

ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย

The Effects of Recurrent Prevention Program for Stroke Patients Admitted
to Inpatient Department, Pichai Hospital.

สุวา เกิดคุ่ม

Suwa Kerdkhum

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรธานี

(Received: June 15, 2024; Accepted: July 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย โดยมุ่งเน้นการศึกษาความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และเปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือดครั้งแรก อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิชัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกัน และแบบประเมินระดับความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มจาก 10.81 เป็น 16.88 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันเพิ่มจาก 13.13 เป็น 17.63 และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มจาก 37.88 เป็น 52.63 สรุปได้ว่าโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This research aimed to study the effects of a recurrence prevention program for stroke patients admitted to the inpatient department of Pichai Hospital. The study focused on assessing the risk of recurrence and comparing the perception of risk factors, the perceived benefits of preventive behaviors, and the preventive behaviors before and after participating in the program. The study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 16 first-time ischemic stroke patients aged 35 years and above, admitted to the inpatient department of Pichai Hospital. The research instruments included a recurrence prevention program, interview forms assessing risk factor perception, perceived benefits of behaviors, preventive behaviors, and a risk level assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after participating in the program, patients exhibited statistically significant increases ($p < 0.05$) in their perception of risk factors, perceived benefits of preventive behaviors, and preventive behaviors against recurrence. The mean score for risk factor perception increased from 10.81 to 16.88, the perceived benefits of preventive behaviors rose from 13.13 to 17.63, and preventive behaviors against recurrence increased from 37.88 to 52.63. It was concluded that the recurrence prevention program effectively enhanced stroke patients' perception of risk factors, perceived benefits of preventive behaviors, and preventive behaviors against recurrence. The findings of this research can be applied to develop care plans and educational programs for stroke patients in other healthcare facilities to reduce the risk of disease recurrence.

Keywords: Stroke, Recurrence Prevention Program, Health Behavior

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและพิการอันดับต้นๆ ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นถึง 3.4 ล้านคน (CDC, 2012) ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศ (Ministry of public health, 2020) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลง แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีโอกาสเกิดภาวะพิการหลงเหลือได้ถึงร้อยละ 90 โดยแบ่งเป็นทุพพลภาพระดับเล็กน้อยร้อยละ 71 ระดับปานกลางร้อยละ 16 และระดับรุนแรงร้อยละ 13 (Ministry of public health, 2018)

ภาวะพิการหรือทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทางร่างกายผู้ป่วยมักมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัวจากสังคม และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ส่วนด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมักสูญเสียรายได้ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางการเงินในครอบครัว (Yubolchit N, Praekhao C, Tiamkao S., 2019) ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพร่างกายจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติบทบาททางสังคม และการประกอบอาชีพ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งอาจต้องใช้เวลาานหรือตลอดชีวิต

ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติ เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" หากญาติผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรค ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น (Chayawatto C., 2016) อย่างไรก็ตาม การที่ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลเอง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องทำซ้ำๆ ทุกวันและไม่มีที่สิ้นสุด (Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al., 2021) บางครั้งต้องอดทนกับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น อาการหงุดหงิด หรือดื้อดึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ภาระแต่ละวันหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ความเป็นส่วนตัวลดน้อยลง ไม่มีเวลาหรือโอกาสในการทำกิจกรรมผ่อนคลายดังที่เคยทำได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (caregiver burden) หรือเกิดความเครียดจนอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางกายหรือภาวะซึมเศร้าได้ (Yubolchit N, Praekhao C, Tiamkao S., 2019)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้แรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (สุวิตรา สร้างนา, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan และคณะ (2008) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายมี



ความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ ยังพบว่าการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสอนผู้ป่วยทำให้คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์, 2557) อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาพฤติกรรมเมื่อมีความเจ็บป่วย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีบทบาทสำคัญ (Abraham & Sheeran, 2015) นอกจากนี้ การรับรู้อุปสรรคนั้น บุคคลจะประเมินระหว่างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยถ้าบุคคลมีอุปสรรคในการปฏิบัติสูงและมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง จะเกิดความขัดแย้งทางจิตใจ ยากแก่การแก้ไขพฤติกรรม และอาจหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสาเหตุการเกิดโรคซ้ำมักเกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การหยุดยาเอง และการไม่ยอมปรับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ เช่น ควบคุมความดันโลหิตไม่ดี หรือมีไขมันในเลือดสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นที่การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ให้ความรู้ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่

จะต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอีก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือด (Ischemic Stroke) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง เดือน มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้จะใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือด (Ischemic Stroke) ครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิง อายุ

35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิชัย จำนวน 16 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้: ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก ไม่มีภาวะพึ่งพาหรือมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลาง (คะแนน ADL 50-100 คะแนนตามเกณฑ์สถาบันประสาทวิทยา, 2550) สำหรับผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมตามแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 โดยผู้จบประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 17 และผู้จบสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 23 สามารถสื่อสารได้ดี พูดโต้ตอบได้เข้าใจ และมีโทรศัพท์ที่สามารถใช้สื่อสารได้ ทั้งนี้ จะคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษาหากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม ไม่สามารถติดต่อกับ หรือกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1988) ประกอบด้วย แผนการสอนการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ สาเหตุ อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โปรแกรมนี้ใช้สื่อและเอกสารประกอบ ได้แก่ แผ่นพลิก คู่มือ แผ่นพับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สมุดบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย

ผู้ดูแลขณะป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 22 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-22 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0.00-7.33) ปานกลาง (7.34-14.66) และมาก (14.67-22.00)

2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 17 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0.00-5.66) ปานกลาง (5.67-11.32) และมาก (11.33-17.00)

2.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 22 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-66 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0-22) ปานกลาง (23-44) และมาก (45-66)

2.5 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 9 ข้อ แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงสูงมาก ความเสี่ยงสูงปานกลาง และความเสี่ยงสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยส่งแผนการสอน แผ่นพลิก แผ่นพับ และคู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินต่างๆ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ



3 ท่าน (พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง) ตรวจสอบความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ใช้เกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยยอมรับค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ผลการวัดได้ค่าระหว่าง 0.6-1.0

3. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แล้วหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Kuder Richardson สำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรม และใช้ Cronbach's alpha coefficient สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การป้องกัน ส่วนแผนการสอนใช้การทดสอบความเข้าใจระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิชัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ก่อนเริ่มโปรแกรม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมป้องกัน และระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำ

4. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย

4.1 การให้ความรู้และสร้างการรับรู้

4.2 การทบทวนความรู้และกำหนดแนวทางปฏิบัติ

4.3 การติดตามและประเมินผลระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

4.4 การติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย (สัปดาห์ที่ 2 และ 4)

4.5 การประเมินผลลัพธ์ในสัปดาห์ที่ 8

5. ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนเริ่มโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้ำก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.6 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 58.21 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.3 รายได้น้อยกว่า 5,001 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 62.6 รายได้เฉลี่ย 6821.32 บาท ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน

ร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.8 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.7 ไขมันในเลือด ร้อยละ 25.0 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะขาดเลือดสมองชั่วคราว ร้อยละ 87.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.5 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ดื่มสุราและเลิกดื่ม นานกว่า 6 เดือน (เท่ากัน) คือ ร้อยละ 25.0

2. ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มตัวอย่าง 16 คน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงสูงมาก (6 คน, ร้อยละ 37.5) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงผิดปกติมากกว่า 5 ข้อหรือมีประวัติโรครุนแรง ความเสี่ยงสูงปานกลาง (7 คน, ร้อยละ 43.75)

ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงผิดปกติ 3-5 ข้อหรือมีความดันโลหิตสูงมากอย่างต่อเนื่อง และความเสี่ยงสูง (3 คน, ร้อยละ 18.75) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงผิดปกติ 2 ข้อหรือมีประวัติเบาหวานยาวนาน ผลการจัดกลุ่มนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางถึงสูงมาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล ติดตาม และจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยใช้แบบการคัดกรองโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตโดยวิธีทางวาจา (Verbal screening)

ระดับความเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ความเสี่ยงสูงมาก	6	37.5
ความเสี่ยงสูงปานกลาง	7	43.75
ความเสี่ยงสูง	3	18.75
รวม	16	100

2. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=10.81$, $S.D.=0.98$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับมาก ($M=16.88$, $S.D.=1.95$) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ คะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.160$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=13.13$, $S.D.=$

1.82) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับมาก ($M=17.63$, $S.D.=1.68$) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.023$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

4. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=37.88$, $S.D.=6.34$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($M=$

52.63, S.D.=4.63) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=9.025$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้ำก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	10.81	0.98	ปานกลาง	16.88	1.95	มาก	19.160	0.000
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	13.13	1.82	ปานกลาง	17.63	1.68	มาก	11.023	0.000
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	37.88	6.34	ปานกลาง	52.63	4.63	มาก	9.025	0.000

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 10.81) หลังเข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.160$, $p < .05$) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 16.88)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.13) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t=11.023$, $p < .05$) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 17.63)

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 37.88) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t=9.025$, $p < .05$) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 52.63)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทั้งนี้ เนื่องจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1988) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตัวได้ทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจให้ผู้ป่วย ในขณะที่การเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์และตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัว ส่งผลให้เกิดความตั้งใจและความพยายามใน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบเหล่านี้ร่วมกันส่งเสริมให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) ซึ่งพบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง Sullivan และคณะ (2008) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยของ Abraham & Sheeran (2015) ยังชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีบทบาทสำคัญในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ งานวิจัยของ Chayawatto (2016) ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้ นอกจากนี้ การวิจัยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ควบคุมเข้ามามีผลกระทบต่อผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กานต์ธิดา กาแพงแก้ว. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอื่นๆ โดยการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นโรคซ้ำ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการดูแลสำหรับโรคอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากร

2.2 ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำ

2.3 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 6.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สุวิตรา สร้างนา (2557) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกปี พ.ศ. 2558 (ปีงบประมาณ 2559). ค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicable-disease/Stroke58.pdf>.

หัตยาพร มะโน. (2552). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Abraham, C. & Sheeran, P. (2015). The Health belief Model. Retrieved on: 24 September 2023, from https://www.researchgate.net/publication/290193215_The_Health_Belief_Model

Becker, M.H., Maiman, L.A., Kirscht, J.P., Haefner, D.P., & Drachman, R.H. (198). The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. Journal of Health and Social Behavior, 348-366.

Best, J. W. (1981). Research in education. New jersey: Prentice-Hall. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Prevalence of stroke: United States, 2006–2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 61:379–82.

Chayawatto C. (2016). Depression in the caregivers of stroke patients. Region 4-5 Medical Journal, 35:14-27. (in Thai)

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). USA: Lawrence Erlbaum associates.

Ministry of public health. (2020). Division of strategy and planning, Office of the permanent Secretary, Reported public health status of Thailand 2020. Bangkok: the printing office to assist veterans organization.

Ministry of public health. (2018). Division of non-communicable diseases, Department of Disease Control. Reported number and rate of inpatients with stroke. Bangkok: the printing office to assist veterans organization; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>



- Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. (2017). Components of comprehensive and effective transitional Care. J Am Geriatr Soc [internet]. [cited 2021/11/9].65;1119-1125. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315776473>
- Yubolchit N, Praekhao C, Tiamkao S. (2019). Quality of life of acute ischemia stroke patients in middle secondary hospital in health region 7. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, 14: 15-36. (in Thai)
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., Chang, A., Roos, C., & Scott, C. (2008). Predictors of Intention to Reduce Stroke Risk Among People at Risk of Stroke: An Application of an Extended Health Belief Model. Rehabilitation Psychology, 53(4), 505-51