar{X}$ =40.19,SD=10.55		$\bar{X}$ =42.65,SD=12.20			-1.586 ³	.06
• เสี่ยง (< 35)	11	42.3	9	34.61	.325 ¹		.28
• ไม่เสี่ยง (≥35)	15	57.69	17	65.38			
- Triglyceride	$\bar{X}$ =134.6,SD=64.33		$\bar{X}$ =127.46,SD=59.24			-2.938 ⁴	.001*
• เสี่ยง (≥150)	8	30.76	8	30.76	.00 ¹		.50
• ไม่เสี่ยง (<150)	18	69.23	18	69.23			

*p<.05, BMI= Body Mass Index, SBP= Systolic Blood Pressure, DBP= Diastolic Blood Pressure, FBS= Fasting Blood Sugar, HDL-C= High Density Lipoprotein Cholesterol, LDL-C= Low Density Lipoprotein Cholesterol, ¹= Chi-square test, ²= F-test, ³=paired t-test, ⁴= Wilcoxon signed-rank test

บรรณานุกรม

1. นิตยา พันธุเวทย์ และ ณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกปี พ.ศ. 2558 (ปีงบประมาณ 2559). สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2559. แหล่งที่มา: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>. ค้นเมื่อ 5 มิถุนายน, 2559.
2. ญัญญา ศิริธรรม และ สมศักดิ์ เทียมเก่า. Causes and Risk Factors of Recurrent Thrombotic Stroke in srinagarind Hospital. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2552;5(3):154-175.
3. ชิดารัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกปี พ.ศ. 2556 (ปีงบประมาณ 2557). สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2556. แหล่งที่มา: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/ประเด็นอัมพาตโลก> ค้นเมื่อ 9 มิถุนายน, 2559.
4. LaLoux P, Lemonnier F, Jamart J. Risk factors and treatment of stroke at the time of recurrence. Acta Neurol Belg. 2010;110(4):299-302.
5. พรภัทร ธรรมสโรช. โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ, จัณญสนิทวงศ์การพิมพ์ 2555.
6. Zhang C, Zhao X, Wang C, et al. Prediction Factors of Recurrent Ischemic Events in One Year after Minor Stroke. PLoS ONE. 2015;10(3):e0120105. doi:10.1371/journal.pone.0120105.
7. Giang KW, Björck L, Ståhl CH, et al. Trends in risk of recurrence after the first ischemic stroke in adults younger than 55 years of age in Sweden. Int J Stroke. 2016;11(1):52-61. doi:10.1177/1747493015607519.
8. World Stroke Organization. WSO applauds new scientific findings in stent Thrombectomy for treating acute ischemic stroke with large vessel occlusion. 2015. Available at: <http://www.goo.gl/rGJgPw>. Accessed 2 June, 2016.
9. ปัทิตตา ทรวงโพธิ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
10. กานต์ธิดา กำแพงแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558.
11. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke 2014; 45(7):2160-2236. doi:10.1161/STR.0000000000000024.
12. Manuel DG, Tuna M, Perez R, et al. Predicting Stroke Risk Based on Health Behaviours: Development of the Stroke Population Risk Tool (SPoRT). PLoS ONE. 2015;10(12):e0143342. doi:10.1371/journal.pone.0143342.
13. Abraham C. and Paschal S. The Health Belief Model. In Mark C. and Paul N, ed. Predicting and Changing Health Behavior. New York: McGraw-Hill; 2015: 30-69.
14. บุญพิสิฐ ธรรมกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
15. วัฒนศักดิ์ สุกใส. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญา

- สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
16. วิลลยา ทองน้อย. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำบลโนนพะยอม อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
 17. จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.
 18. Kamara S, Singh S. What are the patient-held illness beliefs after a transient ischaemic attack, and do they determine secondary prevention activities: an exploratory study in a North London General Practice. *Prim Health Care Res Dev.* 2012;13(02):165–174.
 19. Slark J. Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. *Br J Nurs.* 2010;6(6):282–286.
 20. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี, ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550:49–50.
 21. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. นนทบุรี, ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557:103–123.
 22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). USA, Lawrence Erlbaum associates:1988.
 23. เพ็ญศรี สุพิมล. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35–59 ปี อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
 24. ชวนชัย เชื้อสาธุชน. สถิติเพื่อการวิจัย. นครปฐม, ฟิสส์เซนเตอร์:2544.
 25. หัสยาพร มะโน. การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
 26. กษมา เชียงทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.
 27. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กรุงเทพฯ, ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555:98.
 28. ชลธิชา กาวไสสง. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
 29. Leistner S, Michelson G, Laumeier I, et al. Intensified secondary prevention intending a reduction of recurrent events in TIA and minor stroke patients (INSPIRE-TMS): a protocol for a randomised controlled trial. *BMC Neurology.* 2013;13:11. doi:10.1186/1471-2377-13-11.
 30. สุจิตรา สร้างนา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.

- ขอนแก่น, 2557.
31. รัตนารณ ศิริเกต. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2558.
32. พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูงในจังหวัดจันทบุรี:กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. การประชุมวิชาการระดับชาติ ราชภัฏสุราษฎร์ธานี วิทยา ครั้งที่ 10, 2557.
33. ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย. ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(4):80-95.
34. Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, et al. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. Stroke. 2014;45(8):2532-2553.
35. Prochaska JJ, Prochaska JO. A Review of Multiple Health Behavior Change Interventions for Primary Prevention. Am J Lifestyle Med. 2011;5(3):208-211. doi:10.1177/1559827610391883.
36. Bergman D. Preventing recurrent cerebrovascular events in patients with stroke or transient ischemic attack: The current data. J Am Acad Nurse Pract. 2011; 23(12):659-666.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 52 คน ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้น และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมีระดับความเสี่ยงลดลง และต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยต่อไปควรติดตามศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในอนาคต

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ, การป้องกันกลับเป็นซ้ำ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ