



พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Health Promoting Behaviors among Persons at Risk of Stroke

จตุพงษ์	พันธวิไล	พย.ม.*	Jatupong	Panwilai	M.N.S.*
ประทุม	สร้อยวงศ์	ปร.ด.**	Pratum	Soivong	Ph.D. **
มยุลี	สำราญญาติ	ปร.ด.***	Mayulee	Somrarnyart	Ph.D.***

บทคัดย่อ

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือลดความรุนแรงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ควรระวังและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ที่มารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 370 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ควรระวัง 185 คน และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 185 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke risk scorecard) ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. ร้อยละ 68.11 ของกลุ่มตัวอย่างที่ควรระวัง และร้อยละ 60.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง
2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ควรระวังและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับสูง
3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการ
4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่ควรระวังอยู่ในระดับสูง แต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อยู่ในระดับปานกลาง

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Graduate Student, Faculty of Nursing Chiang Mai University, panwilai@gmail.com
 ** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University
 *** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายถึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Persons at risk of stroke will decrease their chances of experiencing a stroke, or reduce its severity, by performing health promoting behaviors. This descriptive study aimed to explore the health promoting behaviors among persons who are at risk of stroke in both caution and high risk groups, and who attended services at the outpatient department of Chiangmai Neurological Hospital from November 2015 to January 2016. The sample was purposively selected and consisted of 370 subjects at risk of stroke, of which 185 were drawn from the caution group and 185 from the high-risk group. Research instruments consisted of a demographic data record form, the Stroke Risk Scorecard developed by the National Stroke Association, and the Health Promoting Behaviors Among Persons at Risk of Stroke's Questionnaire. *Validity and reliability* of the research instruments were approved prior to collecting data. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The overall health promoting behaviors of the subjects in the caution group (68.11%) and high-risk group (60.00%) were at a high level.
2. For each subscale of health promoting behaviors in the caution and high-risk groups, over sixty-percent were at the high level, including spiritual growth, interpersonal relationship and stress management.
3. The health promoting behaviors subscales were reported by over half of the subjects in both groups as being at a moderate level, including health responsibility and nutrition.
4. The health promoting behaviors of physical activity subscale was at a high level in the caution group, while at a moderate level in the high-risk group.

The results of this study show that the persons at risk of stroke demonstrate a high level of overall health promoting behaviors. It can imply that they perform an appropriate health promoting behavior. Further study should explore the factors related to their health promoting behaviors, especially health responsibility, physical activity, and nutrition subscales.

Key words: health promoting behaviors, persons at risk of stroke



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง คือภาวะหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน ทำให้เกิดการเสียหายที่ของระบบประสาทอย่างทันทีทันใด (Gorelick, 2009) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 795,000 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ 610,000 คน โดยเฉลี่ย ทุก 40 วินาที จะมีคนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และทุก 4 นาทีจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โรคนี้นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามรองจากโรคหัวใจ และมะเร็ง (Januszewicz & Buesch, 2014) สำหรับประเทศไทย มีรายงานอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2556 เท่ากับ 277.67, 307.93, 330.60, 354.54 และ 366.81 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21.04, 27.53, 30.04, 31.69 และ 36.13 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับที่สามรองจากโรคมะเร็ง และหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ดังนี้ ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ที่เป็นจะเกิดความบกพร่องของระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึกและสัมผัสผิดปกติ ส่งผลทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เป็นอัมพาต พร่องกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ผลกระทบเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิด ทำให้กระบวนการคิดและจำผิดปกติ เกิดความผิดปกติของการสื่อสาร ภาษา พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้ (Silverman & Rymer, 2012) ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิด วาเซเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ก้องเกียรติ กุณย์กันทรารการ, 2554) ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม ผู้ที่เป็นส่วนใหญ่มักมีความพิการจึงต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เป็นภาระของครอบครัว เกิดปัญหาการหย่าร้าง การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมลดลง (Daniel,

Wolfe, Busch, & McKeivitt, 2009) และผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ จากค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวและพักฟื้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาหรือไปรับยา เป็นต้น ประกอบกับครอบครัวต้องสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องหยุดงาน (McClean et al., 2014) ดังนั้นหากมีการป้องกันในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดหรือลดโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็จะสามารถช่วยลดผลกระทบต่างๆ ดังกล่าวได้

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Stroke Association, 2009) ซึ่งแบ่งระดับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) เป็นกลุ่มที่ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อได้รับการวินิจฉัย และรับคำแนะนำในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) กลุ่มที่ควรระวัง (caution) เป็นกลุ่มที่ควรเริ่มที่จะใส่ใจในการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) เป็นกลุ่มที่มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เหมาะสม แบบประเมินดังกล่าวประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ ความดันโลหิต ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว การสูบบุหรี่ ระดับโคเลสเตอรอล การเป็นโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ และประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 8 ด้านดังกล่าว เมื่อพิจารณาตามความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ สามารถจัดประเภทของปัจจัยเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงแนชัดที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 – 4 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็น (Gorelick, 2009) การสูบบุหรี่จะเพิ่มโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง



2 เท่า (Pedelty & Gorelick, 2013) การลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดทุก 1 มิลลิโมลต่อลิตรจะลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 20 (National Stroke Association, 2016) การเป็นโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 2.27 เท่า และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก 1.56 เท่า (Hennerici, Kern, Szabo, & Binder 2012) และการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Brainin, Teuschl, & Matz, 2014) 2) ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะโภชนาการเกิน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.75 – 2.37 เท่า (Gorelick, 2009) และ 3) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป เป็นต้น (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

การวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบรายงานเกี่ยวกับระยะเวลาในการแสดงภาวะของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ควรระวัง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง แต่จากการวิจัยในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว โรคเบาหวาน การขาดการออกกำลังกาย พบว่าเกิดการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ (Gorelick, 2009; Hennerici et al., 2012; Brainin et al., 2014) จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกรายอาจจะไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากไม่มีการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งการลดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีเพิ่มมากขึ้น และต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรม 6 ด้าน คือ 1) ด้านการรับผิดชอบต่อ

สุขภาพ (health responsibility) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงความตระหนักถึงการมีสุขภาพดี ความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้มีการใช้พลังงานในร่างกาย โดยกิจกรรมทางกายรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน การใช้เวลาว่าง และการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อป้องกันโรคและเป็นพลังงานสะสมในการดำรงชีวิต 4) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นการปฏิบัติของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง การทำให้ตนเองมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิต และมีการกำหนดเป้าหมายของชีวิต 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว เพื่อน หรือสังคมในการให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนบุคคลเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยจัดการกับความเครียด รวมถึงการจัดการกับสาเหตุของความเครียดต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย มีการเผชิญ และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ พบการศึกษาในประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 – 2014 จำนวน 2 เรื่อง และในประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2558 จำนวน 3 เรื่อง เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงผู้มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ (สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอบะ และนุศรา วิจิตรแก้ว, 2550) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ



(Kang, Yang, & Kim, 2010; Thanavaro, Thanavaro, & Delicath, 2010) และพบพฤกษกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (กิ่งกาญจน์ สิทธิชนแก้ว, 2557) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีระดับพฤกษกรรมแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยแต่ละโรคมีการปฏิบัติพฤกษกรรมที่เฉพาะกับความเจ็บป่วยนั้น ๆ จึงอาจทำให้มีระดับพฤกษกรรมที่แตกต่างกัน สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังกล่าวทั้ง 8 ด้าน โดยเลือกทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มที่ควรระวัง เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มนี้ มีระดับความเสี่ยงที่ต่างกัน เพื่อให้ครอบคลุมผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการวิจัยที่ได้จะได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤกษกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ควรระวัง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

คำถามการวิจัย

พฤกษกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ควรระวัง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด

กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการศึกษา อธิบายได้ดังนี้ กลุ่มที่ควรระวังและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว การสูบบุหรี่ ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะเบาหวาน การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการเกิน และผู้ที่มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ควรมีการปฏิบัติพฤกษกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้

ลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ พฤกษกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านการรับมือต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด โดยหากผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในระดับต่าง ๆ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมจนเกิดเป็นพฤกษกรรมสร้างเสริมสุขภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตจะส่งผลทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง หรือสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และกลุ่มที่ควรระวัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤกษกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนมกราคม 2559 จำนวน 370 คน (แบ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มที่ควรระวัง กลุ่มละ 185 คน) โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเปิดตารางของเครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (มีคะแนนรวมในเกณฑ์ความเสี่ยงสูงตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป) และกลุ่มที่ควรระวัง (มีคะแนนรวมในเกณฑ์ควรระวังเท่ากับ 4 ถึง 6 คะแนน) ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง อ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมโรคหลอดเลือด



เลือดสมองแห่งชาติ (National Stroke Association, 2009) ผู้วิจัยได้แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาไทย โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เนื่องจากเป็นแบบวัดมาตรฐานที่ใช้ข้อความชัดเจน สามารถเข้าใจได้ง่าย จึงไม่ได้มีการแปลย้อนกลับเครื่องมือ ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นในการประเมินของผู้วิจัยเปรียบเทียบกับแพทย์ทางระบบประสาท (interrater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 54 ข้อ โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ 11 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 7 ข้อ ด้านโภชนาการ 11 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 8 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 9 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกวันจนถึงไม่เคยปฏิบัติ แบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วงคะแนน ได้แก่ มาก ปานกลาง และต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ (test – retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.77

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ก่อนดำเนินการวิจัย และกระทำโดยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการยินยอมด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธหรือการถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ภายในห้องให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ระดับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สเมอรโนฟ (Kolmogorov-Sminov) พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 370 คน แบ่งกลุ่มที่ควรระวัง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มละ 185 คน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.22) มีอายุตั้งแต่ 51 - 60 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.46) จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 47.30 ร้อยละ 80.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.49 ยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.62 มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.19) ประเมินว่ามีความเพียงพอ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.05 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.81) มีโรคร่วม โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และเป็นโรคเบาหวาน ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา (ร้อยละ 85.41) ในระยะเวลาประมาณ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 86.49 ของกลุ่มตัวอย่างมีการมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และมากกว่าครึ่งรู้จักโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 56.22) และสองในสามรู้ว่าตัวเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และหากพิจารณาเป็นรายกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน



ตารางที่ 1 ร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	
	กลุ่มที่ควรระวัง (ร้อยละ)	กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (ร้อยละ)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	ระดับสูง (68.11)	ระดับสูง (60.00)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน		
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ระดับปานกลาง (62.70)	ระดับปานกลาง (64.32)
ด้านกิจกรรมทางกาย	ระดับสูง (56.76)	ระดับปานกลาง (43.78)
ด้านโภชนาการ	ระดับปานกลาง (55.68)	ระดับปานกลาง (73.51)
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	ระดับสูง (67.57)	ระดับสูง (69.73)
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ระดับสูง (84.32)	ระดับสูง (88.65)
ด้านการจัดการกับความเครียด	ระดับสูง (74.05)	ระดับสูง (73.51)

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ควรระวัง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มที่ควรระวังอยู่ในระดับสูง แต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการวิจัย คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ควรระวัง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า การมีโรคประจำตัวและมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมออาจทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เพียงพอแล้ว ร่วมกับความเชื่อว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ (สุมาลี วัจนานกร, ชูติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์, 2551) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของกุลฤดี จิตตยานันท์ (2556) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงรับประทานอาหารตามความต้องการของตนเอง โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อโรคที่เป็น เพราะเชื่อว่าจะรับประทานตามคำแนะนำของแพทย์แล้ว

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มที่ควรระวังอยู่ในระดับสูง และกลุ่มที่มีความ



เสี่ยงสูงอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน เช่น เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว เป็นต้น อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มที่ควรระวังรู้จักโรคหลอดเลือดสมอง และทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยการรับรู้ ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อ หรือการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรักษาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค รู้จักว่าโรคนั้นๆ มีความรุนแรง และอาจส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติดังกล่าวจะเป็นผลดีต่อตนเอง และสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความรุนแรงของโรคได้ จึงทำให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ (Rosenstock, 1974)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาที่ดีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถเลือกอาหารได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับการมีระดับการศึกษาที่ดีจะช่วยให้มีโอกาสในการทำงานมีรายได้ที่ดี ทำให้สามารถซื้ออาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพได้ (Braveman, Egerter, & Williams, 2011) และความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัวอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่มีรายได้เพียงพอ ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย หรือไม่เพียงพอ (Primanda, Kripracha, & Thaniwattananon, 2011) การวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของวิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง (2547) ที่พบว่าสตรีวัยทองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและมีรายได้

เพียงพอมีพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าสตรีวัยทองที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและรายได้ไม่เพียงพอในครอบครัว

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความฉลาดทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุด มีความคิดสุขุมรอบคอบ มีสมาธิ มีความเชื่อมั่น และความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้น มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ทำความดีโดยไม่คิดหวังสิ่งตอบแทนใด ๆ (สกุณา บุญรากร, 2554) เป็นวัยที่ยอมรับและอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ไม่เพ้อฝัน และเริ่มแสวงหาความสงบ ศรัทธาในศาสนา มีธรรมะเป็นที่พึ่งทางใจ ทราบเป้าหมายและมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าตนเองมีความพร้อม มีความรับผิดชอบที่สูงขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงความเข้าใจในคุณค่า และความหมายของชีวิต เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีพลังใจในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามา ทำให้รู้สึกมีความสุขกับชีวิต (Hotson, 2009) การวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของอรรพรรณใจแก้ว (2551) สมสมัย สุธีรศานต์ และ วัชรีย์ จงไพบูลย์พัฒนา (2554) และ อนัญญา คูอาริยะ, ศศิธร ชิดนาฮี, วราภรณ์ ยศทวี, เสาวลักษณ์ เนตรชง และนิศารัตน์ นาคทั้ง (2557) ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และยังคงทำงาน ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมร่วม



กับผู้อื่นทั้งในที่ทำงานและชุมชน มีการพูดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และอาจมีการแสดงความคิดเห็นและยกย่องชมเชยผู้อื่นในชุมชนหรือในที่ทำงาน (สิริย์ลักษณ์ ไชยลังกา, สุระพรรณ พนมฤทธิ์ม, พร บุญมี, จรรยา แก้วใจบุญ และเฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2552) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีสถานภาพสมรสคู่อาจทำให้ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลที่เป็นที่รักและไว้วางใจสามารถที่จะเปิดใจพูดคุย ปรึกษาข้อคับข้องใจ ร่วมทำกิจกรรมด้วยกันในครอบครัว (จิตตินันท์ เตชะคุปต์, วรรณภา โพธิ์น้อย, ชุชนะ รุ่งปัจฉิม และอรวิมล เลหาหริชตนันท์, 2555) และลักษณะของสังคมไทยที่มีการให้ความสำคัญและยอมรับในระบบอาวุโส ไม่นิยมความรุนแรง หลีกเลียงการมีปัญหาคัดแย้งกับผู้อื่น ชอบการประนีประนอม (ปรวัน แพทยานนท์, 2556) การวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของอรรพรรณ ใจแก้ว (2551) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวและมารับบริการในสถานบริการแห่งนี้จะได้รับทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดต่างๆ เช่น การทำสมาธิ การพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน เป็นต้น ดังนั้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคดังกล่าวลงได้ (Kulkarni, O'Farrell, Erasi, & Kochar, 1998) การนับถือศาสนาพุทธทำให้เข้าใจหลักคำสอนที่ว่าเกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องปกติของสิ่งมีชีวิตบนโลก จึงรู้จักปล่อยวาง มีสติ ยึดหลักสายกลาง รู้จักทำบุญ เกิดการยอมรับความเจ็บป่วยว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นการจัดการกับความเครียดอีกวิธีหนึ่ง (ชมพูนุช ศรีจันทร์นิล, 2552) และการมีคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัวที่ให้ความรัก กำลังใจ และ

ช่วยเหลือให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพ ถือเป็นการช่วยจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Becker, 1974; Brillhart, 1988) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของกิงกาญจน์ สิทธิชันแก้ว (2557) ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและมีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว การมีบุคคลคอยให้การสนับสนุน และช่วยเหลือดูแล การมีโรคประจำตัว และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น ซึ่งให้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2554) ณัชชา โพระตก (2555) จารุวรรณ ป้อมกลาง (2557) ปุรินทร์ ศรีศัลลักษณ์ (2557) และ Mallick (2010) ที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและด้านโภชนาการในระดับปานกลาง ดังนั้น พยาบาลควรพิจารณาวางแผน และพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นแนวทางในการ



สอน หรือฝึกอบรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาล และประชาชนทั่วไป ในการป้องกันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ก้องเกียรติ ภูมัทธกันทรากกร. (บรรณาธิการ). (2554). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพฯ: บริษัท นีโอ ดิจิตอล จำกัด.
- กิ่งกาญจน์ สิทธิชนแก้ว. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร่วมกับยารับประทาน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 102-112.
- กุลฤดี จิตตยานันท์. (2556). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลประมงสาธารณสุข*, 23(3), 110-121.
- จารุวรรณ ป้อมกลาง. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(2), 155-67.
- จิตตินันท์ เตชะคุปต์, วรรณภา โพธิ์น้อย, ชุษณะ รุ่งปัจฉิม และอรวิณี เลหาหิศจิตนันท์. (2555). *การพัฒนาองค์ความรู้และสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ครอบครัวศึกษาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์: ครอบครัวกับความพอเพียง*. สืบค้นจาก <http://ird.stou.ac.th/dbresearch>
- ชมพูนุช ศรีจันทร์นิล. (2552). จิตวิทยาแนวพุทธ: แนวทางเพื่อการเยียวยา และพัฒนาจิตใจมนุษย์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย*, 29(4), 188-208.
- ณัชชา โประดก. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิคในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปรวัน แพทยานนท์. (2556). *ตัวละครและสไตล์การแสดงในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย: กรณีศึกษาภาพยนตร์ไทยที่ได้รับรางวัลภาพยนตร์สุพรรณหงส์* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาศิลปวัฒนธรรมวิจัย). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปริญทร์ ศรีศศลักษณ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). Stroke ฆาตกรเงียบ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.
- วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง. (2547). *พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส สีนทกุล, พัสมณต์ คุ่มทวีพร และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*, 26(ฉบับพิเศษ), 140-53.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2 วัยรุ่น - วัยสูงอายุ)*. พิมพ์ครั้งที่ 8 แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



ศุภวรรณ ป้อมจันทร์. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สฤณา บุญนารากร. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย.สงขลา : เทมการพิมพ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). จำนวนและอัตราตาย 11 โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนน ต่อประชากรแสนคนปี 2550-2556 จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตาม สคร. 12 เขต และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร). สืบค้นจาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>

สมสมัย สุธีรศานต์ และวัชรีย์ จงไพบุลย์พัฒนา. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วารสารพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 23(1), 91-107.

สิริย์ลักษณ์ ไชยลังกา, สุระพรรณ พนมฤทธิ์ม พร บุญมี, จรรยา แก้วใจบุญ และเฉลิมพรรณ เมฆลอย.(2552). ความมั่นคงทางอารมณ์และความสามารถในการเผชิญปัญหา และพื้นผ่าอุปสรรคของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. สืบค้นจาก <http://mis.bcnpy.ac.th/webapp/research/myfile/4-52.pdf>

สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอบะ และนุศรา วิจิตรแก้ว. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 1(1), 100-111.

สุมาลี วัจนการ, ชูติมา ผาดิดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-547. สืบค้นจาก <http://mis.bcnpy.ac.th/webapp/research/myfile/4-52.pdf>

อัญญา คูอาริยะ, ศศิธร ชิดนาฮี, วราภรณ์ ยศทวี, เสาวลักษณ์ เนตรชัง และนิศารัตน์ นาคทั้ง. (2557). พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 6(1), 48-62.

อรรธรณ ใจแก้ว. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Slack
Brainin, M., Teuschl, Y., & Matz, K. (2014). Common risk factors and prevention. In M. Brainin, & W. D. Heiss (Eds.), *Textbook of stroke medicine* (pp.89-104). New York: Cambridge University Press.

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R., (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381-98.

Brillhart, B. (1988). Family support for the disabled. *Rehabilitation Nursing*. 13(6), 316-319.

Daniel, K., Wolfe, D.A., Busch, M. A., & McKevitt, C. (2009). What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke, United States of America (USA)*, 40, 431-440. doi:10.1161/STROKEAHA.108.534487



- Gorelick, P. B., (2009). Burden of stroke and risk factors. In N. M. Bornstein (Ed.), *Stroke: Practical guide for clinicians* (pp.9-23). Basel: Karger Medical and Scientific Publishers.
- Hennerici, M. G., Kern, R., Szabo, K., & Binder, J. (2012). *Stroke*. Great Britain: Oxford University Press.
- Hotson G. (2009). *Spiritual practices and mental health: Predictors of a positive relationship*. Retrieved from http://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/21507/Hotson_Spiritual_practices.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Januszewicz, L., & Buesch B. (2014). Neurologic disorders and therapeutic management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (7th ed., pp.646-680). Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Kang, Y., Yang, I., & Kim, N. (2010). Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research*, 4(1), 45-55.
- Kulkarni, S., O'Farrell, I., Erasi, M., & Kochar, M. S. (1998). Stress and hypertension. *Wisconsin Medical Journal*, 97(11), 34-38.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Mallick, D. R. (2010). *Perceived health status, Perceived self-efficacy, and health promoting behaviors of bangladeshi postpartum women*. Retrieved from <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/7823/1/325993.pdf>
- McClellan, S., Gillespie, J., Garg, L., Barton, M., Scotney, B., & Kullerton, K. (2014). Using phase-type models to cost stroke patient care across health, social and community services. *European Journal of Operational Research*, 236(1), 190-199.
- National Stroke Association. (2009). *Stroke risk scorecard*. Retrieved from http://www.stroke.org/sites/default/files/resources/RiskStrokeScorecard_Eng.pdf
- Pedelty, L., & Gorelick, P. B. (2013). Stroke risk factors: Impact and management. In M. T. Torbey, & M. H. Selim (Eds.), *The stroke book* (2nd ed., pp. 332-346). New York: Cambridge University Press.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3th ed.). New York: Appleton & Lange.
- Primanda, Y., Kritpracha, C., & Thaniwattananon, P. (2011). Dietary behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus in yogyakarta, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 211-223.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Silverman, I. E., & Rymer, M. M. (2012). Stroke basics. In I. E. Silverman, M. M. M. Rymer, & L. M. Ruilope. (Eds.), *Blood pressure management and stroke : Visual guide for clinicians* (pp.1-15). Oxford: Atlas Medical Publishing.
- Thanavaro, J. L., Thanavaro, S., & Delicath, T. (2010). Health promotion behaviors in women with chest pain. *Heart and Lung*, 39(5), 394-403



Translated Thai Referances

- Kulkantrakorn, K. (2011). *Modern neurology*. Bangkok: Neo Digital company limited. (in Thai)
- Sittikankaew, K., & Navicharoen, R. (2014). Factors related to health promoting behaviors of type 2 diabetes patients with insulin and oral agent therapy. *Journal of The Police Nurse*, 6(1), 102-112. (in Thai)
- Chittayanun, K. (2013). Self care experience of diabetic patients in Tambol Lad Bua Khao, Ban Pong District, Ratchaburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(3), 110-121. (in Thai)
- Pomklang, J. (2014). Factors predicting health promoting behaviors of breast cancer survivors in extended survivorship. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(2), 155-67. (in Thai)
- Tejagupta, C., Phanoi, W, Rungpatchim, C., & Laoharachtanant, O. (2012). *Kan pattana ong kawm roo lae sara sonted pua kan rean roo krobkruo sueksa pan sue electronics: kraobkruo kab kawm porpeang [Development of knowledge and information for e-family learning: Self-sufficiency family]*. Retrieved from <http://ird.stou.ac.th/dbresearch> (in Thai)
- Srijannil, C. (2009). Buddhist psychology: the way to heal suffering and cultivate personal mental health. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal*, 29(4), 188-208. (in Thai)
- Poradok, N. (2012). *The factors influencing health-promotive behaviors amongst metabolic syndrome risk group in the middle adult male at a community in Kanchanaburi Province*. Unpublished master's thesis, ChristianUniversity of Thailand, Thailand. (in Thai)
- Pattayanon, P. (2013). *Character and acting styles of Thai films in Thai culture and social context : Case study of Thailand National Film Association Awards (subhanahongsa awards)*. Unpublished Doctoral thesis, Srinakharinwirot University, Thailand. (in Thai)
- Srisodsuluk, S. (2014). *The factors influencing health promoting behaviors of nurse instructors under the Central Network Nursing College of Ministry of Public Health*. Unpublished master's thesis, Christian University of Thailand, Thailand. (in Thai)
- Daengsuwan, P. (2007). *Stroke* (2nd ed.). Bangkok: Klai More. (in Thai)
- Saksuriyaphadung, W. (2004). *Eating for health of menopausal women attending the menopausal clinic at Nakhornpathom Hospital*. Unpublished master's thesis, Silpakorn, Thailand. (in Thai)
- Wirojratana, V., Leelahakul, V., Khumtaveeporn, P., & Punsakd, W. (2011). Health promoting behaviors and health risks of the elderly in the healthpromotion center at faculty of nursing, mahidol university. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(Special Issue), 140-53. (in Thai)
- Kaewkangwal, S. (2002). *Jitwittaya pattanakan chevit took chuong wai (lem song wai roon – wai soong ayu (pim krang thi 8) [Psychology development (Volume 2 adolescent – aging) (8th ed.)]*. Bangkok: Thammasat university. (in Thai)
- Pomchan, S. (2008). *Health promoting behaviors among hypertensive patients at the Phisalee Hospital, Nakhon Sawan Province*. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)



- Boonnarakorn, S. (2011). *Kan sang serm sukkaphab bab onk ruam took chuong wai [Hollisticcal health promotion]*. Songkla: Thame karnpimp. (in Thai)
- Bureau of non communicable disease, Department of disease control, Ministry of public health. (2014). *Jumnuan lae attar tai 11 roke mai tidtor lae ubadtihate tang tanone tor prachakorn san kon pee 2550 – 2560 jumnaek tam jangwad nai kate borikan sataranasook lae jumnaek tam soe kor roe 12 kate lae parb ruom prated (ruom krungtep mahanakorn) [Number and mortality rate 11 non-communicable diseases and road accidents Per capita population in 2007-2013 by province in the health service area and classified by 12 districts and country overview (Including Bangkok)]*. Retrieved from <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> (in Thai)
- Sutherasan, S., & Jungpaiboonpatana, W. (2011). Factors influencing health promoting behaviors among professional nurses in nursing service division, government university hospital. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn Universit*, 23(1), 91-107. (in Thai)
- Chailungka, S., Panomritt, S., Boonmee, P., Kaewjaiboon, J., & Mekloy, C. (2009). *Kawm man kong tang arom lae kawm samart nai kan pashern panha lae funfaa oopasak khong naksueksa payabarnsad bunted wittayalai payaban baromratchachonnanee payao [Emotional stability and adversity quotient among student at boromarajonani college of nursing, phayao]*. Retrieved from <http://mis.bcnpy.ac.th/webapp/research/myfile/4-52.pdf> (in Thai)
- Ounprom, S., Oba, N., & Vichitkaew, N. (2007). Effects of Health Educational Program on Health Promotion Behaviors Among. *Journal of Nursing and Health Science*, 1(1), 100-111. (in Thai)
- Wungthanakorn, S., Phatidumrongkul, C., & Khomchan, P. (2008). Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. *Songkla Med J*, 26(6), 539-547. (in Thai)
- Koariyakul, A., Chidnayee, S., Yottavee, W., Netchang, S., & Naktang, N. (2014). Health promoting behaviors of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit's Officers. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 6(1), 48-62. (in Thai)
- Jaikaew, O. (2008). *Health promoting behaviors and associated factors among patients with chronic obstructive pulmonary disease at Kokha Hospital, Lamphang Province*. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)