

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

นิรัชรา จ้อยชู* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล** Ph.D. (Nursing)

วิษชุดา เจริญกิจการ*** ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน โดยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกตรวจโรคระบบประสาททางอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่งในสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร จำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.91 ปี ร้อยละ 72.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 61.3 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าระดับมาตรฐาน อายุและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: อายุ โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมสุขภาพ

*นางาตรีหญิง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: wanpen.pin@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ แบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคได้เป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 87 (Summers et al., 2009) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตเป็นลำดับ 3 ทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด (สถาบันประสาทวิทยา, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ที่รอดตายจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อีก โดยอุบัติการณ์ในการกลับเป็นซ้ำพบได้ประมาณร้อยละ 25 ในช่วง 5 ปีแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย (Ireland et al., 2010) ซึ่งการกลับเป็นซ้ำจะส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตและความพิการเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งส่งผลให้ระยะวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นด้วย (Lawrence, Kerr, Watson, Jackson, & Brownlee, 2009) ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Nicol & Thrift, 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการ

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการรับประทานยาในการควบคุมโรคที่ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น (Ireland, et al., 2010) ซึ่งการลดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำได้คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ต่อเนื่องในการควบคุมอาการของโรค จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิที่สำคัญ (Slark, 2010) การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้นั้น จะต้องมีความเชื่อและรับรู้ ว่า โรคที่กำลังเผชิญหรือโรคที่อาจเกิดขึ้นนั้น จะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ร่วมกับมีความเชื่อว่า ถ้าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคนั้นลงได้ (Strecher & Rosenstock, 1997) ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สเตเชอร์และโรเซนสต็อก (Strecher & Rosenstock, 1997) ได้พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และการปรับพฤติกรรม โดยกล่าวว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่า ตนมีโอกาสที่จะเกิดโรค หรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรคได้ (Strecher & Rosenstock, 1997) จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยที่เกิด

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

โรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่ายังมีอยู่จำกัด ส่วนมาก เป็นการศึกษาถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง เช่น ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (ศิริพร ประมะ, 2545; สุมาลี วัฒนากกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์, 2551)

การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองชนิดตีบตัน ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ การรับรู้ ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดูแล ผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการลดหรือชะลอการ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีบตัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ สเตเชเซอร์ และโรเซนสตอก (Stretcher & Rosenstock, 1997) ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่สำคัญ 3 องค์ประกอบหลัก

ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล (individual perception) มุ่งองค์ประกอบย่อย คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความ รุนแรงของโรค (perceived severity) ซึ่งการที่บุคคลมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ก็จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคาม ของโรค (perceived threat of disease) 2) ปัจจัยร่วม (modifying factors) มุ่งองค์ประกอบย่อย คือ ปัจจัยด้าน ประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง นอกจากนี้ยังรวมถึงสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติ พฤติกรรม (cues to action) ซึ่งปัจจัยร่วมเหล่านี้ อาจ ไม่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล 3) ความโน้มเอียงที่จะ ปฏิบัติกิจกรรม (likelihood of action) มุ่งองค์ประกอบ ย่อยคือ การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และ การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) กับการปฏิบัติ พฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุอาจมี ความเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดยเป็นองค์ประกอบ หรือเป็นปัจจัยทางด้านลักษณะ ประชากร (demographic variables) ที่มีผลกับการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อายุเพิ่มขึ้น อาจ ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ ได้รู้ได้เห็นเกี่ยวกับภาวะ แทรกซ้อนทั้งทางตรงและทางอ้อมจึงทำให้เกิดการเรียนรู้ และเลือกวิธีการในการปฏิบัติซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ของตน แต่ในขณะเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุ จะมีการ เปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอยไปตามวัย ซึ่ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลต่อความเชื่อทาง ด้านสุขภาพ ในลักษณะของการรับรู้ว่าเป็นอุปสรรค ขัดขวางต่อการปฏิบัติซึ่งพฤติกรรมนั้น เช่น การ รับประทานยา เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจ ส่งผลกระทบกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน (สุมาลี วัฒนากกร และคณะ, 2551)

สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์กับการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาไประยะหนึ่งและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ (ปริยาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2550) และในส่วนของปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติพฤติกรรม อาจมีความสัมพันธ์ในแง่ของการแสดงออกในเรื่องของปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติพฤติกรรมมาก จะมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น (ปียนุช เสาวภาคย์, 2549; Stretcher & Rosenstock, 1997)

สมมุติฐานการวิจัย

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกตรวจโรคระบบประสาททางอายุรกรรม จำนวน 2 แห่ง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 กำหนดขนาดตัวอย่างจากการใช้ power analysis โดยการเปิดตารางของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบในการวิเคราะห์ (power of test) .80 และค่าอิทธิพลของความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.30 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากเส้นเลือดตีบ/อุดตัน มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และ 3) มีสติสัมปชัญญะดี ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน และเป็นผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตประสาท เช่น โรคจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ที่ไม่ผ่านการทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) จำนวน 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ คำถามประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วยตอบ) จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านสุขภาพ (สำหรับผู้วิจัย) ผู้วิจัยรวบรวมจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) สภาพร่างกายของผู้ป่วยในปัจจุบัน 2) น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย 3) จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัย 4) ประวัติโรคร่วม

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกษกร อ่อนอภัย (2551) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนนคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และค่าคะแนนน้อยแสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของ กษกร อ่อนอภัย (2551) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายเชิงลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนนคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน ผู้วิจัยกลับค่าคะแนนก่อนนำมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก และค่าคะแนนน้อยแสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน พัฒนขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งข้อความหมายในเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนนคือ ปฏิบัติทุกวัน (4 คะแนน) ไปจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบให้ค่าคะแนนตรงข้าม การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม ค่าคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง และค่าคะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80, .93, และ .80 ตามลำดับ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .79, และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. IRB-NS 2012/134.2007) และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอผลในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกตรวจโรคระบบประสาททางอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่งในสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในขณะรอรับการตรวจ อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีค่าคะแนน TMSE มากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน จะถือว่าเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้และมีอาการอ่อนแรงของแขนด้านที่ถนัด หรือมีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกในแบบสอบถามให้ ร่วมกับผู้วิจัยศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลที่

เกี่ยวข้องจากแฟ้มประวัติ เวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมวิจัยประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.7) มีอายุเฉลี่ย 63.91 ปี (SD = 12.79) อายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 32 ปี และมากที่สุดคือ 92 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.9 และพบว่าอาชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 61.4 แต่พบว่าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วร้อยละ 70.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพใช้สิทธิ์การรักษาโดยเบิกจากต้นสังกัด ร้อยละ 72.7 รองลงมาใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 10.2 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ แต่ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วได้เลิกสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 3 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 51.1 และมีเพียงร้อยละ 11.4 ของกลุ่มตัวอย่างที่ภายหลังการเกิดโรคแล้วยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยมีประวัติ

**ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของ
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน**

การตีบสุราหรือเครื่องตีบที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ แต่ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เลิกตีบ มาแล้วมากกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.4 มีเพียง ร้อยละ 4.5 ที่ยังคงตีบสุรา

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 58 ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีบตันไม่มีอาการอ่อนแรงของอวัยวะทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้ดี มีเพียงร้อยละ 42 ที่มีอาการ อ่อนแรงของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายหลงเหลืออยู่ จากการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ของกลุ่มตัวอย่างพบ กลุ่มตัวอย่างมีค่า BMI เฉลี่ย 24.43 กก./ตรม. (SD = 3.91) โดยมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 25-29.99 กก./ตรม. มากที่สุด (ร้อยละ 35.2) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันของ กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด คือ 4 เดือน และนานที่สุดคือ 25 ปี มีระยะเวลาเฉลี่ย 5.79 ปี (SD = 5.68) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.47 มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ซึ่งโรคร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.2

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 53.07 (SD = 4.74, Range = 41-60) มีค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมี คะแนนเฉลี่ย 41.70 (SD = 4.99, Range = 23-55) และค่าคะแนนโดยรวมเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 64.89 (SD = 5.46, Range = 52-78)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อิสระกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน พบว่า อายุ และการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = .38, p < .01$ และ $r = .23, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (N = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. อายุ	1			
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.03	1		
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.04	.21	1	
4. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน	.38**	.23*	-.31**	1

** $p < .01$, * $p < .05$ (2-tailed)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 32-92 ปี อายุเฉลี่ย 63.91 ปี ($SD = 12.79$) โดยร้อยละ 53.4 มีอายุ 61-80 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอภันตริบัวเหลือง (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 69.4 ปี อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ แต่จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันเริ่มมีกลุ่มของผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุระหว่าง 21-60 ปี) ถึงร้อยละ 39.8 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับแนวโน้มของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า โรคหลอดเลือดสมองพบได้ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adult) โดยเริ่มพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องมีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันหรือควบคุมปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (Dharmasaroja, Muengtawepongsa, Lechawanich, & Pattaraarchachai, 2011)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด ได้แก่ อายุ รองลงมาได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามลำดับ โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีขนาดสูงสุด เมื่อเทียบกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก เช่นเดียวกับแนวคิดของโอเร็มที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Orem, 1991) สอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี โดยสามารถควบคุมระดับของไขมันในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี ($p = .002$) (Brenner et al., 2010) ทั้งนี้อายุจัดเป็นปัจจัยด้านประชากร ซึ่งมีผลต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรม (Rosenstock, 1974) การที่ผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก อาจทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จึงส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันได้ นอกจากนี้อาจมีปัจจัยตัวอื่น เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา หรือการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เป็นต้น ที่อาจส่งผลกระตุ้นการรับรู้และความเชื่อทางด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในทางบวก จึงทำให้ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมาก มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องมากที่สุด ($Mean = 3.82, SD = .39$) ซึ่งสอดคล้องกับผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติมากที่สุด คือ การตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ($Mean = 3.98, SD = .15$) ทั้งนี้อาจ

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน

เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการรับรู้ อาการและการดำเนินของโรคดีขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าการมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์ ต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูล ส่วนบุคคลจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 73.9) มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง อาจได้รับแรงสนับสนุน หรือการกระตุ้นเตือนจาก ครอบครัว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมารับ การตรวจตามแพทย์นัดได้อย่างสม่ำเสมอขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษา ของกษมา เชียงทอง (2554) ที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 195 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (ร้อยละ 100) รับรู้ว่าการมารับการตรวจ ตามนัดอย่างต่อเนื่องเป็นพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ใน การป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วัฒนกร และคณะ (2551) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทาน ยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแลและ ความจำเป็นของการรับประทานยา รวมถึงการตรวจวัด ความดันโลหิต ทำให้ผู้ป่วยเห็นความเปลี่ยนแปลงของ ระดับความดันโลหิตที่มีแนวโน้มลดลง อาการที่ผิดปกติ ทางด้านร่างกายดีขึ้น สามารถทำงานได้ตามปกติ จึง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยารักษาความดันโลหิต อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีตัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ทั้งนี้ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58) ไม่มี อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมองแล้วสามารถช่วยเหลือกิจกรรม

ตนเองได้ดี จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าโรคหลอดเลือด สมองที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่ได้ก่อให้เกิดความรุนแรง หรือคุกคามต่อชีวิต นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 39.8 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ 1-5 ปี และร้อยละ 25 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี ซึ่ง พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมี การปรับตัวให้เข้ากับลักษณะของความเจ็บป่วย และ วิธีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่ได้ (ปริยาภรณ์สวัสดิ์ศรี, ชื่นชม กวินบุตร, กนกพร หมูพยัคฆ์ และ ดวงใจ รัตนธัญญา, 2550) สอดคล้องกับงานวิจัย ของ มะยาชิน สามะ และคณะ (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 4-6 ปี จะมีการปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพและสามารถควบคุมโรคได้ จึงอาจเป็น ข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยในครั้งนี้นี้พบว่า การรับรู้ ประโยชน์มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพเชื่อ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefit) ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลว่าการกระทำจะมี ประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ซึ่งมี อิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง หรือ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติ พฤติกรรม เพื่อลดภาวะคุกคามจากโรคหรือป้องกันโรค ของตนเอง (Stretcher & Rosenstock, 1997) เนื่องจาก ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการของโรคที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อย และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน เฉลี่ยเท่ากับ 5.79 ปี ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ต่อโรคที่เป็นอยู่ได้ จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้แนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของบุคคลที่เกิดการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งหากผลในด้านลบมีอิทธิพลมากกว่าด้านบวก จะเป็นเหตุจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Stretcher & Rosenstock, 1997) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว และการประกอบกิจวัตรประจำวัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ดังนั้นผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ว่า การเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการเกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาท และคณะ (2550) ซึ่งศึกษาประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลมาจากลักษณะ 4 ประการ คือ ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีการสูญเสียภาพลักษณ์จากความพิการของร่างกาย ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการทำหน้าที่ในครอบครัวลดลง และหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีความต้องการการพึ่งพามากขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถปรับตัวได้ภายหลังการเกิดโรค ก็จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพในทางลบได้

นอกจากนี้ จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อว่าการรับรู้อุปสรรค (perceived barrier) มีความสำคัญในการกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) เช่น อุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไม่สะดวก ความไม่สบาย การเสียเวลา การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางให้ผู้ป่วย

หลีกเลี่ยงหรือไม่แสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นออกมา ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคในเรื่องของการใช้ยาอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า “ยาที่ใช้รับประทานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมาก ทำให้บางครั้งลืมรับประทานยาหรือทานยาไม่ครบ” (Mean = 3.05, SD = .81) สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) และสุมาลี วัฒนากุล และคณะ (2551) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา ความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ โดยกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคมาก มีโอกาสเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อย

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้จำนวนเม็ดยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองว่ามีจำนวนมาก เป็นอุปสรรคที่ผู้ป่วยจะลืมรับประทานยาได้ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาดังกล่าวอาจส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตึบตันนี้ได้เช่นกัน การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบ กล่าวคือ การที่บุคคลมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมากจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมได้น้อย แต่ในขณะเดียวกัน การที่บุคคลรับรู้อุปสรรคที่มีนัยน้อยจะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคจึงสามารถทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติพฤติกรรมได้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. พยาบาลและทีมสุขภาพควรวางแผนการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อยซึ่งมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุมาก เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน

2. พยาบาลควรมีการติดตามประเมินการรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์ และลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

เอกสารอ้างอิง

กชกร อ่อนอภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตำบล บ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กษมา เชียงทอง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือน และพฤติกรรมกา รจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมอง อำเภอคลองสะแกต จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการ ค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิพนธ์ พวงวรจันทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์.

ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, ชื่นชม เจริญยุทธ, กนกพร หมูพยัคฆ์, และ ดวงใจ รัตนธัญญา. (2550). อิทธิพลของการรับรู้ความ รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคใน การควบคุมอาหาร ต่อการทํานายพฤติกรรมกาควบคุม อาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *Journal of Nursing Science*, 27(3), 82-91.

ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มะยาชิน สาเมาะ, ประชา ฤาษตกุล, และชิตชนก เชิงเช่าว. (2552). ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัด ปัตตานี. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 20(1), 53-66.

วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร, และทวีศักดิ์ ศิริไพบุลย์. (2550). ประสพการณ์การปรับตัว ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยใน ตำบลแสนตอ อำเภอนาหว้า จังหวัดกาแพงเพชร. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 1(1), 72-84.

ศิริพร ประมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัด ลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงาน การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและ สูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สำนักงาน กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมาลี วัฒนากร, ชูติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.

อภันตรี บัวเหลือง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Brenner, D. A., Zweifler, R. M., Gomez, C. R., Kissela, B. M., Levine, D., & Howard, G., et al. (2010). Awareness, treatment, and control of vascular risk factors among stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 9(4), 311-320.

Dharmasaroja, P. A., Muengtawepongssa, S., Lechawanich, C., & Pattaraarchachai, J. (2011). Causes of ischemic stroke in young adults in Thailand: a pilot study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 20(3), 247-250.

Ireland, S., MacKenzie, G., Gould, L., Dassinger, D., Koper, A., & LeBlanc, K. (2010). Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(4), 7-13.

Lawrence, M., Kerr, S., Watson, H. E., Jackson, J., & Brownlee, M. G. (2009). A summary of the guidance relating to four lifestyle risk factors for recurrent stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(10), 471-476.

- Nicol, M. B., & Thrift, A. G. (2005). Knowledge of risk factors and warning signs of stroke. *Journal of Vascular Health Risk Management*, 1(2), 137-147.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Eds), *Health belief model and personal health behavior* (pp. 1-8). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Slark, J. (2010). Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6(6), 282-286.
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (2nd ed., pp. 41-59). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J. L., Simpson, J., Spilker, J. A., et al. (2009). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 40(8), 2911-2944.

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของ
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

Relationships among Age, Perceived Benefits of Health Behaviors, Perceived Barriers of Health Behaviors and Health Behaviors in Patients with Ischemic Stroke

Niratchara Joychoo* M.N.S. (Adult Nursing)

Wanpen Pinyopasakul** Ph.D. (Nursing)

Vishuda Chareonkitkarn*** Ph.D. (Nursing)

Abstract: This descriptive study aimed to determine the relationships between age, perceived benefits of health behaviors, perceived barriers of health behaviors and health behaviors in patients with ischemic stroke. The Health Belief Model was employed as a conceptual framework of the study. The study sample consisted of 88 patients with ischemic stroke who attended neurological clinics at 2 tertiary hospitals under the Ministry of Defense in Bangkok. The research instruments included Demographic, Perceived Benefits of Health Behaviors, Perceived Barriers of Health Behaviors and Health Behaviors in Patients with Ischemic Stroke Questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics and the Pearson's product moment correlation coefficient. The findings showed that the sample group's average age was 63.91 years old, of which 72.7 % were males, and 61.3 % had a body mass index over the standard level. Age and perceived benefits of health behaviors were positively related to health behaviors in patients with ischemic stroke with statistical significance. Perceived barriers of health behaviors were negatively related to health behaviors with statistical significance. The results of this study can be used as background information for conducting a program to promote health behaviors of patients with stroke.

Keywords: Age, Ischemic stroke, Perceived benefits of health behaviors, Perceived barriers of health behaviors, Health behaviors

*Lieutenant commanders, Professional Nurse, Somdej Prapinklao Hospital; and Master Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, E-mail: wanpen.pin@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University