

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19
กรุงเทพมหานคร*

Factors Influencing Recurrent Stroke Preventive Behaviors among
Stroke Patients during COVID-19 Pandemic, Bangkok

หทัยรัตน์ แสงแก้ว**

สุนีย์ ละกำปน***

นฤมล เอี่ยมณีกุล***

Hathairat Sangkaew

Sunee Lagampan

Naruemon Auemaneekul

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* A part of thesis, Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner,
Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

**Student of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Department
of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok,
10400 Thailand

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

***Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, 10400 Thailand

Corresponding author, E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th

Received: August 30, 2023; Revised: October 31, 2023; Accepted: December 26, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนายนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยที่มีอิทธิพลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ประยุกต์ PRECEDE-PROCEED เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 148 ราย ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากชุมชนในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ 1) ลักษณะประชากร 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) การสนับสนุนทางสังคม และ 7) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เครื่องมือที่ 3 - 7 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .80, 1.00, .80, .80 และ .92 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาค .96, .78, .76, .73 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับมาก (Mean 73.62 ± 8.46) อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถร่วมอธิบายได้ ร้อยละ 45.20 (adj $R^2 = .452$) เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสกลับเป็นซ้ำ การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงอายุของผู้ป่วย และเพิ่มพูนความสามารถแก่อาสาสมัครสาธารณสุข

คำสำคัญ: การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง PRECEDE-PROCEED framework

Abstract

This predictive descriptive research aimed to study the recurrent stroke preventive behaviors and the factors influencing recurrent stroke preventive behaviors among stroke patients during the COVID-19 pandemic in Bangkok. A PRECEDE-PROCEED framework was applied for the research framework. This study included 148 patients, multi-stage randomly selected from the stroke patients in the community of Bangkok. Data were collected by using interviewing forms consisting of 1) general information, 2) ability to perform the activities of daily living scale, 3) health literacy scale, 4) recurrence risk perception scale, 5) access to health services scale, 6) social support scale and 7) recurrence stroke preventive behavior scale. The content validity index of instruments part 3 - 7 had values of .80, 1.00, .80, .80, and .92, respectively, and Cronbach's alpha coefficients of .96, .78, .76, .73, and .73, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that around two-thirds of stroke patients (68.20%) had a high-level recurrent stroke preventive behavior (Mean 73.62 ± 8.46). Age ($\beta = .328$), perceived risk of recurrence ($\beta = .312$), health literacy ($\beta = .290$), access to health services ($\beta = .257$), and social support from health volunteers ($\beta = -.184$) were factors that predicted recurrent stroke preventive behaviors in a stroke patient at 45.20% (adj $R^2 = .452$). According to the results of this study, community nurses should promote health literacy, perception of risk of recurrence, appropriate recurrence stroke preventive behaviors, and support access to health services with consideration of patient's age, and capacity building of health care volunteers.

Keywords: Recurrent stroke, Preventive behaviors, Stroke patients, PRECEDE-PROCEED framework

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยกว่า 80 ล้านคน เสียชีวิต 5.50 ล้านคน และพบผู้ป่วยใหม่มากถึง 14.50 ล้านคนต่อปี¹ ในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 ประเทศไทยพบอัตราการป่วย และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกรุงเทพมหานคร^{2,3} เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคอาจมีบางกลุ่มเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติบริเวณสมองหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก⁴ ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องพึ่งพาผู้อื่น⁵ พบว่า มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึง 20,632 ล้านบาทต่อปี⁶ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ อายุ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่⁷ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค การไม่ออกกำลังกาย การไม่มาตรวจตามนัด เป็นต้น⁸ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองนั้น สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มแอลกอฮอล์⁷ และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ⁹

การระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีจำนวนมาก และมีอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดเมื่อต้นปี พ.ศ. 2562 จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยสะสม 370,351 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.10 ของการติดเชื้อทั่วประเทศ¹⁰ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเชื้อ

COVID-19 ไม่เพียงทำให้เกิดความเสียหายต่อปอด แต่ยังทำให้เลือดจับตัวเป็นก้อนในลักษณะที่ผิดปกติ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้¹¹ ในปี พ.ศ. 2561 - 2563 กรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอัตราการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 พบอัตราการกลับเป็นซ้ำถึง ร้อยละ 22.60¹² การระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้มีการปรับรูปแบบการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข และสถานพยาบาลต่างจากเดิม จากนโยบายลดความแออัดในสถานพยาบาล เพื่อลดโอกาสรับเชื้อ และแพร่เชื้อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง สถานบริการมีระบบนัดทุกเดือน แต่ผู้ป่วยกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ COVID-19 จึงทำให้ส่วนใหญ่มารับบริการรักษาพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การระบาดโรค COVID-19

พฤติกรรมบุคคลมีอิทธิพลมาจากพหุปัจจัยจาก PRECEDE-PROCEED framework¹³ ระยะของการประเมินทางการศึกษา และทางนิเวศวิทยา กล่าวว่าพฤติกรรมบุคคลมีอิทธิพลมาจากปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ทักษะที่มีอยู่ และความมั่นใจในความสามารถตนเอง ปัจจัยเอื้อทำให้บุคคลมีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ แหล่งประโยชน์ การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อพฤติกรรมของบุคคล และปัจจัยเสริมเป็นการเสริมแรงสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า อายุ¹⁴ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁵ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹⁶ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค¹⁴ การเข้าถึงระบบสุขภาพ¹⁷ และการสนับสนุนทาง

สังคม¹⁸ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบได้น้อย โดยเฉพาะสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลต่อวิถีชีวิต และระบบบริการสุขภาพของสถานบริการทุกระดับ อาจส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำได้หากมีพฤติกรรมป้องกันที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร จากนั้นนำไปออกแบบโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

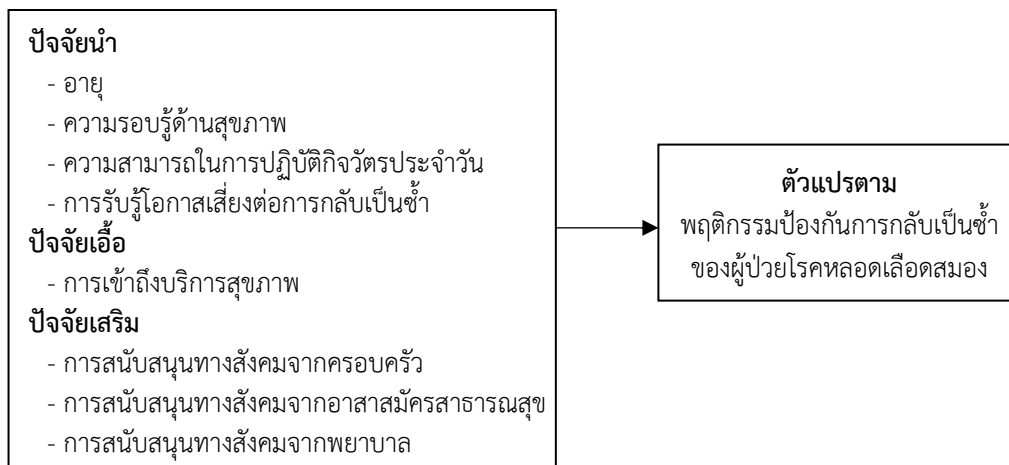
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED framework ซึ่งเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผน การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่พัฒนาโดย Green and Kreuter¹³ มีทั้งหมด 8 ระยะ การศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นระยะที่ 3 คือ ขั้นตอนการประเมินทางการศึกษา และทางนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้เป็นการศึกษารูปแบบพรรณนาเชิงทำนาย (predictive descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ อาศัยในชุมชนกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยเลือกชนิดสถิติการทดสอบ linear multiple regression: fixed model, R^2 deviation from zero เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้น้อย การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับกลาง = .15¹⁹ อำนาจการทดสอบ $(1 - \beta) = .80$ ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) = .05 จำนวนตัวแปรทำนาย 6 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 123 ราย และเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่ม

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.00 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 148 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยใช้การจัดพื้นที่การปกครองของกรุงเทพมหานครที่แบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ กรุงเทพมหานครกลาง กรุงเทพมหานครเหนือ กรุงเทพมหานครตะวันออก กรุงเทพมหานครเหนือ และกรุงเทพมหานครใต้ จากนั้น สุ่มเขตจากแต่ละกลุ่ม จำนวน 2 เขต รวมทั้งหมด 12 เขต ในแต่ละเขตผู้วิจัยประสานประธานอาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ละชุมชนในเขตที่สุ่มได้ เพื่อให้ประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยมีคะแนนดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL index) ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยที่สมัครใจลงชื่อไว้กับอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละชุมชน เพื่อจัดทำทะเบียนรายชื่อไว้ จากนั้น ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทะเบียนตามสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละเขต เนื่องจากบางชุมชนผู้ป่วยมีความกังวลกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จึงไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขบางชุมชน

ไม่สะดวกในการประสานผู้ป่วยให้ ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของเขตนั้นไม่ครบตามสัดส่วนที่กำหนด ผู้วิจัยจึงสุ่มเขตเพิ่มอีกกลุ่มละเขต เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามที่ต้องการ สำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา คือ มีคะแนนจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น mini-cog < 3 จะถูกคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง เกี่ยวกับ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว สถานะภาพสมรรถภาพการศึกษา อาชีพหลัก อาชีพรอง รายได้ การมีโรคร่วมระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจำนวนครั้งการกลับเป็นซ้ำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ยาที่รับประทานในปัจจุบัน สถานที่เข้ารับการรักษารโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ปรับปรุงจากเครื่องมือของ อังคินันท์ อินทรกำแหง²⁰ เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถทางปัญญา และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จากง่ายมาก (4 คะแนน) ถึง ยากมาก (1 คะแนน) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน จัดกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (61 - 80 คะแนน) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (41 - 60 คะแนน) และความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (20 - 40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานตามดัชนี

บาร์เธล (Barthel ADL index)²¹ ทั้งหมด 10 ข้อ ให้คะแนนตามระดับความสามารถของแต่ละกิจกรรม มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 20 คะแนน จัดกลุ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันออกเป็น 2 ระดับ คือ สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ (12 คะแนนขึ้นไป) รวมถึงสามารถดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ปรับปรุงจากเครื่องมือของ สุจิตรา คัมพะอาด^๑ เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงโอกาสที่จะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก มีจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 - 24 คะแนน จัดกลุ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำออกเป็น 3 ระดับ คือ รับรู้โอกาสเสี่ยงกลับเป็นซ้ำสูง (19 - 24 คะแนน) รับรู้โอกาสเสี่ยงกลับเป็นซ้ำปานกลาง (12 - 18 คะแนน) และรับรู้โอกาสเสี่ยงกลับเป็นซ้ำต่ำ (6 - 12 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามถึงความพอเพียงของการให้บริการจากภาครัฐและเอกชน ความสามารถในการเข้าถึงบริการ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการเข้ารับบริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย ตลอดจนการยอมรับคุณภาพบริการ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากเป็นจริงที่สุด (5 คะแนน) ถึงไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 25 คะแนน จัดกลุ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพออกเป็น 4 ระดับ คือ สามารถเข้าถึงได้ดีมาก (21 - 25 คะแนน) สามารถเข้าถึงได้ดี (16 - 20 คะแนน) สามารถเข้าถึงได้ปานกลาง (11 - 15 คะแนน) และสามารถเข้าถึงได้น้อย (5 - 10 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก

ความห่วงใย การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือ การให้บริการ และการกระทำเพื่อช่วยเหลือ การให้ ข้อมูลข่าวสาร การชี้แนะหรือการให้คำปรึกษา รวมถึงการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง โดยแยกเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ และจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัด แบบประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จากเห็นด้วย (3 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) คะแนนรวม ของการสนับสนุนทางสังคมจากแต่ละแหล่ง อยู่ระหว่าง 4 ถึง 12 คะแนน จัดกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมของ แต่ละแหล่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนทาง สังคมระดับมาก (10 - 12 คะแนน) การสนับสนุนทาง สังคมระดับปานกลาง (7 - 9 คะแนน) และการสนับสนุน ทางสังคมระดับน้อย (4 - 6 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการกลับ เป็นซ้ำ ปรับปรุงจากเครื่องมือของ อรุมา คงแก้ว²² เป็นคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ อารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ จำนวน 19 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิด ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากปฏิบัติ เป็นประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถาม ด้านลบ จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19 - 95 คะแนน จัดกลุ่มพฤติกรรมป้องกันการกลับ เป็นซ้ำออกเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมป้องกันการ กลับเป็นซ้ำระดับสูง (70 - 95 คะแนน) พฤติกรรม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับปานกลาง (45 - 69 คะแนน) และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับต่ำ (19 - 44 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือด สมอง 2 ท่าน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) แบบวัดส่วนที่ 2 ได้ค่า CVI .80 แบบวัดส่วนที่ 4 - 7 ค่า CVI เท่ากับ 1.00, .80, .80 และ .92 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²³ และนำแบบวัดทั้งหมด ไปทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's alpha แบบวัด ส่วนที่ 2 มีค่าเท่ากับ .96 แบบวัดส่วนที่ 4 - 7 มีค่า เท่ากับ .78, .76, .73 และ .73 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าอยู่ ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁴

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. MUPH 2022-056) โดยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ประกาศเชิญชวน และชี้แจงกระบวนการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจในการ ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มี ผลกระทบแต่อย่างใด ขณะเก็บข้อมูลหากผู้เข้าร่วม การวิจัยรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดพักการสัมภาษณ์ จนกว่าผู้เข้าร่วม การวิจัยจะรู้สึกดีขึ้น จึงจะเริ่มการให้สัมภาษณ์ใหม่ ตามความพร้อมของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากผู้เข้าร่วม การวิจัยต้องการยุติการให้ข้อมูล สามารถทำได้ตลอด การสัมภาษณ์ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วม การวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวม โดยไม่มี การเปิดเผยชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมการวิจัยเป็นความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยลงนามรับทราบในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับประธานอาสาสมัคร สาธารณสุขของชุมชนแต่ละเขต ในการประสาน กลุ่มตัวอย่างตามที่สุ่มได้จากแต่ละชุมชน การเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามจาก

แบบวัดในเครื่องมือการวิจัยทั้งหมด ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมงต่อราย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 5 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง มกราคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และสถิติทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (homoscedasticity) โดยพิจารณาจาก scatter plot พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ ทดสอบความคลาดเคลื่อนแต่ละค่า (autocorrelation) พบว่า เป็นอิสระกัน ค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.572 (มีค่าอยู่ระหว่าง 1.50 - 2.50) ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ พบค่า variance inflation factor: (VIF) อยู่ระหว่าง 1.143 - 1439 ซึ่ง < 4 และค่า tolerance อยู่ระหว่าง .695 - .875 ซึ่ง $> .2$ ในทุกตัวแปร รวมทั้งตัวแปรอิสระทุกตัวที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) การทดสอบสมมติฐานการวิจัยนี้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha < .05$

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.50 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 38.50 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 52.00 เรียนจบระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 48.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 85.80 มีรายได้ครอบคลุมครัวต่ำสุด 3,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,861.49 บาท (SD = 10,941.34) ส่วนใหญ่ไม่มี

ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.60 มีโรคที่เป็นอยู่ก่อนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 68.90 โดยส่วนมาก ร้อยละ 42.60 ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 5 ปี (Mean = 6.88, SD = 4.68) และส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.20 ไม่มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 56.10 ไม่สูบบุหรี่ มีผู้เคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 37.80 ส่วนมาก ร้อยละ 52.70 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 42.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.90 รับประทานยาความดันโลหิต รองลงมา คือ ยาลดระดับไขมันในเลือด ร้อยละ 73.60 และ ยาต้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 70.30 สถานพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างไปรับการรักษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.00 คือ สถานบริการของรัฐ และส่วนมาก ร้อยละ 64.20 มีสิทธิการรักษาคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 37 - 86 ปี อายุเฉลี่ย 64.79 ปี (SD = 11.91) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (Mean = 55.89, SD = 6.78) ส่วนมาก ร้อยละ 69.60 สามารถพึ่งตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่น และสังคมได้ (Mean = 14.73, SD = 4.92) และส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.10 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อยู่ระดับสูง (Mean = 25.47, SD = 3.68)

ปัจจัยเอื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากจริง ร้อยละ 57.40 สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับดี (Mean = 19.84, SD = 2.84)

ปัจจัยเสริม พบว่า เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 96.60 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับมาก (Mean = 11.33, SD = 1.08) เกือบสองในห้า ร้อยละ 39.90 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 7.92, SD = 2.58) และส่วนมาก ร้อยละ 71.60 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลในระดับมาก (Mean = 10.11, SD = 2.00)

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง สองในสาม ร้อยละ 68.20 มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระดับสูง (Mean = 73.62, SD = 8.46)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ

COVID-19 กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กรุงเทพมหานคร (n = 148)

ตัวแปร	r	p-value
ปัจจัยนำ		
อายุ	.153	.031*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.418	< .001***
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.040	.313
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ	.488	< .001***
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.485	< .001***
ปัจจัยเสริม		
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.109	.094
การสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข	-.121	.071
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล	-.114	.085

*p-value < .05 ***p-value < .001

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข กล่าวคือ ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .716 คะแนน ($\beta = .716$) ถ้าความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .280 คะแนน ($\beta = .280$) ถ้าอายุของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .233 คะแนน ($\beta = .233$) ถ้าการเข้าถึงบริการสุขภาพ 1 คะแนน จะมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .764 คะแนน ($\beta = .764$) และถ้าการสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง .600 คะแนน ($\beta = -.600$) โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ร้อยละ 45.20 (adj $R^2 = .452$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้ สามารถเขียนสมการทำนายได้ ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง = $14.275 + .716$ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ) + $.280$ (ความรู้ด้านสุขภาพ) + $.233$ (อายุ) + $.764$ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) - $.600$ (การสนับสนุนทางสังคมจาก อสส.)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	b	SE _b	β	t	p-value
ปัจจัยนำ					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ	.716	.156	.312	4.601	.000***
ความรู้ด้านสุขภาพ	.280	.070	.290	3.966	.000***
อายุ	.233	.049	.328	4.765	.000***
ปัจจัยเอื้อ					
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.764	.209	.257	3.648	.000***
ปัจจัยเสริม					
การสนับสนุนทางสังคมจาก อสส.	-.600	.213	-.184	-2.812	.006*
(Constant)	14.275	6.031			

$R = .686$, $R^2 = .471$, adj $R^2 = .452$, $F = 25.253$, * $p\text{-value} < .05$ *** $p\text{-value} < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณา คงแก้ว²² ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก่อนมีอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มาก่อน เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันได้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการเตรียมยาเมื่อต้องเดินทางไปสถานที่อื่น รวมถึง

รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งในช่วงเวลาที่ศึกษายังมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนกรุงเทพมหานคร ซึ่งส่วนใหญ่รับบริการการรักษาและรับยาต่อเนื่องจากสถานบริการของรัฐ ในระยะที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลทุกแห่งมีการปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการนัดหมายเพื่อติดตามอาการถูกเลื่อนห่างออกไปจากเดิม มีการส่งยาทางไปรษณีย์หรือให้ผู้ดูแลมารับยาแทน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และให้ความสำคัญกับการรับประทานยา เพราะไม่ต้องการเกิดอาการเป็นซ้ำในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งมีความยุ่งยากต่อการเข้ารับการรักษา ผลการศึกษาในครั้งนี้ ต่างจากการศึกษาของ อรุณา คงแก้ว²² ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดการติดตาม

การรักษา และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ขาดยา โดยคิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว ไม่ต้องรับประทานยาอีก จึงไม่ได้รับประทานยาต่อ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกัน
การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ
COVID-19 ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่นำมาศึกษามีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสนับสนุนกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED framework¹³ ที่อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลมาจากพหุปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และอิทธิพลจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

อายุ เป็นปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด ($\beta = .328$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยมากกว่า 5 ปี ย่อมได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 บุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้นจึงต้องใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และ ส่วยถิ่น แซ่ตัน¹⁴ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยอายุระหว่าง 45 - 54 ปี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เป็นหนึ่งในกลุ่มปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา ($\beta = .312$) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเคยเกิดโรคแล้ว รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเป็นซ้ำอีกได้ หากไม่ปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำ อีกทั้งผู้ป่วยยังมีโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หากปฏิบัติตามไม่เหมาะสม ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงจะรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพตนเอง จึงเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และ ส่วยถิ่น แซ่ตัน¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรองลงมา ($\beta = .290$) อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีทักษะ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพย่อมส่งผลต่อการนำมาดูแลตนเอง มีพฤติกรรมป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข²⁵ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้อง และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการมีโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับ แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี¹⁵ อธิบายว่า ความฉลาดทางสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยเอื้อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำรองลงมา ($\beta = .257$) เนื่องจากจากปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีผลกระทบต่อนักป่วยที่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการที่มีความแออัด ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าวสถานบริการสุขภาพทุกแห่งต้องปฏิบัติตามนโยบายการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่มีอาการคงที่ให้ติดตามผู้ป่วยทุก 3 - 6 เดือน ใช้โทรศัพท์หรือการโทรผ่านภาพและเสียง ลดการให้ผู้ป่วยเดินทางมาตรวจให้ญาติมารับยาแทนหรือรับยาจากสถานบริการใกล้บ้าน²⁶ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพทางไกลได้ดี ไม่ขาดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร ศิวปริยากุล¹⁷ พบว่า การตรวจรักษาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ต่างจากการศึกษาของ ภูซังค์ อินทร์ชัย และคณะ¹⁸ ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอันดับสุดท้ายในทิศทางผกผัน ($\beta = -.184$) อธิบายได้ว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขมาก เป็นผู้ที่มีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำไม่ดี อาจเป็นเพราะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อาสาสมัครสาธารณสุขมุ่งเน้นที่การให้การสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ ด้านจิตใจ ให้กำลังใจในด้านการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการป้องกันการติดเชื้อโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวไม่ค่อยดีจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาสาสมัครให้การดูแล แนะนำ และสนับสนุนมาก เพราะมีความเสี่ยงสูง การศึกษาในครั้งนี้ จึงพบว่าความสัมพันธ์ในทิศทางผกผัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูซังค์ อินทร์ชัย และคณะ¹⁸ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข ควรติดตามส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค และการออกกำลังกายหรือการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย และควรปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพทางไกลที่ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้มีประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น อีกทั้งควรมีการเน้นย้ำอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สนับสนุนติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยป่วยมาเป็นเวลานาน และมีโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยป่วยมาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และน้อยกว่า 5 ปี รวมถึงศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย ร่วมกับบัณฑิตวิทยาลัยที่มอบทุนสนับสนุนบางส่วนสำหรับการทำวิจัย ขอขอบคุณประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขเขตต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Department of Disease Control campaign for world paralysis day 2019 for people to recognize the warning signs of stroke reduce the risk of paralysis [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 3]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=10024&deptcode=brc> (in Thai)
2. Strategy and Planning Division. Number and inpatient rate in 2016 - 2018 (hypertension, diabetes, cardiovascular, cerebrovascular, COPD) [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 25]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
3. Strategy and Planning Division. Number and death rate of non-communicable diseases 2016 - 2018 (hypertension, diabetes, cardiovascular, cerebrovascular, COPD) [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 25]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
4. World Health Organization, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. WHO STEPS stroke manual : the WHO STEP wise approach to stroke surveillance / noncommunicable diseases and mental health, World Health Organization [Internet]. 2006 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/43420>
5. Chuenjairuang P, Iamsamai S. The meaning and management of suffering from stroke disability in persons with stroke. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2014;9(4):170-7. (in Thai)
6. Potisat S, Kune N, Udomchairat R, Prichaichywithy P, Khonlaeaid S, Mirattanaphrai S, et al. Literature review: the current situation and care model of non-communicable diseases. Bangkok: Art Qualified; 2014. (in Thai)
7. Jearanaisilp S. TIA- transient ischemic attack. Journal of Thai Stroke Society 2015;14(3):153-65. (in Thai)
8. Khumsa-ard S, Thiangtham W, Suwan-ampai P. Behavior factors related to recurrent stroke. Journal of Public Health Nursing 2017;31 Suppl 1:S13-26. (in Thai)
9. Jittanoon P, Buapetch A, Saksongmuang P, Arab W, Wongyongsil S, Wauters Y. Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: a case study of Huinang sub-district, Trang province. Songklanagarind Journal of Nursing 2021;41(2):13-25. (in Thai)
10. BMA Data Center. Situation of the spread of viral infections Corona 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 20]. Available from: https://pr-bangkok.com/?page_id=994 (in Thai)
11. Fifi JT, Mocco J. COVID-19 related stroke in young individuals. The Lancet Neurology 2020;19(9):713-5. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30272-6.

12. Public Health Nursing Division, Department of Health. Situation of stroke in the community of Bangkok. Oral session presented at: Summary of health status results. 2022 Apr 7; Bangkok. (in Thai)
13. Green LW, Kreuter M. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
14. Klinsakorn C, Saetan S. Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang district, Suphanburi province. *Journal of Council of Community Public Health* 2020;2(2):62-77. (in Thai)
15. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;25(3):43-54. (in Thai)
16. Chaisawa N, Jindavong S. Factor relative to perceived self-care with stroke Krasaesin hospital for Songkhla. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2017;9(3):70-82. (in Thai)
17. Sivapreeyagoon G. Self-care behaviors of elders in Mueang district, Surat Thani province. *Journal of Health Research and Innovation* 2020;3(1):1-14. (in Thai)
18. Inchai P, Jumniensuk A, Durongdej S, Sonthipho P, Bandit J, Eimsaard C. Self care behaviors among elderly people with chronic diseases in Pamok district, Angthong province. *Journal of the Department of Medical Services* 2018;43(4):100-4. (in Thai)
19. Jacob C. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf> (in Thai)
21. National Health Security Office. Public health long-term care system management support guide for elderly people with dependency on the national health insurance system [Internet]. 2016 [cited 2022 Nov 1]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc13.pdf (in Thai)
22. Kongkaew O. Illness representation and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018. (in Thai)
23. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing and Health* 2006;29(5):489-97. doi: 10.1002/nur.20147.
24. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 2007;39(2):155-64. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x.

25. Department of Health, Ministry of Public Health. Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 10]. Available from: https://borc.anamai.moph.go.th/web-upload/24xe82d9421a764bd38b31a4171c44f37a6/tinymce/KPI/2565/KPI1_36/L2/1KPI1-36_2-2-8.pdf (in Thai)
26. Tantirittisak T. Clinicalpractice guidelines for ischemic stroke in the situation of the coronavirus 19 pandemic. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2020. (in Thai)