



**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว**
**Factors Related to Health Behaviors Among Persons
with Transient Ischemic Attack**

ณัฐวุฒิ	บุญสนธิ *	Natthawut	Bunsonti *
ประทุม	สร้อยงค์ **	Pratum	Soivong **
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช **	Chiraporn	Tachaudomdach **

บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวควรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 86 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือวิจัยพัฒนาโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า

1. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 40.70 ระดับต่ำร้อยละ 37.21 และระดับสูงร้อยละ 22.09 ตามลำดับ
2. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = -0.25, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r_s = 0.36, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Co-responding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 18 เมษายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 7 ตุลาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 10 มกราคม 2560

สุขภาพ ($r_s = -0.36, p < .01$) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่พบในส่วนของรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว โดยลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ กิจกรรมดังกล่าวควรปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

Abstract

Persons with transient ischemic attack (TIA) are more likely to experience a severe stroke. Therefore, these people with TIA should follow an appropriate healthy behavior. This descriptive correlational study aimed to explore the relationship between factors, which included perceived susceptibility to stroke, perceived seriousness to stroke, perceived benefits of performing health behavior, perceived barriers of performing health behavior, and health behavior among persons with TIA. The sample included eighty-six persons with TIA attending the outpatient clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Saraburi Hospital from July to September 2016. Research instruments consisted of: 1) The Health Behaviors Among Persons with Transient Ischemic Attack Questionnaire, 2) the Perceived Susceptibility to Stroke Questionnaire, 3) the Perceived Seriousness to Stroke Questionnaire, 4) the Perceived Benefits of Performing Health Behavior Questionnaire, and 5) the Perceived Barriers of Performing Health Behavior Questionnaire. All instruments were developed by researcher. Content validity of instruments was approved by experts in the field and reliability was tested prior to collecting data. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation.

Results revealed that:

1. The health behaviors of samples were at a moderate level (40.70%), low level (37.21%), and high level (22.09 %).

2. Health behavior was statistically significant low negative associated with perceived susceptibility to stroke ($r_s = -0.25, p < .05$); significant moderate positive associated with perceived benefits of performing health behavior ($r_s = 0.36, p < .01$); significant moderate negative associated with perceived barriers of performing health behavior ($r_s = -0.36, p < .01$). However, there was no association between health behaviors and perceived seriousness to stroke.

The results of this study confirm the relationships between health behavior and factors based on a framework proposed by Becker (1974) in recognition of the perceived benefits of performing

health behaviors and perceived barriers of performing health behaviors, but was inconsistent in perceived susceptibility to stroke and perceived seriousness to stroke. Further study should develop a care model for persons with TIA by reducing barriers of performing health behavior in order to perform an appropriate and consistent health behavior. These activities should be adapted to the lifestyles of persons with TIA.

Keywords: *Factors Related, Health behavior, Persons with transient ischemic attack*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attack [TIA], หรือ mini-stroke) เป็นชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีความผิดปกติของการขาดเลือดไปเลี้ยงในบางบริเวณของสมอง ทำให้มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ชา พูดลำบาก หรือมีอาการเห็นภาพซ้อน เป็นต้น โดยมีอาการคงอยู่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจไม่หลงเหลืออาการผิดปกติใด ๆ (Easton et al., 2009) โดยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีสาเหตุจากเส้นเลือดในสมองมีการอุดตัน ตีบ หรือแตก ส่งผลทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลัน นำไปสู่ความพิการหรืออาจทำให้เสียชีวิตภายในเวลา 24 ชั่วโมงได้ (Heron et al., 2009) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ร้อยละ 87 (World Stroke Organization [WSO], 2015) และในจำนวนนี้พบผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวถึงร้อยละ 15 (Hankey, 2003) โดยในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายหลังได้รับการวินิจฉัย 1 ถึง 5 ปี ถึงร้อยละ 45.57 และมีความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (Tansakul & Tiampakao, 2010)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวอาจระงับหายไปภายในเวลา 1 ชั่วโมง ถึง 24 ชั่วโมง มักจะไม่มีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ (Easton et al., 2009) แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดการ

เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นจะส่งผลทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Mackay & Mensah, 2004) สูญเสียความจำ มีความบกพร่องในการสื่อสาร (Linton, 2000) ด้านจิตใจ พบว่า เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมพบว่าเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง รู้สึกเป็นภาระกับครอบครัว และด้านเศรษฐกิจพบว่ารัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 162,664.97 บาทต่อปี (Prasat Neurological Institute, 2009) นอกจากนั้นยังเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคดังกล่าวอีกด้วย (Kunyodying, 2015)

จากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม เป็นต้น และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation [AF]) ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน (Lee et al., 2014) และความเครียดเรื้อรังเนื่องจากมีผลต่อการเต้นของหัวใจและทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (O'Donnell, Denis, & Liu, 2010) สำหรับปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวสามารถปฏิบัติได้คือการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตซึ่งก็คือพฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการงดสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (Kernan et al., 2014) ด้านการรับประทานยา (Zhang et al., 2015) ด้านการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ Kernan et al. (2014) และด้านการจัดการความเครียด (Lee et al., 2014) โดยการศึกษาที่ผ่านพบเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Chiangtong, 2011) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (Vazini & Barati, 2014) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Riounin, 2007) และกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Phuritakul, 2004) ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและแม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน เช่น โรคเบาหวานก็พบว่ามียกระดับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยที่ผ่านมามีข้อจำกัด ไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีลักษณะการเจ็บป่วยที่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยจะไม่มีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ หรืออาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่เล็กน้อย (Easton et al., 2009) จึงควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

หากพิจารณาตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใดเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา ระยะเวลาการเป็นโรค

และความรู้เรื่องโรค เป็นต้น 2) ปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นการกระทำหรือสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเป็นสิ่งชักนำภายใน (internal cues) ที่เป็นการรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เป็นต้น และ 3) การรับรู้ของบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) หากบุคคลคิดว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น บุคคลนั้นก็จะมีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) โดยบุคคลประเมินจากความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือประเมินจากอาการทางคลินิก และประเมินจากความยากลำบากทางสังคม เช่น ครอบครัว หรือหน้าที่การงาน เป็นต้น หากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) การที่บุคคลรู้ถึงผลลัพธ์ทางบวกของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers to action) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอันจะทำให้หลีกเลี่ยงหรือมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือก 4 ปัจจัย คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพบการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (Chiangtong, 2011 ; Duangkaew, 2008; Hwasoo, Seungmi, & Lijuan, 2015; Phuritakul, 2004; Riounin, 2007; Yasser et al., 2015) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้

ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง แม้จะเป็นกลุ่มโรคเดียวกันก็พบว่ามีความสัมพันธ์แตกต่างกัน ดังนั้นในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ซึ่งมีลักษณะการเจ็บป่วยที่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นอาจมีข้อค้นพบของความสัมพันธ์ที่เหมือนหรือแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาได้ ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวและการวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวจะได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษา อธิบายได้ว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงควรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการงดสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 4) ด้านการรับประทานยา 5) ด้านการงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และ 6) ด้านการจัดการความเครียด จึงมีความจำเป็น แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวอาจมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สม่ำเสมอหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อาจทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามหากมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงอาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอได้

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบวิจัย
การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2559 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Polit & Hunger, 2010) กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ต่อโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีเท่ากับ 1:1 ดังนั้นมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในสองสถานที่ศึกษาแต่ละ 43 คน รวมทั้งสิ้น 86 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดคืออายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การฟัง การพูด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว และ 6) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว โดยเครื่องมือชุดที่ 2 ถึงชุดที่ 6 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.91, 1.00, 1.00, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความเชื่อ

มั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ(test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ค่าเท่ากับ 0.90 ส่วนเครื่องมือวิจัยชุดที่ 3 ถึงชุดที่ 6 ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95, 0.89, 0.92 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ EXP-028-2559 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ NONE-2559-03916 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่โครงการ 079/2559 โดยผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการทำวิจัยในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในท้องที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนาหาความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 เป็นเพศชาย อายุ

ตั้งแต่ 35-64 ปี (\bar{X} = 49.67, SD = 8.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.21 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.23 และประถมศึกษา ร้อยละ 26.74 ตามลำดับ ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 24.42 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 67.44 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประเมินว่ามีรายได้เพียงพอ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมาแล้ว 3 เดือน ถึง 6 เดือน ถึงร้อยละ 51.16 รองลงมาคือ 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 26.74 กลุ่มตัวอย่างทุกคนมารับการตรวจตามนัดทุกครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นมารดา ร้อยละ 20.93 และบิดา ร้อยละ 15.12 ตามลำดับ ร้อยละ 51.16 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ที่ได้รับนั้นมาจากเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล ร้อยละ 34.88 อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 22.09 และสื่อสิ่งพิมพ์/ป้ายโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 13.95 ตามลำดับ

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 37.21) และระดับสูง (ร้อยละ 22.09) ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 54 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง

3. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = -0.25, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r_s = 0.36, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r_s = -0.36, p < .01$) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 86)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	พฤติกรรมสุขภาพ	
	Spearman's rho (rs)	p value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	-0.25*	<.05
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.19 ^{ns}	>.05
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	0.36**	<.01
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-0.36**	<.01

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

คำถามข้อที่ 1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเป็นอย่างไร

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 37.21)

และระดับสูง (ร้อยละ 22.09) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างเกินสองในสามยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 เพศ โดยพบว่าเพศหญิงมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง มักสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้น ส่วนเพศชายมักขาดความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งเพศหญิงมักมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพและมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่าเพศชาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำได้

ประการที่ 2 สถานภาพทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 25,000 บาท ซึ่งรายได้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมได้ (Anurak, 1999) เนื่องจากการมีรายได้น้อยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย นอกจากนี้การประกอบอาชีพที่ต้องมีการออกแรงมากและเวลาของการทำงานที่ไม่แน่นอน อาจทำให้มีการออกกำลังกายลดลง หรือไม่ได้ออกกำลังกาย ดังจะเห็นได้จากข้อคำถามพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีการปฏิบัติเลย คือการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 40.70) และการออกกำลังกายในระดับปานกลาง อย่างน้อย 40 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 16.28) การออกกำลังกายที่ลดลงนี้อาจด้วยเหตุของการประกอบอาชีพที่ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย หรือเป็นเพราะการคิดว่าตนมีการออกแรงขณะประกอบอาชีพอยู่แล้ว (Sam-ang-goon, 2004)

ประการที่ 3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังมักต้องใช้เวลาระยะหนึ่งที่จะทำให้เชื่อมั่นในการรักษา รวมถึงการที่จะต้องปรับตัวเข้ากับอาการเจ็บป่วยต้องอาศัยระยะเวลา โดยในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 1-3 ปีถึง 3 ปีขึ้นไปจึงจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ (Evci et al., 2012; Phuritakul, 2004; Riounin, 2007) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 6 เดือน (ร้อยละ 51.16)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการวิจัยในกลุ่ม

ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (Chiangtong, 2011; Masri, 2011) และพบเช่นเดียวกับการวิจัยในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Phuritakul, 2004) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเหมือนกัน และมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและไม่สม่ำเสมอ

คำถามข้อที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวหรือไม่ อย่างไร

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 1) แสดงว่าหากมีรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำจะพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง หรือในทางกลับกันหากพบพฤติกรรมสุขภาพสูงจะพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงน้อย ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง และแตกต่างกับการวิจัยที่ผ่านมาในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (Chiangtong, 2011; Hwasoo et al., 2015; Tafti et al., 2015; Yasser et al., 2015) ที่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้พฤติกรรมสุขภาพทางบวกในระดับต่ำถึงสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงระยะเวลาเริ่มต้นของการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างอาจมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคอยู่ในระดับสูง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อระยะเวลาผ่านไปกลุ่มตัวอย่างยังคงมีการที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ เมื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่ำเนื่องจากได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้ว (Brewer et al., 2004)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งไม่ปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของการวิจัยที่กล่าวว่าหากบุคคลใด ๆ เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของตนจะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากโรค นั้น ๆ (Becker, 1974) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังคงมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ กลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าเป็นโรคที่ค่อนข้างไกลตัวจึงให้ความสนใจกับโรคดังกล่าว น้อย (Chiangtong, 2011) ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Duangkaew, 2008; Sullivan et al., 2008) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงสูงกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการวิจัยเหล่านี้ได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงและทรมาณ หากไม่สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนได้จะมีผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของตนจึงอาจเป็นแรงผลักดันทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากโรค

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าหากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สูงด้วย ผลการวิจัยนี้ยืนยันทฤษฎีความเชื่อสุขภาพของ Becker (1974)

ที่กล่าวว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Duangkaew, 2008; Hwasoo et al., 2015; Tafti et al., 2015; Vazini & Barati, 2014) ซึ่งการวิจัยเหล่านี้ได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การรับประทานยา การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าหากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำด้วย ผลการวิจัยนี้ยืนยันทฤษฎีความเชื่อสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ น้อย ซึ่งอุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นก็ได้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการศึกษาของการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทั้ง (Hwasoo et al., 2015) ซึ่งการวิจัยเหล่านี้ได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ การไม่มีเวลา และรายได้ น้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ไม่สม่ำเสมอ

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเพศ อาชีพ เศรษฐฐานะ และระยะเวลา การเจ็บป่วย ในส่วนของความสัมพันธ์ของปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินว่าตนเองเสี่ยงและเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะมีความรุนแรงจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางที่มีการประเมินเพียงครั้งเดียวจึงอาจพบความสัมพันธ์ที่แตกต่างจากกรอบแนวคิดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรค

ดังกล่าวข้างต้นนี้ โดยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ และการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 ปีขึ้นไป
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

เอกสารอ้างอิง

- Anurak, Y. (1999). *Health Education Process and Health Behavior Development "Forward the year 2000"*. Bangkok: Sigma Design Graphic.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare: Slack.
- Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cutite, C. L., & Herrington, J. E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine Journal*, 27(125), doi:10.1207/s15324796abm2702_7
- Chiangtong, K. (2011). *Relationships between the health belief model, warning signs perception and management of stroke behavior in the risk group of stroke, Doi Saket District, Chiang Mai Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Duangkaew, N. (2008). *Health belief and preventive of risk group diabetes mellitus in Ko Kha District, Lumpang Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Easton, J. D., Saver, J. L., Albers, G. W., Albers, M. J., Chaturvedi, S., Feldmann, E., ... Sacco, R. L. (2009). Definition and evaluation of transient ischemic attack. *Stroke*, 40(2), 276–293.
- Evcı, E. D., Ergin, F., Saruhan, G., Benli, C., Beser, E., Okur, O., & Okyay, P. (2012). Prevalence and predictors of burden among family caregivers of the elderly in a Western City in Turkey: A community-based, cross-sectional study. *Journal of Medicine and Medical Sciences*, 3(9), 569-577.
- Hankey, G. J. (2003). Long-Term Outcome after Ischemic Stroke/Transient ischemic Attack. *Cerebrovasc Diseases*, 16(1), 14–19. doi:10.1159/000069936

- Heron, M., Hoyert, D. L., Murphy, S. L., Xu, J., Kochanek, K. D., & Tejada-Vera, B. (2009). Deaths: Final data for 2006. *National Vital Statistics Reports*, 57(14), 1-135.
- Hwasoo, G., Seungmi, R., & Lijuan, X. (2015). A structural model of health behaviors modification among patients with cardiovascular disease. *Applied Nursing Research*, 29(2016), 70-75. doi:10.1016./j.apnr.2015.06.005.
- Kernan, W. N., Ovbiagele, C. B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., ... Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 48(1), 1-96. doi:10.1161/STR.0000000000000024
- Kunyodying, T. (2015). *Dependency of the elderly with stroke, caregiver burden, social support and quality of life among older caregivers* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Laothiang, A. (2007). *Health Belief and Health Behaviors Among Persons with Diabetes Mellitus, Hod Hospital, Chiang Mai Province* (Master's thesis' Chiangmai University). (In Thai)
- Lee, H. R., Ham, O. K., Lee, Y. W., Cho, I., Oh, H. S., & Rha, J. H. (2014). Knowledge, health-promoting behaviors, and biological risks of recurrent stroke among stroke patients in Korea. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(2), 112-120. doi:10.1111/jjns.12013
- Linton, A. D. (2000). *Introductory nursing care of adult*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mackay, J., & Mensah, G. A. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Retrieved from www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm
- Masri, L. (2011). *Health behavior modification for prevent stroke in risk group using empowerment process at Banlan Sub-District, Banphai District, Khon Kaen Province* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- O'Donnell, M. J., Denis, X., & Liu, L. (2010) Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries: A case control. *The Lancet*, 376(9735), 112-123.
- Phuritakul, C. (2004). *Health belief and health behaviors among coronary artery disease patients with dyslipidemia* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (2010). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prasat Neurological Institute. (2009). *Educational Report for Development of Tertiary Medical System and Beyond in the area of Stroke*. Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Riounin, R. (2007). *Health Beliefs and Disease Control Behaviors Among Persons with Hypertension in Primary Care Unit of Li Hospital, Lamphun Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Sam-anggoon, S. (2004). *Personality Psychology Millennium*. Chiangmai: Chiangmai University. (In Thai)
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., Chang, A., Roos, C., & Scott, C. (2008). Predicting behaviour to reduce stroke risk in at-risk populations: The role of beliefs. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 53(4), 505-512.

- Tafti, A., Mazloomi, S. S., Morowatisharifabad, M. A., Ardakani, M., Rezaei pandari, H., & Lotfi, M. H. (2015). Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model. *Global Journal of Health Science, 7*(5), 33-42. doi:10.5539/gjhs.v7n5p33
- Tansakul, T., & Tiamkao, S. (2010). Practice Guidelines for Hemorrhagic Stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, 5*(4), 36-39. (In Thai)
- Vazini, H., & Barati, M. (2014). The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes & Obesity, 6*(3), 107-113.
- World Stroke Organization. (2015). *Types of stroke*. Retrieved from <http://strokeassociation.org/>
- Yasser, M. A., Pharm, D., Kavookjian, J., Ekong, G., Pharm, B., Meshari, M., ... Alrayees, M. S. (2015). the association between health beliefs and medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 12*(2015), 1-12. doi:10.1016/j.sapharn
- Zhang, C., Zhao, X., Wang, C., Liu, L., Ding, Y., Akbary, F., & Null, N. (2015). Prediction factors of recurrent ischemic events in one year after minor stroke. *The public library of science, 10*(3), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0120105