

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

Developing Guideline for Caring Stroke Patients to Prevent Recurrence,
in Khaopanom Hospital, Krabi Province.

เบญจมาภรณ์ ชูช่วย

Benjamaporn Chuchuay

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

(Received: June 5, 2024; Accepted: June 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในโรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำลดลง แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เช่น ไขมันรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดมีแนวโน้มดีขึ้น แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แต่อาจต้องใช้เวลานานกว่า 8 สัปดาห์ในการเห็นผลชัดเจนทางกายภาพ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, แนวทางการดูแล

Abstract

This research aimed to evaluate and develop a care guideline's effectiveness for stroke patients to prevent recurrence at Khao Phanom Hospital, Krabi Province. The study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest. The sample consisted of 15 stroke patients. The research instruments included questionnaires assessing risk factor perception, perceived benefits of preventive behaviors, and recurrence prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after the intervention, patients' mean scores for risk factor perception, perceived benefits, and recurrence prevention behaviors increased significantly ($p < .05$). The risk level for recurrence decreased, although was not statistically significant. Physical risk factors such as waist circumference, body mass index, blood pressure, blood sugar, and lipid levels showed improving trends. The developed care guideline proved effective in enhancing perception and preventive behaviors for stroke recurrence. However, observing clear physical results may require more than 8 weeks.

Keywords: Stroke, Recurrence Prevention, Care Guideline

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยมีผู้ป่วย 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และผู้ป่วยใหม่ 13.7 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization, 2017) ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ปีละ 30,000 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักประสบปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคแบ่งเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ได้ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยที่ป้องกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

พื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2562-2566 จำนวน 74, 98, 143, 128 และ 138 รายตามลำดับ และพบผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 6, 14, 19, 25 และ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.10, 14.28, 13.28, 19.53 และ 14.78 ตามลำดับ แม้จะมีแนวทางการรักษาที่เริ่มจากการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำ CT scan แต่ยังคงพบขาดแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมตลอดกระบวนการรักษา (โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำประกอบด้วยปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค และการรับประทาน

ยาอย่างสม่ำเสมอ การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) พบว่าช่วยเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการป้องกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์, 2557; Kamara & Singh, 2012)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยครอบคลุมตั้งแต่การรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนถึงการจำหน่าย การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยเน้นการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นในการลดความเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรงพยาบาลเขาพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ไขมันรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลเขพนม จำนวน 15 คน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการส่งต่อไปตรวจ CT scan ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ก่อนถูกส่งกลับมาดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาวิจัยและเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke)
2. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (Minor stroke)
3. ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหลังทำ CT brain เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม

4. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเขพนม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) และถูกส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลกระบี่เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม
2. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน (Stroke fast track) และถูกส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลกระบี่เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผลของโปรแกรมป้องกันการ

กลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขพนม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลขณะป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ใช้แบบการคัด

กรองโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตโดยวิธีทางวาจา (Verbal screening) ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 9 ข้อ ครอบคลุมประวัติการเป็นอัมพาตของญาติสายตรง ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ขนาดรอบเอวและดัชนีมวลกาย การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ

ความเสี่ยงสูงมาก: ผิดปกติ > 5 ข้อ หรือมีประวัติเป็นอัมพาต โรคหัวใจ เบาหวานที่มีปัญหาโรคไต หรือได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นกรรมพันธุ์ไขมันผิดปกติ

ความเสี่ยงสูงปานกลาง: ผิดปกติ 3-5 ข้อ หรือระดับความดันโลหิตสูงมาก (BP > 170/100 มม.ปรอท 2 ครั้งติดกันมากกว่า 2 รอบการตรวจรักษา) หรือ Cholesterol > 309 mg%

ความเสี่ยงสูง: ผิดปกติ 2 ข้อ หรือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นอัมพาตหรือหัวใจขาดเลือด หรือเบาหวานที่คุมไม่ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงของจุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2561) ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างให้เกิดความรู้ และการรับรู้ โดยกิจกรรมการสอนให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการฟังการบรรยายประกอบแผ่นพลิก ได้แก่ สาเหตุ อาการของโรคหลอดเลือดสมองปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ทั้งจากที่พบในตัวผู้ป่วยเองและจากที่พบในบุคคลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการอธิบายและยกตัวอย่างพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งด้านการรับประทานอาหาร ชนิดของอาหารที่ควรรับประทานหรือต้องหลีกเลี่ยง ชนิดและเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันและระดับความดันโลหิต การพักผ่อนที่เหมาะสม การรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด

ขั้นตอนที่ 2 ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ทบทวนความรู้ซ้ำและทบทวนข้อกำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการติดตามสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 2, 4 หลังกลุ่มทดลองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติตัวผลการปฏิบัติตัวปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตัว

ขั้นตอนที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมิน 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 2) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 3) พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 4) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน การเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ ประจำปี 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.3) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 53.3) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 80.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.7) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80.0) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 53.3) นอกจากนี้ ร้อยละ 40.0 มีญาติสายตรงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 80.0)

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายประการ โดยพบว่าร้อยละ 60 มีขนาดรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 80 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 60 มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.7 มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 40 มีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่า

เกณฑ์ปกติ และร้อยละ 53.3 มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงเกินเกณฑ์

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60-80 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

2. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลอง โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จาก 82.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 96.06 (ระดับมาก) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) จาก 59.86 (ระดับปานกลาง) เป็น 70.66 (ระดับมาก) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จาก 23.53 (ระดับปานกลาง) เป็น 29.26 (ระดับมาก) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการทดลองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง (n = 15) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ตัวแปร	คะแนน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
		μ	σ	ระดับ	μ	σ	ระดับ		
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง	22-110	82.66	8.69	ปานกลาง	96.06	6.45	มาก	3.413	.001
การรับรู้ประโยชน์	17-75	59.86	6.46	ปานกลาง	70.66	13.06	มาก	2.562	.010
พฤติกรรมป้องกันการ	22-36	23.53	3.71	ปานกลาง	29.26	2.43	มาก	3.417	.001

3. การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ผลการวิจัยแสดงการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจก่อนการทดลอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ร้อยละ 33.3) และกลุ่มเสี่ยงสูง (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ

ภายหลังการทดลอง สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงมากลดลงเหลือร้อยละ 13.3 ขณะที่กลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.7 และกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 40.0 แม้จะเห็นแนวโน้มการลดลงของกลุ่มเสี่ยงสูงมากอย่างชัดเจน แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.343$, df = 2, p = 0.133) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลอง

ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงสูงมาก	5	33.3	2	13.3
เสี่ยงสูงปานกลาง	8	53.4	6	40.0
เสี่ยงสูง	2	13.3	7	46.7

$$\chi^2 = 4.343, df = 2, p = 0.133$$

4. การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยแสดงการเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง (n = 15) พบว่า มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทุกปัจจัย แม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงลดลงในทุกด้าน ได้แก่ ขนาดรอบเอว (จากร้อยละ 60.0 เป็น 46.7) ดัชนีมวลกาย (จากร้อยละ 80.0 เป็น 60.0) ระดับความดันโลหิต (จากร้อยละ 60.0 เป็น 46.7) ระดับน้ำตาลในเลือด (จากร้อยละ 46.7 เป็น 33.3) ระดับคอเลสเตอรอล (จากร้อยละ 40.0 เป็น 13.3), และระดับไตรกลีเซอไรด์

(จากร้อยละ 53.3 เป็น 33.3) การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดที่สุดคือระดับคอเลสเตอรอล ($p = .098$) แม้ว่าจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด ผลการวิจัยนี้

ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ขนาดรอบเอว						
เสี่ยง (ชาย > 90, หญิง > 80)	9	60.0	7	46.7	2.143	.143
ไม่เสี่ยง (ชาย > 90, หญิง > 80)	6	40.0	8	53.3		
2. ดัชนีมวลกาย						
เสี่ยง (BMI ≥ 25)	12	80.0	9	60.0	1.429	.232
ไม่เสี่ยง (BMI < 25)	3	20.0	6	40.0		
3. ระดับความดันโลหิต						
เสี่ยง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท)	9	60.0	7	46.7	.1357	.712
ไม่เสี่ยง (<140/90 มม.ปรอท)	6	40.0	8	53.3		
4. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)						
เสี่ยง (≥ 120 มก./ดล)	7	46.7	4	33.3	2.222	.132
เสี่ยง (< 120 มก./ดล)	8	53.3	11	66.7		
5. Cholesterol						
เสี่ยง (≥ 200 มก./ดล.)	6	40.0	2	13.3	2.727	.098
ไม่เสี่ยง (< 200 มก./ดล.)	9	60.0	13	86.7		
6. Triglyceride						
เสี่ยง (≥ 150 มก./ดล.)	8	53.3	5	33.3	1.222	.271
ไม่เสี่ยง (< 150 มก./ดล.)	7	46.7	10	66.7		

อภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยมีการ

ปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการทดลอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้และการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ โดยมีการให้ความรู้ที่ครบถ้วนและการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงและการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การให้ความรู้ที่ครอบคลุมไม่เพียงแต่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังรวมถึงประโยชน์ของการปรับพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจดีขึ้นจะมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ การสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากทีมแพทย์และพยาบาล รวมถึงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและมีความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตตามแนวทางที่แนะนำ

นอกจากนี้ การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้น เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้เน้นการสร้างความตระหนักรู้ในปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของการปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยที่เข้าใจถึงความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมากขึ้น นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจผ่านการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมอีกด้วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Becker & Maiman (1975) ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของพฤติกรรมสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ งานวิจัยก่อนหน้านี้ของจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) ก็ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยนี้อย่างชัดเจน ข้อจำกัดของการวิจัยนี้รวมถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กและเป็นการศึกษาเชิงทดลอง ซึ่งอาจจำกัดความสามารถใน

การสรุปผลไปใช้กับประชากรทั่วไป นอกจากนี้ การติดตามผลในระยะเวลาสั้นอาจไม่สามารถประเมินผลกระทบในระยะยาวได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ยืนยันถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการสนับสนุนทางพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนา แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เหตุผลที่ผลการวิจัยไม่สามารถลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาการติดตามที่สั้นเกินไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป หรือปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว สถานการณ์สุขภาพที่ซับซ้อน หรือการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลอย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวมักต้องการเวลามากกว่านี้ และการติดตามผลในระยะยาวอาจแสดงผลที่ชัดเจนขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Becker & Maiman (1975) ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของพฤติกรรมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ งานวิจัยของจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยนี้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยของ Kamara & Singh (2012) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยปัจจุบัน แต่การศึกษาโดยจุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2561) ที่แสดงให้เห็นว่าแนว

ทางการดูแลที่คล้ายกันมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ผลการวิจัยของเรา ยังไม่สามารถลดความเสี่ยงได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพควรใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาไปประยุกต์ใช้และปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เพิ่มความสำเร็จในการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ไขมันคอเลสเตอรอลสูง ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนา แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง อย่างไรก็ตาม การที่ผลไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการติดตามที่สั้นเกินไป (8 สัปดาห์) และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย (15 คน) ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญของการวิจัยนี้ ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2561) ที่พบว่าโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุจิตรา คัมพะอาด และคณะ (2560) ที่พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอาจต้องใช้เวลาานกว่า อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาของปิยะนุช จิตตานุ (2564) ที่พบ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและบริบทของพื้นที่

โดยสรุป การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังไม่สามารถลดระดับความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 8 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลเขાพณมควรจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติและผู้ดูแล โดยเน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และแจกจ่ายให้กับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษา

1.3 ควรสร้างระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การโทรศัพท์ติดตามหรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ในการติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการ

ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของผู้ป่วยในบริบทของ
จังหวัดกระบี่

2.3 ควรศึกษาประสิทธิผลของแนว
ทางการดูแลในระยะยาว โดยติดตามผู้ป่วยเป็น
ระยะเวลา 1-2 ปี

2.4 ควรทำการวิจัยแบบสุ่มและมี
กลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนว
ทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นกับการดูแลแบบปกติ

3. ข้อจำกัดของการวิจัย

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (15 คน)
และจำกัดอยู่ในพื้นที่เดียว ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของ
ประชากรทั้งหมด

3.2 ระยะเวลาในการติดตามผล (8
สัปดาห์) อาจไม่เพียงพอที่จะประเมินผลลัพธ์ในระยะ
ยาว

3.3 การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำ
ให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลของแนวทางการดูแลที่
พัฒนาขึ้นกับการดูแลแบบปกติได้อย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 17(1), 6-15.
- ปิยะนุช จิตตุนนท์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(2), 13-25.
- โรงพยาบาลเขพนม จังหวัดกระบี่. (2566). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562-2566 [รายงานที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลเขพนม.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานประจำปี 2562 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตรา คุ่มสะอาด, วิณา เทียงธรรม, และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ. (2560). [ไม่มีชื่อบทความ]. วารสารสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย, 31(ฉบับพิเศษ), [ไม่มีเลขหน้า].
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 13(1), 10-24.

Kamara, S., & Singh, S. (2012). What are the patient-held illness beliefs after a transient i s c h a e m i c attack, and do they determine secondary prevention activities: An exploratory study in a North London General Practice. Primary Health Care Research & Development, 13(2), 165-174. <https://doi.org/10.1017/S1463423611000284>

World Stroke Organization. (2019). Global stroke fact sheet. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf