

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด*

Effects of a Motivational Interviewing Program on Stroke Prevention
Behaviors in Patients with Ischemic Stroke*

รติกานต์ วรรณสิงห์** นิชาภัตร พุฒิกามิน***
Ratikan Wannasing** Nichapatr Phutthikhamin***

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพนทอง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 วิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials [RCTs]) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) ตามระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม แล้วสุ่มโดยใช้คอมพิวเตอร์ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2) เครื่องมือคัดกรองได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ESRS, ABCD2 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired samples t-test และ Independent samples t-tests ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -42.84$, 95% CI = -61.69 ถึง -55.51, $p\text{-value} < .001$) และ 2) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -52.62$, 95% CI = -59.67 ถึง -55.08, $p\text{-value} < .001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ

Received: May 13, 2024

Revised: August 18, 2024

Accepted: August 19, 2024

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย กลุ่มวิจัยโรคระบบประสาทและพฤติกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002. E-mail: Ratikan.w@kkumail.com

*** A student of the Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002. E-mail: Ratikan.w@kkumail.com

*** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการนำโปรแกรมไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

Abstract

This experimental study aimed to investigate the effects of a motivational interviewing program on stroke prevention behaviors in patients with ischemic stroke admitted to the stroke unit at Phon Thong Hospital, Roi Et Province, from November 2023 to January 2024. The study employed stratified randomization based on levels of stroke prevention behavior scores. Participants were randomly assigned using computer generation, assigning 10 participants to the experimental group and 10 participants to the control group. The research instruments included: 1) personal and health information record forms, 2) screening tools such as the 6-item Cognitive Impairment Test, ESRS, and ABCD2; 3) a stroke prevention behavior questionnaire; and 4) a motivational interviewing program for stroke prevention behaviors. The content validity of the stroke prevention behavior tool was examined by five experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.90. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding alpha of 0.88. Data were analyzed using paired samples t-test and independent samples t-tests. The results showed that: 1) the mean scores of stroke prevention behaviors before and after receiving the program within the experimental group significantly differed ($t = -42.84$, 95% CI = -61.69 to -55.51, $p\text{-value} < .001$), and 2) the mean scores of stroke prevention behaviors after receiving the program between the control and experimental groups significantly differed ($t = -52.62$, 95% CI = -59.67 to -55.08, $p\text{-value} < .001$). It can be concluded that the motivational interviewing program developed by the researcher can improve stroke prevention behaviors among ischemic stroke patients. Recommendations for nursing practice and further study were made.

Keywords: motivational interviewing program, stroke prevention behaviors, ischemic stroke patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของผู้คนทั่วโลก (World Stroke Organization)¹ สถิติประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2020² พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ร้อยละ 6.12% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก แบ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 87 การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 23.27³ สำหรับสถิติประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549 - 2563⁴ พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ร้อยละ 3.93 เกิดการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 16.81 สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิที่มีหอผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ จากปีงบประมาณ 2562 - 2565 พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ร้อยละ 1.01, 0.98, 1.03 และ 1.10 ตามลำดับ เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 87, 86, 88 และ 85 ตามลำดับ และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.16, 14.80, 15.95 และ 16.92 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น⁵ มีการศึกษาถึงสาเหตุ การเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่าสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดยาและการหยุดยาเอง การไม่มาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ภาวะดื้อต่อยา แอสไพริน การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงไม่ดี และการมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง^{6,7}

หัวใจสำคัญของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง คือพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในการดูแลสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย พฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ การงด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ การผ่อนคลายความเครียด การสังเกตอาการและการมาตรวจตาม แพทย์นัด และการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง⁷⁻¹⁸ ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษา ให้หายได้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเรื้อรัง บุคคลมักจะเคยชินกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมา นาน แม้จะมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง บางรายอาจไม่ปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจึงเป็นแนวทางสำคัญของการป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด¹⁹

จากการสังเกตขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การวางแผนจำหน่ายตามปกติ มีข้อจำกัดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการดูแลภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามอย่าง ใกล้ชิด ทำให้ขาดแรงสนับสนุนหรือแรงกระตุ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้งผู้ป่วยมักขาดความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากการให้ข้อมูลและการสอนทักษะการดูแลตนเอง ในช่วงจำหน่ายมีระยะเวลาจำกัด และขาดการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถติดตามการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นลักษณะ การใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษา โดยยึดผู้รับคำปรึกษาเป็น ศูนย์กลาง¹⁹⁻²⁴ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถรับรู้ คิดวิเคราะห์ ทบทวน ทำให้มองเห็นตนเองและ สะท้อนคิดออกมาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัญหา รวมถึงนำไปสู่การตั้งเป้าหมายใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นการเปลี่ยนแปลง ช่วยให้ผู้ใช้คำปรึกษาสามารถ เลือกใช้กลยุทธ์ในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับขั้นพฤติกรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องและการชื่นชมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจในการคงสภาพพฤติกรรมใหม่ นอกจากนี้ การดูแลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองซึ่งรวมถึงการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้หลัก D-METHOD ช่วยประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม²⁵ ปัจจุบันการนำทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจไปใช้ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองยังมีอยู่จำกัดทั้งในและต่างประเทศ^{19,26-29} และส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการประเมิน

ชั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับชั้นพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ที่ 6-8 สัปดาห์^{23,29,30} จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมที่สามารถเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือ ครั้งที่ 3-4 ส่วนครั้งที่ 5-6 เป็นการติดตามผลและประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมดังที่ เทอดศักดิ์ เดชคง²⁴ ระบุว่าจำนวนครั้ง (dose) ในการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละรายขึ้นอยู่กับระยะตัดสินใจหรือขั้นของพฤติกรรม

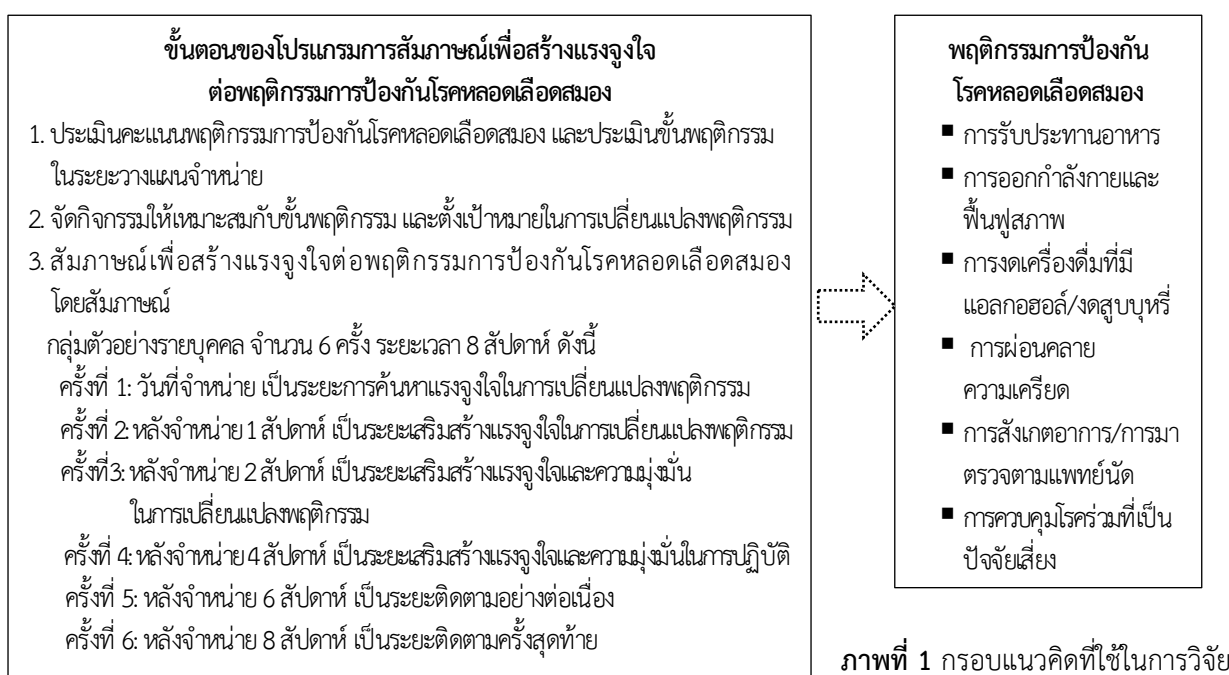
การวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจผ่านเทคนิคการให้คำปรึกษา การประเมินชั้นพฤติกรรมและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับชั้นพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการคงสภาพพฤติกรรมใหม่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป้าหมายต้องการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมและการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันต่อผลลัพธ์คือพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ด้านของพฤติกรรมที่เป็นจุดเน้นในการปรับเปลี่ยนแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานระหว่างทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)¹⁹⁻²⁴ ของ Miller & Rollnick ปี 1986 เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจมาจากทั้งภายในและภายนอก แรงจูงใจภายในเกิดจากการที่ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดปัญหา คิดวิเคราะห์ ทบทวน และสะท้อนออกมา เกิดแรงจูงใจและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนแรงจูงใจภายนอกเกิดจากกระบวนการการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดทบทวน วิเคราะห์ และเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งไม่เหมาะสม รวมทั้งแนวคิดการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (person-centered counseling) ของ Carl Rogers ปี 1940³¹ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสะท้อนออกมาด้วยตนเอง ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model or Stage-of-Change Theory) ของ Prochaska & DiClemente ปี 1983³² เพื่อประเมินชั้นพฤติกรรมและเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับชั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ได้แก่ (1) ชั้นมองไม่เห็นปัญหา (pre-contemplation) ใช้กลยุทธ์การสะท้อนกลับและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (2) ชั้นมองเห็นปัญหาแต่ยังลังเลใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (contemplation) ใช้กลยุทธ์พูดคุย สะท้อนให้เห็นข้อดี-ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลง (3) ชั้นพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง (preparation) ใช้กลยุทธ์ให้ทางเลือกสำหรับการเปลี่ยนแปลง (4) ชั้นลงมือปฏิบัติ (action) ใช้กลยุทธ์การส่งเสริมให้ทำตามทางที่เลือกอย่างต่อเนื่อง และ (5) ชั้นคงสภาพพฤติกรรมใหม่ (maintenance) ใช้กลยุทธ์การสังเกตพฤติกรรมและป้องกันการกลับไปทำพฤติกรรมเดิม สำหรับการให้คำปรึกษาใช้เทคนิค OARS ประกอบด้วย O (Open-Ended Questioning) การตั้งคำถามปลายเปิด A (Affirmation) การชื่นชม/ยืนยัน/รับรอง R (Reflective Listening) การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ และ S (Summarization) การสรุปความ นอกเหนือจากโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแล้ว กลุ่มทดลองยังได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD

ของ McKeegan ปี 1981²⁵ ซึ่งเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เข้ามาโรงพยาบาล โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน นำไปสู่การพัฒนาแผนการดูแลที่เหมาะสม

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีขั้นตอนดังนี้ (1) ประเมินคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินขั้นพฤติกรรมในระยะวางแผนจำหน่าย (2) จัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับขั้นพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (3) สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้น ประเมินคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ การผ่อนคลาย ความเครียด การสังเกตอาการและการมาตรวจตามแพทย์นัด และการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ดังกรอบแนวคิดของการวิจัยในภาพที่ 1



คำถามการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างกันอย่างไร
2. คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างกันอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจก่อนและภายหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials [RCTs]) two arms double blinds (ผู้ประเมินและกลุ่มตัวอย่าง)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด รหัส ICD10 I63 โรคเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด หรือ รหัส ICD10 G459 โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดชั่วคราว เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการคงที่และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการคงที่และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพ้นทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นทั้งรายใหม่และรายเก่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 จากวิจัยของ Brouwer-Goossens et al.²⁸ และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ สุนันทา เดชบุญ¹⁹ คำนวณโดยใช้สูตรของ Glass. 1976^{33,34} ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.5 คำนวณกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรม G*Power³⁵ ได้กลุ่มตัวอย่าง 18 ราย และเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10¹⁵ เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง แทนค่าในสูตร³⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งชั้นตามระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้: (1) ใช้โปรแกรม Microsoft Excel (เวอร์ชัน 2021) กำหนดรหัสของประชากรตั้งแต่หมายเลข 1-40 โดยหมายเลขเรียงตามลำดับประชากรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบ่งชั้นประชากรเป็น 2 กลุ่ม ตามค่าคะแนนระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด กำหนดระดับต่ำ = 1 ระดับปานกลาง = 2 (3) สุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นในอัตราส่วน 1:1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มออกเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (4) สร้างตัวเลขสุ่มของประชากรทั้ง 40 ราย โดยใช้ฟังก์ชัน RAND () (5) สุ่มอย่างง่าย (simple randomization) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย (6) บันทึกผลการจัดกลุ่มว่าแต่ละหมายเลขอยู่กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง และอยู่ในชั้นใด บันทึกไว้ในฐานข้อมูลที่มีการเข้ารหัสเพื่อรักษาความลับ มีเพียงผู้วิจัยที่เข้าถึงข้อมูลนี้และเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการจัดกลุ่มเป็นไปอย่างสุ่มและไม่มีอคติ

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยมีอาการคงที่ พันธุกรรมปกติ และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน 2) เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน และวัยสูงอายุ โดยมีอายุ 36 ปีขึ้นไป 3) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับต่ำหรือระดับปานกลาง ระดับต่ำ อยู่ระหว่าง 23 - 53 คะแนน และระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 54 - 84 คะแนน 4) คะแนน Glasgow Coma Score (GCS) 15 คะแนน รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง รับรู้ เข้าใจ และสื่อสารได้ 5) กรณีอายุ 60 ปี ระดับการรู้คิดดี ประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย อยู่ระหว่าง 0 - 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 7) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ พบประวัติในเวชระเบียน มีความผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคทางจิตเภท ภาวะซึมเศร้า และเกณฑ์การถอนออก คือ 1) ระหว่างดำเนินโปรแกรมมีระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น หดสติ และ 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 6 ครั้ง

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว คะแนน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Glasgow Coma Score (GCS) ซีกร่างกายที่อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่าย และวันที่กลับเข้าอนรรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย มี 3 ชนิด ได้แก่

2.1 แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 Item Cognitive Impairment Test: CIP)³⁶ มีข้อคำถาม 6 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้สภาวะรอบตัว 3 ข้อ 2) ความตั้งใจ 2 ข้อ และ 3) ความจำ 1 ข้อ คะแนนเต็ม 28 คะแนน ถ้า 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด

2.2 แบบประเมิน Essen Stroke Risk Score (ESRS)^{37,38} ใช้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด รหัส ICD10 I63 มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตค่าบน (systolic) มากกว่า 140 mmHg หรือไม่ 2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานหรือไม่ 3) ผู้ป่วยมีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่ 4) ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบหรือไม่ 5) ผู้ป่วยสูบบุหรี่ หรือมีประวัติสูบบุหรี่หรือไม่ 6) ผู้ป่วยมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือไม่ คะแนนเต็ม 6 คะแนน หากประเมินได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าร้อยละ 4 ต่อปี

2.3 แบบประเมิน ABCD2 Score^{39,40} ใช้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว รหัส ICD10 G459 มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 2) ความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg 3) อาการทางคลินิก ได้แก่ อ่อนแรง พูดผิดปกติ 4) ระยะเวลาในการเกิด TIA มากกว่า 60 นาที และ 5) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน คะแนนเต็ม 8 คะแนน หาก 0 - 3 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงน้อย โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ร้อยละ 1 ใน 48 ชั่วโมง ถ้า 4 - 5 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ร้อยละ 4 ใน 48 ชั่วโมง และถ้า 6 - 7 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ร้อยละ 8 ใน 48 ชั่วโมง

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6

ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ จำนวน 2 ข้อ ด้านการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 3 ข้อ ด้านการสังเกตอาการและการมาตรวจตามแพทย์นัด จำนวน 2 ข้อ และด้านการควบคุมโรคซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 12 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ เริ่มตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลยใน 1 เดือนที่ผ่านมา 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเป็นส่วนน้อย ประมาณ 1-4 วันใน 1 เดือน 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 5-10 วันใน 1 เดือน 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นสม่ำเสมอเกือบทุกวัน ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นทุกครั้ง ทุกวันใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ทั้งนี้ การให้การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามด้านลบ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 23 - 115 คะแนน การแปลผลระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 23 - 53 คะแนน = ระดับต่ำ 54 - 84 คะแนน = ระดับปานกลาง และ 85 - 115 คะแนน = ระดับสูง

4. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Miller & Rollnick ร่วมกับ Prochaska & DiClemente และ McKeehan ประกอบด้วย 1) คู่มือการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมมีทั้งหมด 6 ครั้ง แต่แต่ละครั้งมีการใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษา การประเมินขั้นพฤติกรรมป้องกันและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับขั้นพฤติกรรม รวมถึงการตั้งเป้าหมายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยยึดขั้นพฤติกรรมด้านที่เป็นปัญหา ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ 2) คู่มือโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 3) แบบฟอร์มการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงขั้นพฤติกรรม 4) แบบบันทึกการให้คำปรึกษาและตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

การตรวจสอบเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662202 (27 ตุลาคม 2566) ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ กฎของการเคารพในความเป็นมนุษย์ กฎสิทธิประโยชน์ และกฎแห่งความยุติธรรม ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาใด ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจ่ายเงินชดเชยค่า

เสียเวลาให้แก่อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม ครั้งละ 100 บาท/คน เมื่ออาสาสมัครเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษา รวมถึงการฝึกทักษะกับอาสาสมัครสุขภาพปกติ

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาล มีบทบาทในการชี้แจงโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากอาสาสมัครและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการชี้แจงและการตอบคำถามโครงการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินผลลัพธ์ รวมถึงการชี้แจงข้อมูลเพื่อขอความยินยอมจากอาสาสมัคร และการสอบถามกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลตามปกติจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษา โดยยึดตามหลัก D-METHOD Model⁴¹ วันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านและภายหลังจากผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้ช่วยวิจัยทำการชี้แจงโครงการวิจัยกับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หากผู้ป่วยสนใจจึงขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นอาสาสมัคร และประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาทั้งหมด ประมาณ 15-20 นาที ทั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าอาสาสมัครจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม อีกทั้งในการชี้แจงข้อมูลเพื่อขอความยินยอม อาสาสมัครรับทราบแต่เพียงว่าตนเองจะได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง แต่ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จัดกลุ่มตัวอย่างตามที่บันทึกไว้เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมและตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สถานที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอยู่บริเวณห้องแยกติดกับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อความเป็นส่วนตัวและเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัคร หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลองด้วยตนเองในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง และกลุ่มทดลอง 6 ครั้ง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ระยะการค้นหาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องแยกติดกับหอผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 6 ด้าน และใช้คำถามสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกว่าต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านใด แล้วจึงประเมินขั้นพฤติกรรมและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับขั้นพฤติกรรม ระยะนี้มุ่งเน้นการค้นหาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินขั้นพฤติกรรมภายหลังให้คำปรึกษา รวมถึงการตั้งเป้าหมายในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครั้งต่อไป ลงบันทึกในแบบฟอร์มการให้คำปรึกษา และวางแผนการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป ใช้เวลา 30-45 นาที

ครั้งที่ 2 ระยะสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษาและกิจกรรมในลักษณะเดียวกับการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีการประเมินขั้นพฤติกรรมและจัดกิจกรรมมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการจัดการกับแรงต้าน ใช้เวลา 25-30 นาที

ครั้งที่ 3 ระยะสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ห้องแยกใกล้ห้องตรวจ หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมในลักษณะเดียวกับการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมมุ่งเน้นการกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำได้ดี ให้กำลังใจและเสริมศักยภาพ ใช้เวลา 25-30 นาที

ครั้งที่ 4 ระยะสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ ภายหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ห้องแยกใกล้ห้องตรวจ หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมในลักษณะเดียวกับการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมมุ่งเน้นการกล่าวชื่นชมและเสริมศักยภาพให้กลุ่มตัวอย่างมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 25-30 นาที

ครั้งที่ 5 ระยะติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่าย 6 สัปดาห์ โดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมในลักษณะเดียวกับการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมมุ่งเน้นการกล่าวชื่นชมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถคงพฤติกรรมใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง ประเมินสัญญาณสื่อถึงการกลับไปทำพฤติกรรมเดิม ใช้เวลา 25-30 นาที

ครั้งที่ 6 ระยะติดตามครั้งสุดท้าย ภายหลังจำหน่าย 8 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ห้องแยกใกล้ห้องตรวจ หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมที่ผู้ป่วยสามารถคงสภาพพฤติกรรมใหม่ได้ต่อเนื่อง เสริมศักยภาพที่มุ่งมั่นในหนทางการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้ป่วยเขียนสรุปข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อุปสรรค/การขจัดอุปสรรค หลังจากนั้น ผู้วิจัยปิดการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งให้ข้อมูลช่องทางติดต่อหากมีประเด็นสงสัยหรือต้องการปรึกษา ใช้เวลา 25-30 นาที

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยประเมินตามแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ และเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย และนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหลังจำหน่าย 8 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ณ ห้องแยกใกล้ห้องตรวจ หรือทางโทรศัพท์ หลังจากผู้ช่วยวิจัยประเมินตามแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซักถามอาการและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ใช้กระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการให้คำปรึกษา ใช้เวลา 25-30 นาที

4. ขั้นตอนสุดท้ายการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ห้องแยกใกล้ห้องตรวจ หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัด ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Mac ดังนี้:

1. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ เพศ ใช้สถิติ Chi-square, อายุ คะแนน ESRS ใช้สถิติ Independent samples t-tests, ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) และ โรคประจำตัว ใช้สถิติ Fisher exact test และคะแนนแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 CIP) คะแนน ABCD2 ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired samples t-test ภายหลังตรวจสอบ พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Shapiro-Wilk = .677)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยการใช้สถิติ Independent samples t-test ภายหลังตรวจสอบ พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Shapiro-Wilk = .677)

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ในเรื่องเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว คะแนน 6 CIP และคะแนน ABCD2 ส่วนคะแนน ESRS มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยคะแนน ESRS ของกลุ่มควบคุม 1.70 คะแนน และกลุ่มทดลอง 0.02 คะแนน ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนน ESRS อยู่ในช่วงน้อยกว่า 3 คะแนน แปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้น้อย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 10)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	5	50.00	3	30.00
	หญิง	5	50.00	7	70.00
อายุ (ปี)	$\bar{X}$ =61.50	SD=11.11	$\bar{X}$ = 62.30	SD = 12.26	.880 ^b
	Max=79	Range=31	Max=85	Range=44	
	Min=48		Min=41		

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 10)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
36 – 59 ปี	4		4		
60 – 69 ปี	4		3		
≥ 70 ปี	2		3		
ดัชนีมวลกาย (BMI)					.827 ^c
18.5-22.90 Kg/m ²	5	50.00	7	70.00	
23-24.90 Kg/m ²	2	20.00	2	20.00	
25-29.90 Kg/m ²	2	20.00	0	00.00	
≥ 30 Kg/m ²	1	10.00	1	10.00	
โรคประจำตัว					1.000 ^c
มีโรคประจำตัว	9	90.00	9	90.00	
ไม่มีโรคประจำตัว	1	10.00	1	10.00	
คะแนน 6 CIP (n=6)	Median=1	IQR= 1	Median=0.50	IQR= 1	0.661 ^d
	Max=1	Min=0	Max=1	Min=0	
0-7 คะแนน	6	100.00	6	100.00	
คะแนน ESRS (n=9)	$\bar{X}$ =1.70	SD=0.67	$\bar{X}$ =0.02	SD=0.01	0.001 ^b
	Max=2.00	Min=0.00	Max=0.03	Min=0.00	
≤ 3 คะแนน	9	100.00	9	100.00	
คะแนน ABCD2 (n=1)	Median=0.00	IQR= 0	Median =0.00	IQR= 0	1.000 ^d
	Max=2	Min=0	Max=2	Min=0	
4-5 คะแนน	1	100.00	1	100.00	

หมายเหตุ: a=Chi-square test, b=Independent t-test, c= Fisher exact test, d=Mann-Whitney U test, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อธิบายเพิ่มเติม: ประเมินคะแนน 6 CIP กลุ่มละ 6 ราย, ประเมินคะแนน คะแนน ESRS กลุ่มละ 9 ราย และ ประเมินคะแนน คะแนน ABCD2 กลุ่มละ 1 ราย

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired samples t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -42.84$, 95% CI = -61.69 ถึง -55.51, $p\text{-value} = .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในกลุ่มทดลอง (n = 10)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	48.80	3.55	107.40	2.22	-42.840	-61.69 – (-55.51)	.001 ^e

หมายเหตุ: e = Paired samples t-test, ***p < .001

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent samples t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -52.62, 95% CI = -59.67 ถึง -55.08, p-value = .001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม (n = 20)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	50.02	2.64	107.40	2.22	-52.618	-59.67- (-55.08)	.001 ^b

หมายเหตุ: b = Independent t-test, ***p < .001

ผู้วิจัยขอเสนอขึ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทั้ง 6 ครั้ง เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของระดับขั้นพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง โดยในครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองจำนวน 10 ราย มีขั้นพฤติกรรมในขั้นมองไม่เห็นปัญหาจำนวน 2 ราย ขั้นมองเห็นปัญหา จำนวน 8 ราย ครั้งที่ 6 ภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีการเลื่อนของขั้นพฤติกรรมไปสู่ขั้นคงสภาพพฤติกรรมใหม่ได้ ทั้ง 6 ราย และพบว่าในการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4-6 กลุ่มทดลองร้อยละ 100 สามารถคงสภาพพฤติกรรมใหม่ได้ต่อเนื่อง ดังนั้น ในการนำโปรแกรมไปใช้ สามารถยืดหยุ่นได้ในเรื่องจำนวนครั้งของการปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับขั้นพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของขั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทั้ง 6 ครั้ง (n = 10)

กลุ่มทดลอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4		ครั้งที่ 5		ครั้งที่ 6	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
รายชื่อที่ 1	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 2	PC	C	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 3	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 4	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 5	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 6	C	P	P	A	R	A	A	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 7	C	P	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 8	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 9	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M	M	M
รายชื่อที่ 10	PC	C	C	P	P	A	A	M	M	M	M	M

หมายเหตุ PC: Pre-Contemplation หมายถึง ขั้นมองไม่เห็นปัญหา C: Contemplation หมายถึง ขั้นมองเห็นปัญหา
P: Preparation หมายถึง ขั้นเตรียมตัวหรือพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง A: Action หมายถึง ขั้นลงมือปฏิบัติ
M: Maintenance หมายถึง ขั้นคงสภาพพฤติกรรมใหม่ R: Relapse หมายถึง ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะนักพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคณะนักพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 ที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่า เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 1 ซึ่งเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าคณะนักพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นผลมาจากโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานระหว่างทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านโดยยึดตามหลัก D-METHOD ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการดูแลตามปกติ ซึ่งรวมถึงการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านโดยยึดตามหลัก D-METHOD ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านโดยยึดตามหลัก D-METHOD มีลักษณะของการให้คำแนะนำส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลแบบทางเดียว อาจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม การให้คำแนะนำไม่ได้ลงลึกถึงขั้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ไม่ได้ประเมินระยะตัดสินใจหรือขั้นพฤติกรรมของผู้ป่วย อีกทั้งไม่ได้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีการใช้เทคนิคให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดวิเคราะห์ ทบทวน ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองและสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นปัญหาของตนเอง รวมถึงกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก

และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 6 ด้าน นอกจากนี้ การประเมินขั้นพฤติกรรมช่วยให้สามารถเลือกใช้กลยุทธ์ในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับขั้นพฤติกรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้กลยุทธ์ชื่นชมให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการคงสภาพพฤติกรรมใหม่

ทั้งนี้ จากข้อมูลในตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีการเปลี่ยนแปลงขั้นพฤติกรรมที่ดีขึ้น ร้อยละ 70 สามารถเปลี่ยนขั้นพฤติกรรมจากขั้นมองไม่เห็นปัญหา หรือขั้นมองเห็นปัญหา ไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติ ในครั้งที่ 2 หรือภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และร้อยละ 60 สามารถคงสภาพพฤติกรรมใหม่ในครั้งที่ 3 หรือภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ พบว่า ในครั้งที่ 4-6 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 สามารถคงสภาพพฤติกรรมใหม่ได้ต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย คือรายที่ 6 ที่มีขั้นพฤติกรรมลดลงในการประเมินก่อนให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 กล่าวคือ ลดลงจากขั้นลงมือปฏิบัติไปสู่ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม ซึ่งเรียกว่าการถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลง (relapse) แต่หลังจากให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการสะท้อนให้เห็นว่าสามารถกลับไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติได้ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีการเปลี่ยนแปลงขั้นพฤติกรรมที่ดีขึ้น จนกระทั่งสามารถคงสภาพพฤติกรรมใหม่ โดยเริ่มตั้งแต่ครั้งที่ 3 หรือระยะ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย และยังคงพฤติกรรมต่อเนื่องจนถึงครั้งที่ 6 หรือระยะ 8 สัปดาห์หลังจำหน่าย

ตัวอย่างของข้อมูลซึ่งบันทึกไว้จากการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองบางราย ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงขั้นพฤติกรรม จากขั้นที่ 1 มองไม่เห็นปัญหา จากคำพูดที่สะท้อนออกมาว่า “ผมคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่รุนแรง ได้นอนให้น้ำเกลือแล้วก็ดีขึ้น” “อยู่ไม่ได้สูบบุหรี่มา 3 วัน กลับบ้านไปคงเลิกได้ แต่ถ้าอยากสูบบุหรี่อีกก็คงสูบต่อเลย” ไปสู่ขั้นที่ 4 ขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นที่ 5 ขั้นคงสภาพพฤติกรรมใหม่ได้ จากคำพูดที่สะท้อนออกมาว่า “คุณหมอครับ ผมเลิกบุหรี่ได้แล้วนะ ตอนนั้นที่คุณหมอให้เข้าไปขงจิบเวลาอยากสูบบุหรี่ก็ดีขึ้น แล้วผมก็ไม่ได้ไปตรงที่เขาชุมนุมกันแล้ว เพราะตรงนั้นเขาจะจับกลุ่มกันดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ผมเห็นคนอื่นเป็นโรคหลอดเลือดสมอง บางคนก็เป็นหนัก ผมกลัวจะติดเตียง กลัวตายครับ”

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา เดชบุญ¹⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเลือดซ้ำของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป ($F = 123.39, p < .001$) งานวิจัยดังกล่าวใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Maddux & Rogers ในปี 1983 โดยเน้นการกระตุ้นการรับรู้ภาวะสุขภาพและการประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพ รวมทั้งเน้นการสะท้อนคิดและการรับรู้ปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม และการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ ถึงแม้ว่าไม่ได้เน้นการเปลี่ยนแปลงระยะของการตัดสินใจหรือขั้นของพฤติกรรม แต่ผลลัพธ์สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้คำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ สุนันทา เดชบุญ ซึ่งมีขนาดใหญ่ ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก ถึงแม้ผลการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติและเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ t-test แต่อาจเกิด type I error ได้ และถึงแม้งานวิจัยนี้สุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนพฤติกรรม แต่อาจมีตัวแปรภายนอกที่ไม่ได้ควบคุม ได้แก่ การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหรือการมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา รวมถึงฝึกทักษะกับผู้ป่วยบ่อย ๆ จนเกิดความชำนาญ
2. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยนอกทุกคน เพื่อให้สามารถพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และสามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยประเภทที่มีความซับซ้อน และมีความต้องการดูแลขั้นสูงได้ เป็นการดูแลที่เน้นบทบาทอิสระของพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน
3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาและติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในระยะจำหน่าย เพื่อประเมินการคงสภาพใหม่ของพฤติกรรม นอกจากนี้ ควรศึกษาการวิจัยในลักษณะเดียวกัน คือ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่อยู่ในระยะจำหน่าย แต่เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น
4. การวิจัยครั้งต่อไป สามารถนำโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่อยู่ในระยะจำหน่าย กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังและมีพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่เหมาะสม ในลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหัวใจ เช่น ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. Int J Stroke 2022;17(1):18-29.
2. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol 2021;20(10):795-820.

3. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2021;52(7):e364-e467. doi: 10.1161/STR.0000000000000375.
4. Aunthakot K, Loahasiriwong W, Tiamkao S, Sornlorm K, Phimha S, Mahato RK. The mortality after recurrence stroke among the ischemic stroke patients in Thailand. *Res Militaris* 2023;13(3):2794-802.
5. Shani SD, Varma RP, Sarma SP, Sreelakshmi RS, Harikrishnan R, Kutty VR, et al. Treatment in a stroke unit and risk factor control reduce recurrent stroke risk. *Cerebrovasc Dis Extra* 2022;12(2):85-92.
6. Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent ischemic stroke-a systematic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2021;30(8):105935. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105935.
7. Jamison J, Graffy J, Mullis R, Mant J, Sutton S. Barriers to medication adherence for the secondary prevention of stroke: a qualitative interview study in primary care. *Br J Gen Pract* 2016;66(649):e568-76. doi: 10.3399/bjgp16X685609.
8. Chaiyanan T, Burirakvanit K. Evaluation of the use of motivational interviewing techniques in health behavior modification in patients with chronic non-communicable diseases, Health Region 2 [Internet]. 2017 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4800?locale-attribute=th> (in Thai)
9. Chaiwong C, Tirapairwong Y, Sumethanurakkhakul W. Selected factors associated to stroke in Ban Dung District, Udonthani Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2022;38(1):61-72. (in Thai)
10. Kumsuad-ard S, Thiangtham W, Suwan-ampai P. Behavior factors related to recurrent stroke. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(Special Issue):13-26. (in Thai)
11. Kongkaew O. Illness perception and recurrence prevention behavior in elderly stroke patients [thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018. (in Thai)
12. Witee T, Thiangtham W, Boonyamalik P. The recurrent stroke prevention behavior program in post stroke patients. *Kuakarun Journal of Nursing* 2021;28(1):7-19. (in Thai)
13. Saulle R, Lia L, De Giusti M, La Torre G. A systematic overview of the scientific literature on the association between Mediterranean Diet and the Stroke prevention Clin Ter 2019;170(5):e396-e408.
14. Theodoridis X, Chourdakis M, Chrysoula L, Chroni V, Tiroidimos I, Dipla K, et al. Adherence to the DASH diet and risk of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2023;15(14):3261.

15. Chen KN, He L, Zhong LM. Meta-analysis of dyslipidemia management for the prevention of ischemic stroke recurrence in China. *Front Neurol* 2020;11:483570. doi: 10.3389/fneur.2020.483570.
16. Aneksak W, Seubniam S, Ninwanapa S. Perceived stroke warning signs among hypertensive patients, Suddhavej Hospital, Maha Sarakham Province. *Academic Journal of Community Public Health* 2019;5(4):27-37. (in Thai)
17. Khamcharoen J, Puwarawuttipanit W, Kositamongkol S. Factors influencing ischaemic stroke patient's medication adherence. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2022;37(2):111-27. (in Thai)
18. Tiamkao S. Diabetes and stroke. *Thai Journal of Neurology* 2019;35(4):59-71. (in Thai)
19. Detboon S. The effects of a motivational program and using a mobile phone application on the adherence behaviors preventing recurrent stroke and the blood pressure values of stroke patients with hypertension [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2021. (in Thai)
20. Prayai N, Kramanon S, Koomsiri P. Motivational interviewing (MI): review article. *Thai Journal of clinical Psychology* 2021;52:62-74. (in Thai)
21. Saengchanchai P, editor. Trainer's manual: counseling and therapy to improve motivation in patients with alcohol use problems. Chiang Mai: Wanida Printing; 2010. (in Thai)
22. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: a systematic review of reviews. *PLoS One* 2018;13(10):e0204890. doi: 10.1371/journal.pone.0204890.
23. Sirinanunth T, Sriruecha C, Isrankura Na Ayudhya V. Effectiveness of the motivational interviewing program on change readiness and treatment needs among the amphetamine addicts, Si Chomphu District, Khon Kaen Province. *Academic Journal of Community Public Health* 2023;9(2):159-68. (in Thai)
24. Detkong T. Motivational interviewing for NCDs; MI NCDs. Bangkok: Beyond Publishing; 2017. (in Thai)
25. McKeehan KM, editor. Continuing care: a multidisciplinary approach to discharge planning. St. Louis: The CV Mosby; 1981.
26. Auton MF, Patel K, Carter B, Hackett M, Thornton T, Lightbody CE, et al. Motivational interviewing post-stroke: an analysis of stroke survivors' concerns and adjustment. *Qual Health Res* 2016;26(2):264-72.

27. Phomkhao S, Jitramontree N, Wirojratana V. The effect of motivation program on stroke rehabilitation motivation in older patients with stroke. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2019;34(3):30-42. (in Thai)
28. Brouwer-Goossensen D, Scheele M, van Genugten L, Lingsma HF, Dippel DW, Koudstaal PJ, et al. Motivational interviewing in a nurse-led outpatient clinic to support lifestyle behaviour change after admission to a stroke unit: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2022;21(1):36-45.
29. Chamsai M, Rasiri T. Effects of a motivational interviewing program on self-care behaviors and blood pressure level among patients with uncontrolled hypertension in the Tha Thong Health Promoting Hospital, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi* 2023;6(1):58-69. (in Thai)
30. Salaeh S, Thaniwattananon P, Kritpracha C. The effects of self-management promoting with family support program on recurrence-prevention behaviors and blood pressure for Muslim elderly with ischemic stroke. *Songlanagarind Journal of Nursing* 2022;42(2):48-61. (in Thai)
31. Rogers CR. *Counseling and psychotherapy: newer concepts in practice*. New York: Houghton Mifflin; 1942.
32. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(3):390-5.
33. Gene V Glass. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976;5(10):3-8.
34. Furr RM. Summary of effect sizes and their links to inferential statistics [Internet]. 2008 [cited 2023 Jul 20]. Available from: <https://furrrm.sites.wfu.edu/wp-content/uploads/2018/09/EffectSizeFormulas.pdf>
35. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175-91.
36. Aree-Ue S, Saraboon Y, Roopsawang I, Chintapanyakun T, Intharakasem S. Changes in quality of life among Thai older adults during corona virus-19 pandemic. *Journal of Health Systems Research* 2022;16(4):421-36. (in Thai)
37. Phapakul K. *Prevention of stroke in medical practice 2021. Modern stroke medical practice guidelines for doctors and health teams, District 7*. Khon Kaen: Klang Nanawattaya; 2022. (in Thai)

38. Li L, Jin ZN, Pan YS, Jing J, Meng X, Jiang Y, et al. Essen score in the prediction of cerebrovascular events compared with cardiovascular events after ischaemic stroke or transient ischaemic attack: a nationwide registry analysis. *J Geriatr Cardiol* 2022;19(4):265-75.
39. Tiansarnd J, Kanogsunthorntrat N, Kitiyakara C. Effects of counseling and educational program based on motivational interviewing on health behaviors and clinical outcomes in patient with pre-dialysis chronic kidney disease. *Thai Journal Nursing of Midwifery Practice* 2018;5(2):19-38. (in Thai)
40. Singprasert R, Kanogsunthorntrat N, Chailimpamontri W. Effect of behavior modification program led by advanced practice nurse on clinical outcomes in patients with pre-dialysis chronic kidney disease. *Thai Journal Nursing of Midwifery Practice* 2018;5(1):57-74. (in Thai)
41. Kensakoo T, Sinumpaisit T, Srithumsuk W. The effectiveness of discharge planning's clinical nursing practice guideline on activity daily livings, hospital readmission and quality of life in ischemic stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(3):215-24. (in Thai)