



ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก
ที่อาศัยอยู่ในชุมชน

The Effects of the Application of the Health Belief Model
and Family Support Program on Recurrence Stroke Prevention
among First Episode Stroke Survivors Dwelling in a Rural Community

ธนาภรณ์ ปิ่นแก้ว¹ วิณา เทียงธรรม² ปาหนัน พิชยภิญโญ²

Thanaphorn Pinkaeo¹ Weena Thiangthum² Panan Pichayapinyo²

¹นักศึกษาลัทธิสูตร พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹M.N.S. (Community Nurse Practitioner) Department of Public Health Nursing,

Faculty of Public Health, Mahidol University

²Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Weena Thiangthum; Email: weena.thi@mahidol.ac.th

Received: March 16, 2022 Revised: May 20, 2022 Accepted: May 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลสามครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Repeated measure ANOVA และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนจากครอบครัว; ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; การป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ; ผู้รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมอง



The Effects of the Application of the Health Belief Model and Family Support Program on Recurrence Stroke Prevention among First Episode Stroke Survivors Dwelling in a Rural Community

Thanaphorn Pinkaeo¹ Weena Thiangthum² Panan Pichayapinyo²

¹M.N.S. (Community Nurse Practitioner) Department of Public Health Nursing,

Faculty of Public Health, Mahidol University

²Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Weena Thiangthum; Email: weena.thi@mahidol.ac.th

Received: March 16, 2022 Revised: May 20, 2022 Accepted: May 24, 2022

Abstract

This quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effects of using the Health Belief Model and the family supporting program on the recurrence of stroke prevention among first episode stroke survivors. The sample consisted of 60 first episode stroke survivors. They were randomly divided into an experimental group (n=30) and a comparison group (n=30). The study took a total of 8 weeks. The experimental group was provided with information to enhance their perceived severity, perceived benefit, perceived barrier, perceived susceptibility, and family support. The data was collected by using questionnaires during the pre-post experiment and follow-up stage, and analyzed using descriptive statistics Chi-square, repeated measures ANOVA, and independent t-tests. After the intervention, the results found that the experimental group had a significantly better mean score for recurrent stroke preventive behavior in terms of eating behavior, medication adherence behavior, adherence to doctor appointments, exercise behavior and observing the warning signs of recurrence stroke, than pre-experimental group and better than the comparison group ($p < .05$). The research findings can be used as healthcare guidelines for survivors of first episode stroke reduce the likelihood of recurrent strokes. In addition, they can be used to guide healthcare for patients with other chronic diseases.

Keywords: family support; health belief model; recurrent stroke prevention; stroke survivors

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular diseases หรือ stroke) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke) ทั่วโลกกว่า 15 ล้านคน เสียชีวิตถึง 5,712,240 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 และคาดการณ์การณั้วาประชากรทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 23 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573¹ แม้ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาก้าวหน้ามากขึ้นมีหน่วย stroke fast track ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง แต่ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตบางราย ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ และยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งเกิดภาวะการณั้วาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (recurrence stroke) ได้ ซึ่งจะเพิ่มความพิการและการเสียชีวิตพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยในระยะปีแรกพบร้อยละ 14 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในปีถัดมา² โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประเทศไทย และมีอัตราการตายสูงสุดในระหว่างโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี³ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 124 คน เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 49 คน หรือร้อยละ 39.5⁴ การเป็นโรคหลอดเลือดสมองและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและมีความพิการมากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เสียค่ารักษาและทรัพยากรต่าง ๆ มากขึ้น ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างมากในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁵

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (recurrence stroke) คือความผิดปกติของสมองที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตามท้องคัการอนามัยโลกกำหนด และเกิดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก⁶ (first episode of stroke) ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการรุนแรงมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และเพิ่มความพิการมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก⁷ ซึ่งอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 56.2 ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราเสียชีวิตจะสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งความชุกการเกิดเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 16 และความเสี่ยงกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ 1-5 ปี⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อายุ เพศ การมีโรคร่วม (HT, DM, HLD) และควบคุมภาวะโรคร่วมไม่ได้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ไม่ไปตรวจตามนัด ไม่ออกกำลังกาย ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค และมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ เป็นปัจจัยส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง⁹⁻¹⁰ สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่ทราบว่เมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะทำให้มีโอกาสที่จะเสียชีวิต พิการ และเกิดผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว คิดว่าผลกระทบดังกล่าวเป็นเรื่องที่ไกลตัว จึงไม่เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ได้รับการกระตุ้นในการปรับพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิตแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ จนเกิดเป็นความเคยชิน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงและความรุนแรงต่าง ๆ เหล่านี้ เข้าใจถึงประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติตัว มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากข้อมูลนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock¹¹ ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยง



ต่อการเป็นโรค โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควรและการปฏิบัติดังกล่าว เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดี โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัวและความอาย¹² ความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ และมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมหรือตัวกระตุ้น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม คำแนะนำจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ในขณะที่ญาติผู้ใกล้ชิดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ รวมทั้งช่วยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจช่วยเหลือ และสนับสนุนในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากญาติผู้ดูแลคือสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันตลอดเวลา เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้^{9,13-14} ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากครอบครัว มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น¹⁵ และพบว่าทำให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังขาดการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค ในเรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงประโยชน์และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะให้ความรู้กว้าง ๆ ร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ เห็นความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ภาวะสุขภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสนอแนะทั้งทางบวกและทางลบ และการฝึกปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ในการป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)^{11,16} ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) และ 6) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues

to action) เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรค ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติผ่านการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม¹⁷ โดยจัดกิจกรรมเน้นการให้ความรู้ เรื่องปัจจัยที่จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทั้งต่อตนเองและครอบครัว เน้นให้เห็นประโยชน์และผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การพบแพทย์ตามนัด และการสังเกตอาการเตือน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคร่วม รับรู้ในการลดอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหามาจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ รับรู้ในความสามารถของตนเองผ่านการนำเสนอตัวแบบด้านบวกและลบ การฝึกปฏิบัติเลือกซื้ออาหารและออกกำลังกาย รวมทั้งการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมหรือตัวกระตุ้น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด โดยเน้นบทบาทของครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุน และกระตุ้นเตือน การปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามครั้ง (two group pre-posttest and follow up design) คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ.2564

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี ในปีพ.ศ.2564 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คัดเลือกพื้นที่ทำการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงได้อำเภอสองพื้นที่ เป็นพื้นที่สำหรับทำการวิจัย ซึ่งเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ที่สุดและมีจำนวนประชากรมากที่สุด ประกอบไปด้วย 14 ตำบล 1 เทศบาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 419 คน จากนั้นคัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง โดย 4 ตำบลแรกเป็นกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วย 72 คน และ 4 ตำบลหลังเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนผู้ป่วย 69 คน รวมทั้งสิ้น 137 คน จากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่บ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (the Barthel activity of daily living index) มากกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร มีบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือมีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 180 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 110 มม.ปรอท ได้กลุ่มทดลองจำนวน 52 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 49 คน จากนั้นนำรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมาเรียงลำดับ จากอายุน้อยไปมาก แล้วมาทำการจับคู่ (paired matching) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทีละ 1 คู่ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 30 คู่



ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามหลักการอำนาจทดสอบโดยมีการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตรของ glas¹⁸ จากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน¹³ ได้ค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.12 กำหนดให้ power เท่ากับ .80 และ alpha เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 หรือจำนวนกลุ่มละ 5 คน รวมเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบเลือกตอบและเติมข้อความ 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของทิวพร วิถี¹³ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้านคือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การไปตรวจตามนัด และการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ 31 ข้อ โดยให้เลือกตอบในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด คือ ประจํา บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมที่ได้จากโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

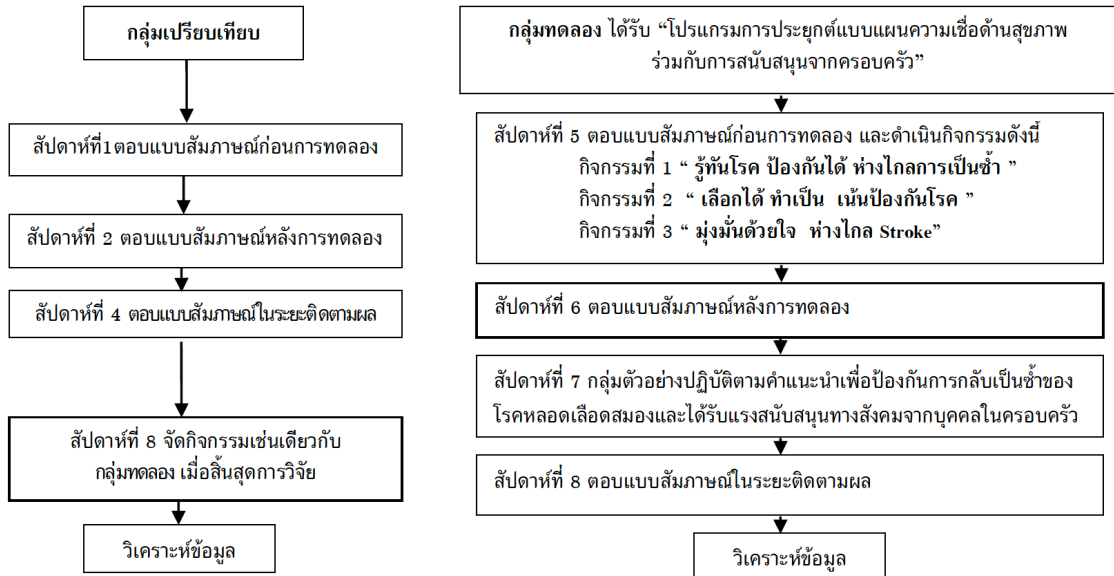
3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (the barthel activity of daily living index: adl) ของสถาบันประสาทวิทยา¹⁹ โดยใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรมได้แก่การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น คะแนนรวม 0-100 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1) 0-20 คะแนนคือไม่สามารถปฏิบัติได้เลย 2) 25- 45 คะแนนคือสามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย 3) 50-70 คะแนน คือสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง 4) 75- 90 คะแนนคือสามารถปฏิบัติได้มาก และ 5) 100 คะแนน คือ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คืออาจารย์พยาบาล แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถาม เท่ากับ .99 และนำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่โรงวัว อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยกำหนดค่า Cronbach's Alpha Coefficients ไม่น้อยกว่า .7

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนในสัปดาห์ที่ 1-4 และใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ต่อมา ในสัปดาห์ที่ 5-8 ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตามผล (follow-up) ในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 แล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวให้กับกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 และเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล (follow-up) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 มีรายละเอียดของกิจกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้ทันโรค ป้องกันได้ ห่างไกลการเป็นซ้ำ” ใช้เวลา 1 ชั่วโมงเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงเพื่อให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพ โดยการให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด ได้รับประทานยาที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และไขมันสูง ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การลืมรับประทานยาบ่อยครั้ง รับประทานยาไม่ตรงเวลา การไม่ไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง อันตรายและผลกระทบที่มีต่อร่างกาย เช่น ทำให้เสียชีวิต การก่อให้เกิดความพิการ ติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา และผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนและครอบครัว ประกอบการบรรยาย รูปภาพภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ชมวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม และมอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) และการรับรู้



แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยผ่านการบรรยายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ความเข้าใจ การให้ความสำคัญและรู้สึกไม่ได้เป็นภาระ ด้านวัตถุสิ่งของ ได้แก่ การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ การจัดอาหาร การพาไปพบแพทย์ การช่วยทำกายภาพบำบัด พาไปออกกำลังกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินค่า ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2 “ เลือกได้ ทำเป็น เน้นป้องกันโรค ” ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ประโยชน์โดยเน้นให้เห็นผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การใส่ยา การออกกำลังกาย และการพบแพทย์ตามนัด ได้แก่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การรับประทานอาหารที่มากเกินไป ไม่สมดุล รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานผักผลไม้ไม่พอ ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด มีกิจกรรมทางกายน้อย ไม่ออกกำลังกาย ประกอบกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผ่านการบรรยายและชมวีดิทัศน์สถานการณ์สมมติเกี่ยวกับการสังเกตและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้ในการลดอุปสรรคและแก้ไขปัญหามาจากการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคร่วมกับญาติในเรื่องการรับประทานยาและการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด และการออกกำลังกาย พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข

กิจกรรมที่ 3 “ มุ่งมั่นด้วยใจ ห่างไกล Stroke ” ใช้เวลา 1 ชั่วโมงเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านการนำเสนอตัวแบบด้านบวกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการเล่าประสบการณ์ตรงการดูแลตนเองที่ดี และตัวแบบด้านลบจากวิถีทัศน์ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จนเกิดความพิการ ร่วมกับเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการเลือกอาหารและการจัดอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคโดยใช้โมเดลอาหารผ่านการเล่นเกมส์ข้อป้อนร่วมกับญาติ ฝึกทักษะการออกกำลังกาย โดยการฝึกปฏิบัติด้วยการแกว่งแขน การใช้น้ำยัด โดยญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 7 ไม่มีกานัดหมายดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผลการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square, Repeated measure ANOVA และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ MUPH 2021-091 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2564 รวมทั้งได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมตนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอถอนตัวออกจากการศึกษา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาการ



เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการจัดกิจกรรมในโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.3 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.7 และพบว่าร้อยละ 83.3 มีการประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 9,163.3 บาท ในด้านภาวะสุขภาพพบว่า 100 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1-5 ปี และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.3 ส่วนโรคเบาหวาน พบร้อยละ 43.3

ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.7 มีอายุเฉลี่ย 63.1 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 พบว่าร้อยละ 66.7 มีการประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,383 บาท ในด้านภาวะสุขภาพพบว่าร้อยละ 100 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1-5 ปี และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40 ส่วนโรคเบาหวาน พบร้อยละ 30

สรุปคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าคุณลักษณะด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและการมีโรคร่วมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=331.96, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มในช่วงเวลาที่แตกต่างกันพบว่า ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาอย่างน้อย 1 คู่ ($F=138.80, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนในระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	12333.89	1	12333.89	331.96	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	2154.98	58	37.155		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	6644.80	1.84	3611.86	133.51	<.001*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	6907.91	1.84	3754.87	138.80	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	2886.62	106.70	27.05		

* p < .001

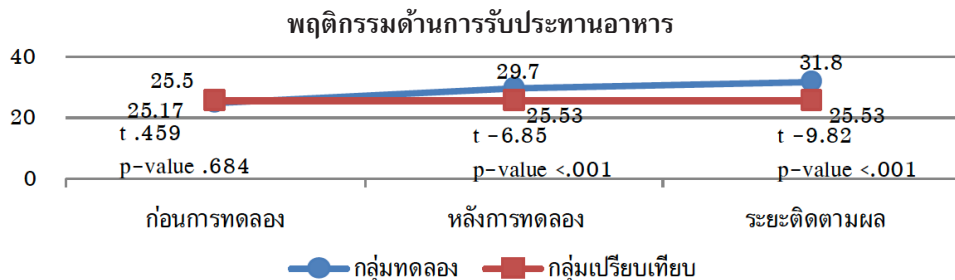
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมกำรป้องกันกำรกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง							
ก่อนการทดลอง	74.80	6.641	74.73	4.961	-.044	58	.965
หลังการทดลอง	94.40	3.720	74.73	4.733	-17.893	58	<.001*
ระยะติดตามผล	104.33	7.063	74.40	4.360	-19.753	48.30	<.001*

* p < .001

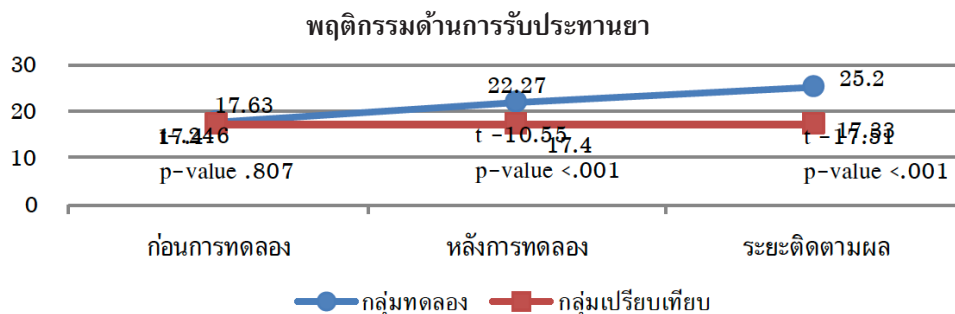
เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล



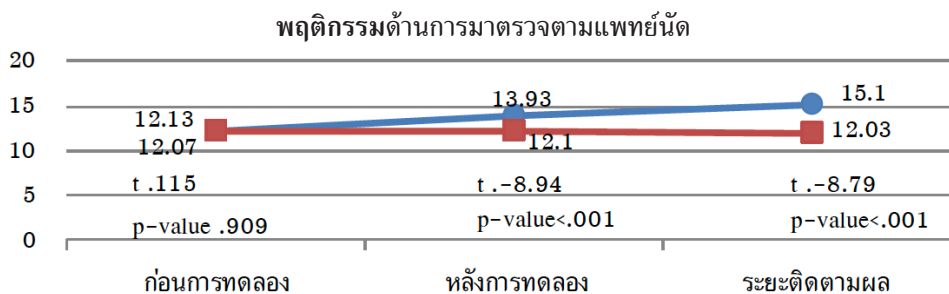
ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



ด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามแพทย์นัดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 4

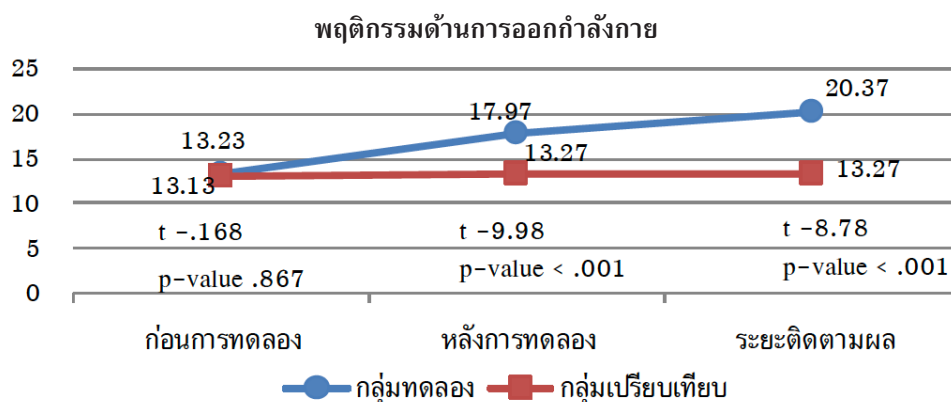
แผนภาพที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามแพทย์นัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล





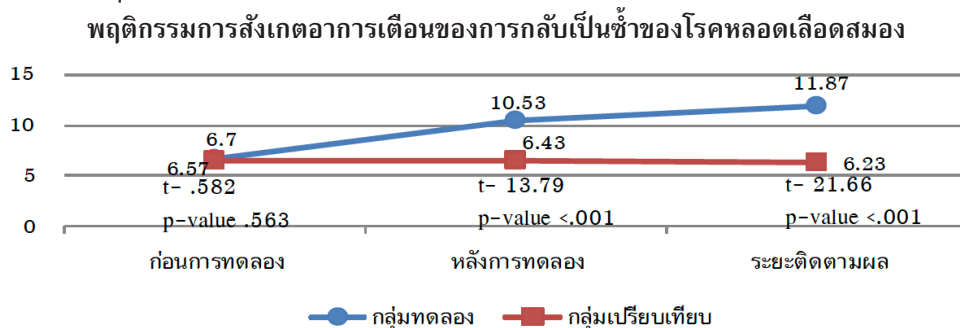
ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 5

แผนภาพที่ 5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



ด้านการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 6

แผนภาพที่ 6 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ^{11,16} ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (social support)¹⁷ โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการรับรู้ ภาวะ



คุณภาพ ผ่านการให้ความรู้ประกอบการบรรยายโดยผู้วิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบทั้งต่อตนเองและครอบครัว โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการเตือน และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคร่วมที่แต่ละบุคคลมีอยู่ รับรู้ในวิธีการลดอุปสรรคผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางแก้ไขปัญห รับรู้ในความสามารถของตนเองเองด้วยการนำเสนอตัวแบบด้านบวกและลบ การฝึกปฏิบัติการเลือกซื้ออาหารและการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ รวมทั้งการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม คำแนะนำจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด โดยการเน้นบทบาทของครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุน และกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความกลัวในระดับที่สูงขึ้นและรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรค ซึ่งเป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความไม่เอียงที่จะหลีกเลี่ยง เชื่อว่าสิ่งที่ได้รับการสอนไปเกิดผลดีต่อตนเองและได้รับการแก้ไขปัญหอุปสรรคที่มี จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{5,13-14,20} ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา และเมื่อพิจารณารายด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองผ่านการให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงและผลกระทบหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคร่วม ได้แก่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง น้ำตาลสูง และไขมันสูง เน้นย้ำให้เห็นประโยชน์ของการไม่รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม และผลดีของการรับประทานผักผลไม้ แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและควรหลีกเลี่ยง ฝึกปฏิบัติการเลือกซื้ออาหาร จัดเมนูอาหารโดยเน้นที่ชนิดและสัดส่วนที่ต้องควบคุมจากการใช้โมเดลอาหารร่วมกับญาติโดยการเล่นเกมส์ ข้อป้จจนเกิดความคุ้นเคย นำเสนอตัวแบบด้านบวกในการเล่าประสบการณ์การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และตัวแบบด้านลบจากการชมวิดิทัศน์ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหารในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยา มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยายผ่านสไลด์เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา ปัจจัยเสี่ยง อันตรายและผลกระทบของการไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การลืมรับประทานยาบ่อยครั้ง รับประทานยาไม่ตรงเวลา ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และเน้นย้ำถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งขนาด ปริมาณ และเวลา ลดอุปสรรคของการรับประทานยาด้วยการยกตัวอย่างสถานการณ์สมมุติกรณีผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น ลืมรับประทาน รับประทานผิดขนาดหรือผิดวิธีการ กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางวิธีการในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งมีญาติผู้ดูแลใกล้ชิดร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกัน นำเสนอตัวแบบด้านบวกแบ่งปันประสบการณ์จริงในการใช้ยาที่ถูกต้องและตัวแบบด้านลบจากการชมวิดิทัศน์ที่เกิดความพิการจากการปฏิบัติ



พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่กระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยา ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง คณะแผนกผู้เชี่ยวชาญด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยายด้วยสไลด์กระตุ้นให้รับรู้ถึงอันตรายและผลของการขาดนัด ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญแนะนำการเตรียมตัวก่อนไปรับการตรวจ ลดอุปสรรคและปัญหาของการขาดนัดโดยการแบ่งปันประสบการณ์และอภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงแนวทาง วิธีการป้องกันการลืมนัด รวมทั้งมีแรงสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลใกล้ชิดซึ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรม และพาผู้ป่วยไปตามนัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเห็นความสำคัญของการไปรับการตรวจตามแพทย์นัดและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

คณะแผนกผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และผลกระทบของการไม่ออกกำลังกาย เน้นให้ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมออกกำลังกาย ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการสาธิตและกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการแกว่งแขน การใช้ยางยืด โดยมีผู้ดูแลใกล้ชิดช่วยในการปฏิบัติ ร่วมกันฝึกปฏิบัติจนมั่นใจในความสามารถของตนเอง และนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน นำเสนอตัวแบบด้านบวกที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายและตัวแบบด้านลบจากการชมวิดิทัศน์ ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการออกกำลังกาย มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้วยการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ จนทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

คณะแผนกผู้เชี่ยวชาญด้านการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยจัดกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบและอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้วยการบรรยายผ่านสไลด์ เน้นย้ำให้เห็นประโยชน์ แนะนำวิธีสังเกตและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนผ่านการชมวิดิทัศน์สถานการณ์สมมติ ร่วมกับการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใกล้ชิด ในการจัดการเมื่อมีอาการเตือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพที่ชัดเจน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการเตือนที่เคยเกิดขึ้นของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเกิดความตระหนักและมีความมั่นใจในการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{5,13-14,20}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก (first episode stroke) และครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสนอตัวแบบทั้งทางบวกและทางลบ การฝึกปฏิบัติจริงและการเสริมสร้างการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ ควรมีการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติมในระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการติดตามและบันทึกผลการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ยั่งยืนและคงทน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง



References

1. World Stroke Organization. World stroke campaign [Internet].2017 [cited 2020 December 16]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign>
2. National Stroke Association. Recovery after stroke [Internet].2017 [cited 2020 December 20]. Available from: <http://www.stroke.org/>
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health [Internet]. Public health statistic.2017 [cited 2020 December 11]. Available from: [\(in Thai\)](http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7892)
4. Sereewichayasawad N, Maneewong P, Srisuk O, Phongern N, Neilpaijit N. Factors related to hospital readmission among stroke patient in home health care unit. *Journal of Public Health Nursing* 2016;28(3):30-40.(In Thai)
5. Tepsuwan J. Recurrent prevention for stroke survivors. *Proceedings of the 1th NPRU National Academic Conference*. Nakhon Pathom: Silpakorn University;2018.(In Thai).
6. World Health Organization. The WHO STEP wise approach to stroke surveillance [Internet].2017 [cited 2020 December 16]. Available from: http://www.who.int/ncd_sveillance/en/step-stroke_manual_v1.2.pdf
7. Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. *International Journal of Stroke* 2013;8(1):3-4.
8. Tiamkao S. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind hospital. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2011; 6(3):31-8.(In Thai)
9. Khumsa-ard S, Thiangtham W, Boonyamalik P. Behavior factors related to recurrent stroke. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(2):13-25.(in Thai)
10. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45(7):2160-236.
11. Skinner CS, Tiro J, Champion VL. The health belief model. *health behavior: theory, research, and practice*, 5th ed. Hoboken, NJ, US: Jossey-Bass/Wiley;2015:75-94.
12. Powwattana A, Kalampakorn S,Lagampan S, Rawiworrakul T. Health promotion and disease prevention in community: An application of concepts and theories to practice. Bangkok: m n compute offset;2018.(in Thai)
13. Witee T, Thiangtham W, Boonyamalik P. The recurrent stroke prevention behavior program in post stroke patients. *Kuakarun Journal of Nursing* 2021;28:7-19.(in Thai)
14. Khiawkhawo P, Thiangtham W, Boonyamalik P. The effects of the cerebral vascular disease prevention program in high risk group patients. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(3):120-32.(in Thai)
15. Thiangtham W, Kalampakorn S, Powwattana A.Community capacity building : concept and applications.4th ed. Bangkok: Danex Inter corporation;2015.(in Thai)
16. Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model end health behavior and health education—theory, research and practice.4th ed. the United States of America: Jossey-Bass;1996.
17. House J. Work stress and social support. reading, MA: Addison-Wesley;1981.
18. Srisatidnarakul B. Effect size power analysis optimal sample size calculations using G*Power Software. Bangkok: Chula press;2020.(in Thai)
19. Prasat Neurological Institute, Ministry of Public Health. Stroke clinical practice guideline for nursing. Bangkok: Thana Place;2015.(in Thai)



20. Bunset P, Piyabanditkul L. Effectiveness of stroke prevention program for high risk group at Hoiybong sub-district, Muang district, Chaiyaphum province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2018;21(2):28-41.(in Thai)