

ผลของโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ ในผู้ใหญ่ไทยหลังจากภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ปานิสร่า ส่วงวัฒนายุทธ, ปรด. (พยาบาลศาสตร์)*

สุภาภรณ์ คิ้วแพง, พยค. (พยาบาล)**

เขมารดี มาสิงบุญ, D.S.N.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสุ่มและมีการควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCT) วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ใหญ่ไทยหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว กลุ่มตัวอย่างมี 42 ราย ที่เป็นผู้ป่วยหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวรักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (21 ราย) และกลุ่มควบคุม (21 ราย) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติจากโรงพยาบาล เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหลังภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และเครื่องวัดความดันโลหิต รุ่น OMRON HEM-7203 มีการประเมินก่อนและการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตแตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ การนำโปรแกรมสามารถไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิต

* พยาบาลชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The effect of a System CHANGE™-TIA program in Thai adults following Transient Ischemic Attack

*Panisara Songwatthaanyuth, Ph.D. (Nursing Science)**

*Supaporn Dauangpeang, D.N.S.***

*Khemaradee Masingboon, D.S.N.****

Abstract

This randomized controlled trial aimed to study the effects of the System CHANGE™-TIA program on stroke risk behaviors, and blood pressure in Thai adults following transient ischemic attack (TIA). The sample consisted of 42 TIA patients who received treatment at Neurological Out Patient Department, Prachomklao Hospital, Phetchaburi province. The participants were then randomly assigned into the experimental group (21 sample) and the control group (21 sample). The experimental group participated in four sessions. The control group received routine care only. The outcomes were evaluated by a modified stroke risk behaviors scale, and automated sphygmomanometer OMRON HEM-7203. The control group received routine care only. The stroke risk behaviors, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure were obtained at baseline, weeks 6 and 12. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Findings revealed that the mean scores stroke risk behaviors, and blood pressure in the System CHANGE™-TIA group were significantly different from the control group ($p < .05$). The study findings suggest that this program can be applied to the community in order to prevent new stroke patients in the future.

Keywords: The System CHANGE™-TIA program, TIA patients, Stroke Risk Behaviors, Blood Pressure

* Registered Nurse, Senior Professional Level (teaching), Prachomklao College of Nursing

** Assistant Professor, Burapha University

*** Lecturer, Burapha University

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายการทำงานของสมองหยุดชะงัก โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับสอง (Feigin, 2007) ใน ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6.8 ล้านคน ได้รับความทุกข์ทรมานและเสียชีวิตถึง 128,842 คน (American Heart Association [AHA], 2013) ในประเทศไทย ทุก 2 ชั่วโมงจะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น จำนวน 3 คน (The Bureau of Non Communicable Disease, 2010) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจะมีอัตราการเกิดสูงขึ้นอีก ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attacks หรือ TIA) เป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราเพิ่มขึ้น ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดจากมีลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดแดงตีบขึ้นไปเลี้ยงชั่วคราว ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นประมาณ 5-30 นาที และหายเป็นปกติได้ ซึ่งอาการจะคงอยู่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ภาวะสมองขาดเลือดมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองมีการตีบตันและเกิดจากหลอดเลือดสมองมีสิ่งอุดตัน มักเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมักพบในช่วงอายุ 45-65 ปี และอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองหนึ่งในสามหลังจากผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือด (Sata & Minematsu, 2013) ในประเทศไทยพบว่า

เกิดโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในปีแรกร้อยละ 13-25.25 (Puangvarin, 2003)

ผู้ป่วยหลังภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารมากกว่าร้อยละ 60 (Chantamool, 2008) เช่น การรับประทานอาหารเค็ม ส่งผลให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อเลือดเพิ่มขึ้นก็ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงตึงมากขึ้น ทำให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบเพราะต้องทำมาหาเงินทำให้ไม่มีเวลาในการเลือกซื้ออาหารและการประกอบอาหาร ทำให้มีการรับประทานอาหารจานด่วนที่มีไขมันและเค็มมาก มีผักน้อย ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการจัดการตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการได้จะสามารถรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม (วัฒนพล ดิ่งชูยกุล บัวแก้ว, 2555) การรับรู้การทำความเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองว่าตนเองควรรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างไรให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การกำกับตนเองที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ (Chantamool, 2008) สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน สิ่งของ มีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหาร เช่น ครอบครัวจะช่วยในการเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย การวางผลไม้วางใกล้ตัวทำให้สามารถรับประทานผลไม้ได้มากขึ้น เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการออกกำลังกายร้อยละ 48.2 และการรับประทานยาที่ไม่

ต่อเนื่องสม่ำเสมอเนื่องจากลิ้นรับประทานยาและไม่มีเวลาไปตรวจตามนัด ร้อยละ 30 ถึง 50 ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตมีระดับสูงมากขึ้น ผู้ป่วยมีระดับความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงที่ไม่ต่อเนื่องทำให้หลอดเลือดสมองแข็งตัว เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Badruddin&Gorelick, 2009) ฉะนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหลังภาวะสมองขาดเลือดเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ซึ่งมียุทธศาสตร์ที่ 1 ที่ส่งเสริมประชาชนให้มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยของโรคที่ป้องกันได้หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงโดยตนเองเพียงอย่างเดียวยอมเป็นไปได้ยากและไม่ยั่งยืน (Ellis, Rodger, McAlpine, & Laghorne, 2005; Green, Haley, Eliasziw, & Hoyte, 2007; Gillham & Endacott, 2009; Miller, & Spilker, 2003) เพราะส่วนใหญ่หลังจากเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวผู้ป่วยจะไม่มีควมพิการหลงเหลือ มีการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ พบว่าผู้ป่วยจะสนใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองลดลง อาจเนื่องมาจากวัยผู้ใหญ่เป็นวัยทำงานที่ต้องรับผิดชอบทั้งครอบครัว การทำงาน และสังคมทำให้เกิดการละเลยในการดูแลตนเอง ดังนั้นในปัจจุบันมีทฤษฎีขบวนการพัฒนา (Process Improvement

Theory) โดยเอเลมี และคณะ (Alemi et al., 2005) ซึ่งเน้นขบวนการเข้าใจระบบการดำเนินชีวิต (Systems) ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน มีการวิเคราะห์สาเหตุและสิ่งที่ส่งเสริมของการเกิดพฤติกรรม เพื่อสร้างระบบการดำเนินชีวิตที่ดีที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพดี เน้นให้ผู้ป่วยคิดเชิงระบบ คือมีการคิดในการนำสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้ป่วย เช่น ผู้คน สิ่งของ สถานที่ เป็นต้น มาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้าสู่การดำเนินชีวิตจริงของวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งมีทีมของผู้ป่วยที่จะมาช่วยในคิดวิธีการ วางแผนและติดตามผลในการดำเนินการประเมินผล ปรับปรุงวิธีการอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยอยู่บนทฤษฎีดังกล่าว คือโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ (The System Change Habit Appling New Goals, System CHANGE™) ในผู้ใหญ่ไทยหลังจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว เพื่อมาช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และลดระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลอง

2. กลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

คำจำกัดความ

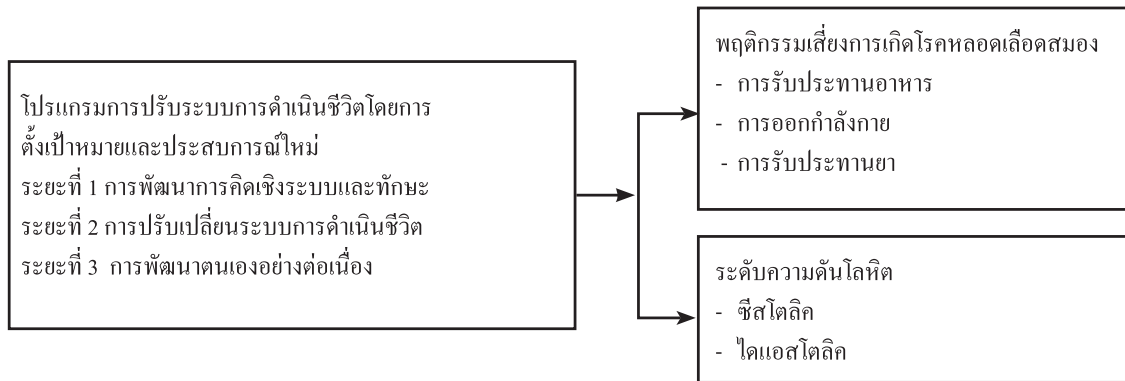
โปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิต โดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ไทยหลังภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยโปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 45-90 นาที คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาการคิดเชิงระบบและทักษะ ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนระบบการดำเนินชีวิต ระยะที่ 3 การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการใช้ยา

ระดับความดันโลหิต หมายถึง ตัวเลขที่แสดงค่าของความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) และค่าของความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ประเมินโดยเครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) ชนิดตั้งโต๊ะ วัดจากหลอดเลือดแดงบริเวณเหนือข้อพับศอก (Brachial Artery) ในท่านั่ง ภายหลังจากที่นิ่งอย่างน้อย 5 นาที มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) ความดันโลหิตมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีขบวนการพัฒนา (Process Improvement Theory) ของเอเลมี ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโดยเน้นการนำสิ่งแวดล้อมช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องพร้อมกับทีมของผู้ป่วย ซึ่งมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาการคิดเชิงระบบและทักษะ ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนระบบการดำเนินชีวิต และระยะที่ 3 การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก และมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCT) แบบ Single Blind โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลและไม่ทราบว่าคุณสมบัติตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและอาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวอายุระหว่าง 35-65 ปี ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย-9 มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน และไม่มีอาการจำเสื่อมโดยใช้แบบประเมินสภาพจิตจุฬามีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ไม่มีโรคร่วมที่อาจทำให้มีปัญหาในการร่วมโปรแกรม เช่น การมองเห็น การได้ยิน ผิดปกติ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ โรคหัวใจ มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 179/109 มิลลิเมตรปรอท สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีทีม 1 คนซึ่ง

อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมกับเพื่อนมาช่วยคิด ตัดสินใจในการหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1.5 โดยคำนวณจาก Power .80 Probability of type I error .05 effect size = .5 วัดซ้ำ 3 ครั้ง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน กลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเครื่องวัดความดันโลหิต (The automated sphygmomanometer OMRON)

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมี 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การทำงาน ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การมีโรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การช้ยาและการรักษาอื่นๆ ร่วมด้วย

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ Kanyanee (2007) ที่วัดพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มี 3 ด้าน ด้านการรับประทานยา (5 ข้อ) ด้านการรับประทานอาหาร (12 ข้อ) และด้านการออกกำลังกาย (8 ข้อ) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 100 ค่า คะแนนสูงแสดงว่ามีระดับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อย และค่าคะแนนต่ำแสดงว่ามีระดับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง

เครื่องวัดความดันโลหิต (The automated sphygmomanometer OMRON) ที่ได้รับรองโดยสถาบันอุปกรณ์มาตรฐานแห่งประเทศไทยโดยใช้วัดเครื่องเดียวตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

2. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย-9 และแบบประเมินสภาพจิตดูฟา

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย-9 เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนามาจาก Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ประกอบด้วย 9 ข้อ โดยมีการเลือกตอบ 4 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน 7-12 แปลว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 13-18 แปลว่า มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และคะแนนมากกว่า 19 แปลว่า มีภาวะซึมเศร้ามาก

แบบประเมินสภาพจิตดูฟาเป็นเครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจำนวน 19 ข้อ ย่อยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-19 ระดับคะแนน 0-4 ภาวะสมองเสื่อมมาก ระดับคะแนน 5-9 ภาวะสมองเสื่อม

ปานกลาง ระดับคะแนน 10-14 ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

3. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ในผู้ใหญ่ไทยหลังจากภาวะหลอดเลือดชั่วคราว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการคัดกรองได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย-9 และ 4) แบบประเมินสภาพจิตดูฟา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองหลอดเลือดชั่วคราว จำนวน 3 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองหลอดเลือดชั่วคราว จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองหลอดเลือดชั่วคราวในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของทุกแบบสอบถามอยู่ในช่วง .88 - .92

2. เครื่องมือในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ในผู้ใหญ่ไทยหลังจากภาวะหลอดเลือดชั่วคราวไปทำการ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 3 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 3 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลังจากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ตีกลุ่มผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งยุติการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลต่อกลุ่มตัวอย่าง หากเกิดอันตรายหรือบาดเจ็บจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจากทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ข้อมูลวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่าง

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เพื่อเข้ากลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

3. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการ

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ในผู้ใหญ่ไทยหลังจากภาวะหลอดเลือดขาดเลือดชั่วคราว เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาที่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับทีมของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่บ้านผู้ป่วยจำนวน 1 คน มาช่วยกันคิดวิธีการในการนำสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่การดำเนินชีวิตประจำวันและกำหนดเป้าหมาย โดยมีการวางแผนการปฏิบัติตามวิธีการที่ร่วมกันคิด การประเมินผลและการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาการคิดเชิงระบบและทักษะ

เยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 120 นาที)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและทีมของผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพ มีการประเมินความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารเช้าโดยการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารเช้าได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารเช้า นอกจากนี้พูดคุยพฤติกรรมเสี่ยงในการออกกำลังกาย และการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้คำถามและอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นเนื้อหาที่ไม่เข้าใจ และอธิบายถึงการพัฒนาขบวนการคิดเชิงระบบโดยเน้นการใช้สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่การดำเนินชีวิตประจำวันและผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกคิดเชิงระบบ

ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนระบบการดำเนินชีวิต

เยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและทีมของผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินสุขภาพทั่วไป วัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและทีมของผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองทั้ง 3 พฤติกรรม คือพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า และพฤติกรรมการรับประทานยา ร่วมกันคิดถึงปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโดยลงบันทึกในแบบบันทึกก้างปลา แล้วมาทบทวนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันชีวิตเป็นประจำทุกวันว่าเป็นอย่างไร และผู้ที่เกี่ยวข้องลงในแบบบันทึกกิจวัตรประจำวัน หลังจากนั้นให้ร่วมกันคิดหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เข้าไปสู่ชีวิตประจำวันโดยใช้สิ่งต่างๆ รอบตัวเป็นตัวช่วย เช่น การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นโดยใช้สุนัขออกกำลังกายร่วมด้วย จอรถให้ไกลมากขึ้นเพื่อได้เดินมากขึ้น เป็นต้น แล้วให้มีการติดตามทุกวัน การได้ทำวิธีการที่กำหนดทุกวันและการบรรลุเป้าหมายโดยมีทีมของผู้ป่วยคอยติดตามการลงบันทึกในแบบสรูปการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและแบบบันทึกความก้าวหน้า พร้อมทั้งผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการทำอर्डไวสำหรับเล่าเรื่องในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงบันทึกในแบบสรูปการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบบันทึกความก้าวหน้าในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

เยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและทีมของผู้ป่วยที่บ้านพูดคุยและประเมินสุขภาพทั่วไป วัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระดาษแข็งสีขนาด 45 นิ้ว x 60 นิ้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงขบวนการคุณภาพมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยนำผลการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมาวางแผนปรับปรุงให้เป็นวิธีการที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง แล้วให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามวิธีการที่กำหนดไว้ และการพัฒนาปรับปรุงวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ถ้าวิธีการที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วก็ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 3 การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
เยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและทีมของผู้ป่วยที่บ้านพูดคุย ประเมินสุขภาพทั่วไปและวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้บอร์ดเล่าเรื่องความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต และสิ้นสุดการทำการทดลองและมีการประเมินผลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและวัดความดันโลหิต

กลุ่มควบคุม

ในสัปดาห์ที่ 1-5 ได้รับการพยาบาลปกติจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และในสัปดาห์ที่ 6 ได้รับการประเมินผลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และวัดความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและทีมด้วยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test
4. วิเคราะห์ Paired t- test เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังการทดลอง
5. วิเคราะห์ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81 อายุเฉลี่ย 55.95 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 23.80 อาชีพรับจ้างร้อยละ 42.86 รายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 38.10 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 52.40 ไม่ดื่มเหล้าร้อยละ 57.14 และไม่ใช้แพทย์ทางเลือกร้อยละ 71.43 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.40 อายุเฉลี่ย 56.86 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 อาชีพรับจ้างร้อยละ 47.62 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 71.43 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่

ร้อยละ 52.40 ไม่ดื่มเหล้าร้อยละ 85.71 และไม่ใช้
แพทย์ทางเลือกร้อยละ 85.71 เมื่อทำการทดสอบ
ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรม
มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือด
สมอง (M= 69.95, S.D. = 5.20) ซึ่งสูงกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรม (M= 70.00, S.D. = 6.69) อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{40} = 7.89$ $p < .01$) มีคะแนน
เฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม (M=
124.05, S.D. = 14.87) ซึ่งต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
(M=133.24, S.D. = 6.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t_{40} = 2.57$ $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความดันได
แอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม (M= 74.95, S.D. =
9.17) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M= 78.14, S.D.
= 5.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{40} = 1.55$ $p < .05$)

ดังตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรค
หลอดเลือดสมอง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม
ควบคุม (M= 69.95, S.D. = 5.20) และกลุ่มทดลอง
(M= 86.14, S.D. = 6.46) มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{40} = 24.46$, $p < .01$)
คะแนนเฉลี่ยความดันซิสโตลิกภายหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มควบคุม (M=133.67, S.D. = 13.77) และ
กลุ่มทดลอง (M= 124.05, S.D. = 14.87) พบว่ามี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($t_{40} = 16.73$, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความ
ดันไดแอสโตลิกภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม
ควบคุม (M= 80.29, S.D. = 10.80) และกลุ่มทดลอง
(M= 74.95, S.D. = 9.17) พบว่ามีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{40} = 6.75$, $p <$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับความ
ดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังการทดลอง (N = 42)

ตัวแปรตาม	M	S.D.	df	t
พฤติกรรมพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรค				
หลอดเลือดสมอง				
ก่อนการทดลอง	70.00	6.69	36	7.89**
หลังการทดลอง	69.95	5.20		
ระดับความดันซิสโตลิก				
ก่อนการทดลอง	133.24	6.46	40	2.57*
หลังการทดลอง	124.05	14.87		
ระดับความดันไดแอสโตลิก			40	
ก่อนการทดลอง	78.14	5.72		1.55*
หลังการทดลอง	74.95	9.17		

** $p < .01$, * $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 42)

ตัวแปรตาม	กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t
		M	S.D.	M	S.D.		
พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง	72.43	6.13	86.14	6.46	40	24.46**
	กลุ่มควบคุม	70.00	6.69	69.95	5.20		
ระดับความดันซิสโตลิก	กลุ่มทดลอง	132.24	15.49	124.05	14.87	40	16.73*
	กลุ่มควบคุม	133.05	6.46	133.67	13.77		
ระดับความดันไดแอสโตลิก	กลุ่มทดลอง	78.14	5.72	74.95	9.17	40	6.75*
	กลุ่มควบคุม	76.71	7.98	80.29	10.80		

** $p < .01$, * $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่จะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีระดับการเกิดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยามีระดับความเสี่ยงลดลงทั้ง 3 ด้าน ซึ่ง

ตรงกันข้ามกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับความเสี่ยงการเกิดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม ซึ่งอาจเนื่องมาจากว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมได้มีความเข้าใจในปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง วิเคราะห์อะไรที่เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการหาวิธีการที่น่าสิ่งแวดลอมรอบๆ ตัวผู้ป่วยมาช่วยในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่เชื่อม

โยงเข้าไปในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ให้เกิด
ภาวะกับผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผล
อย่างต่อเนื่องทุกระยะของการวิจัย ในระยะที่ 1 เน้น
การเข้าใจตนเอง เข้าใจโรคที่เป็นอยู่ ผลกระทบของ
โรคที่เป็นอยู่ การเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือด
สมองในอนาคตได้ ในระยะที่ 2 ผู้ป่วยและทีมร่วม
กันเข้าใจปัญหาในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยง
โดยกลุ่มตัวอย่างและทีมช่วยกันในการกำหนดเป้า
หมาย และหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการลดการรับ
ประทานอาหารที่มีรสเค็ม ก็จะไม่ตั้งถ้วยน้ำปลาไว้
ที่โต๊ะรับประทานอาหารที่บ้านของตนเอง หรือเวลา
ออกไปทานข้างข้างนอกจะไม่ขอน้ำปลามาปรุงรส
โดยมีทีมในการช่วยเตือนอยู่ตลอด ถ้าผู้ป่วยต้องการ
ออกกำลังกายมากขึ้นจะจอร์จให้ไกลเพื่อจะได้เดิน
ออกกำลังกายได้ทุกวัน หรือใช้โทรศัพท์มือถือในการ
เตือนเพื่อให้มีการออกกำลังกายได้ ถ้าต้องการรับ
ประทานยาอย่างต่อเนื่องก็จะตั้งโทรศัพท์เพื่อเตือน
หรือให้ภรรยาคอยตามเป็นต้น การเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมีการประเมินการ
วางแผน การลงปฏิบัติ การตรวจสอบ และการนำไป
ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ถ้าวิธีการนี้มีความเหมาะสมก็
จะดำเนินต่อไป แต่ถ้าไม่เหมาะสมก็มีการปรับปรุง
ให้ดีกว่าเดิมอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่คอยติดตามที่สำคัญคือ
ทีมที่เป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยผู้ป่วยทุกขั้นตอน
รวมทั้งผู้วิจัยที่เป็นทีมสุขภาพที่จะช่วยสนับสนุน
ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเกิดการปรับพฤติกรรมได้
(Alemi, Pawloski, & Fallon, 2003)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลัง
กายอย่างต่อเนื่องทำให้ช่วยลดการหลังแคทีคอลลา
มีน ลดการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก และเพิ่ม
ความแข็งแรงของหลอดเลือดส่งผลให้ระดับความ

ดันโลหิตลดลง(Simmons et al., 2012) นอกจากนี้
การรับประทานอาหารรสจืด ลดไขมัน เพิ่มอาหาร
ไฟเบอร์ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้เช่นกัน
(Simmons et al., 2012) นอกจากการรับประทานยา
ลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ระดับความ
ดันโลหิตลดลงได้ การศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจาก
ทฤษฎีขบวนการพัฒนา ซึ่งเน้นการพัฒนาความคิด
เชิงระบบ ซึ่งมีการที่บุคคลได้นำสิ่งแวดล้อมมาช่วย
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เข้าไปสู่การดำเนิน
ชีวิตทำให้ไม่เกิดภาวะมากขึ้น นอกจากนี้ทฤษฎีมี
การนำทีมซึ่งอาจเป็นญาติพี่น้อง เพื่อนสนิทมาช่วย
ผู้ป่วยในทุกขั้นตอน ที่สำคัญมีการนำวงจรคุณภาพ
มาช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อ
เนื่องเป็นระบบอย่างดีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีใน
การปรับพฤติกรรมได้ พร้อมทั้งมีการเล่าเรื่องราวใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยสะท้อนการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Michelle
& Russell, 2013)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ
เวเบอร์และคณะ (Webel et al, 2013b) ซึ่งเป็นการ
ศึกษาโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดย
การตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ในผู้ป่วยโรค
เอดส์ (SystemCHANGE™-HIV) ซึ่งในการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นระดับบุคคล
ระดับระหว่างบุคคล และระดับสิ่งแวดล้อมที่เข้าไป
สู่การดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย
ที่ชัดเจน การเข้าใจชีวิตประจำวันของตนเอง การ
พัฒนาการคิดเชิงระบบ การติดตามประเมินผล การ
สนับสนุนทางสังคม การพัฒนาความรู้ การกำหนด
วิธีการที่เหมาะสมของตนเอง การป้องกันการกลับ
เป็นซ้ำ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัย พบ
ว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกาย
เพิ่มขึ้นนอกจากนี้การศึกษานี้สอดคล้องกับการ

ศึกษาของเวเบอร์และคณะ (Webel et al., 2013a) ซึ่งเป็นการศึกษาโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ในผู้ป่วยโรคเอดส์ (SystemCHANGE™-HIV) ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนหลับเป็นระดับบุคคล และระดับสิ่งแวดล้อมที่เข้าไปสู่การปรับพฤติกรรมสู่การดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน การเข้าใจชีวิตประจำวันของตนเอง การพัฒนาการคิดเชิงระบบ การติดตามประเมินผล การสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาความรู้ การกำหนดวิธีการที่เหมาะสม การป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีการนอนหลับได้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมและการศึกษาของ Kamolsip (2002) ศึกษาการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จะช่วยลดระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวรับประทานอาหาร DASH ซึ่งเน้นการรับประทานผักผลไม้หลายๆ ชนิดไขมัน และลดเค็ม การออกกำลังกายจะช่วยผู้ป่วยหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวควบคุมระดับความดันโลหิตได้เช่นกัน (Folsom et al., 2007)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่สามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลหรือทีมสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานชุมชนสามารถนำโปรแกรมรูปแบบปรับระบบการดำเนินชีวิตโดยการตั้งเป้าหมายและประสบการณ์ใหม่ในผู้ใหญ่หลังจากภาวะหลอดเลือดชั่วคราวมาประยุกต์ใช้ในดูแลผู้ป่วยหลังภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้โปรแกรมในผู้ป่วยหลังภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ด้านการศึกษาพยาบาล

คณาจารย์ในสถานศึกษาสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประกอบการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล/สาธารณสุข เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและควบคุมความดันโลหิต

ด้านการวิจัย

เป็นแนวทางในการขยายผลการวิจัยเกี่ยวกับส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหลังภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

เอกสารอ้างอิง

- วัฒนพล ดิ่งชัชกุลบัวแก้ว. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2558, จาก www.thaihypertension.org
- American Heart Association. (2013). Executive Summary heart disease and stroke statistics-2013 update: A report from the American heart association. *Circulation*, 127(1), 143-152.
- Alemi, F., Nuuhauer, D., Benson, L., Dill, R., Fallon, W. F., Headrick, L., Ismail, Moore, S. M., Norman, L., Pawloski, L., & Tinsley, N. (2005). *A thinking person's weight loss and exercise program*. Victoria, BC: Trafford.
- Alemi, F., Pawloski, L., & Fallon, W. F. (2003). Systems thinking in a personal context to improve eating behaviors. *Journal for Health Care Quality*, 25(2), 20-25.
- Badruddin, A., & Gorelick, P. (2009). Antiplatelet theory for prevention of recurrent stroke. *Current Treatment Options in Neurology*, 11(6), 452-459.
- Chantamool, W. (2008). *Predicting factors of blood pressure control among post diagnosed transient ischemic attack*. (Master's thesis). Burapha University, Chonburi.
- Ellis, G., Rodger, J., McAlpine, C., & Laghorne, P. (2005). The impact of stroke nurse specialist input on risk factor modification: A randomized controlled trial. *Age Ageing*, 34(4), 389-392.
- Folsom, A. R., Parker, E. D., & Harnack, L. J. (2007). Degree of concordance with DASH diet guidelines and incidence of hypertension and fatal cardiovascular disease. *The American Journal of Hypertension*, 20(3), 225-232.
- Feigin, V. L. (2007). Stroke in developing countries: Can the epidemic be stopped and outcomes improved?. *Lancet Neurology*, 6(2), 94-97.
- Gillham, S., & Endacott, R. (2009). Impact of enhanced secondary prevention on health behaviour in patients following minor stroke and transient ischemic attack: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(9), 822-830.
- Green, T., Haley, E., Eliasziw, M., & Hoyte, K. (2007). Education in stroke prevention: Efficacy of an educational counseling intervention to increase knowledge in stroke survivors. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 29(2), 13-20.
- Kamolsp, C. (2002). *Lifestyle modification on risk factor control of recurrent stroke patients attending Pramongkutklao hospital services*. (Master's thesis). Mahidol University, Bangkok.

- Kanyanee.P. (2007). The effect of education and social support program on risk behaviors to stroke among older people with hypertension. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 26(2), 14-25.
- Michelle, L., & Russell, C. L. (2013). Systematic review of continuous self-improvement interventions. *Clinical Nursing Studies*, 1(1), 10-25.
- Miller, E. T., & Spilker, J. (2003). Readiness to change and brief educational interventions: Successful strategies to reduce stroke risk. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(4), 215-222.
- Poungvarin, N. (2003). Stroke in the developing world. *Lancet*, 352(SIII), 19-22.
- Sata, S., & Minematsu, K. (2013). Transient ischemic attack: Past, present, and future. *Brain Nerve*, 65(7), 729-738.
- The Bureau of Non Communicable Disease. (2010). *Statistics of cerebrovascular disease*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- Sata, S., & Minematsu, K. (2013). Transient ischemic attack: Past, present, and future. *Brain Nerve*, 65(7), 729-738.
- Webel, A. R., Moore, S. M., Hanson, J. E., Patel, S. R., Schmotzer, B., & Salata, R. (2013a). Improving sleep hygiene behavior in adults living with HIV/ AIDS: A randomized control pilot study of SystemCHANGE™-HIV intervention. *Applied Nursing Research*, 26(2), 85-91.
- Webel, A. R., Moore, S. M., Hanson, J. E., & Salata, R. A. (2013b). *The rationale, design, and initial efficacy of System CHANGE™-HIV: A systems-based intervention to improve physical activity in people living with HIV*. OH: Case Western Reserve University.