

บทความวิจัย

การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง¹

Illness Representation and Recurrence Prevention Behaviors in Elderly with Stroke¹

อรอุมา คงแก้ว² ขนิษฐา นาคะ^{3*} จารุวรรณ กฤตย์ประชา³
Onauma Kongkaew² Kanittha Naka³ Charuwan Kritpracha³

¹งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

¹Granting supported by Graduate School, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

²นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Master Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*Corresponding author: kanittha.n@psu.ac.th

Received 4 July 2018 • Revised 19 August 2019 • Accepted 31 August 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 105 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือเป็นแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .90, .83, .86 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = .28$) พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.16, SD = .39$) และการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเพื่อปรับการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การรับรู้การเจ็บป่วย; พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ; ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The purpose of this descriptive correlational design was to examine the relationship between illness representation and behaviors to prevention stroke recurrence in elderly with stroke. The sample of study consisted of 105 elderly with stroke purposively recruited from community hospitals, Suratthani province. The illness representation and behaviors to prevent stroke recurrence were assessed by Illness Representation Questionnaires and Recurrent Prevention Behaviors in Elderly with Stroke Questionnaire. Content validity of the questionnaires was checked by three experts. The test-retest reliability of the Identity, Cause, the Illness Representation components, and the Recurrence Prevention Behaviors in Elderly with Stroke Questionnaire were .90, .83, .86, and .86, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation.

The results were as follows: the score of perceived illness representation with stroke was at the moderate level ($M = 3.58$, $SD = .28$). The total score of behaviors to prevent stroke recurrence was at the high level ($M = 3.16$, $SD = .39$). The score of perceived illness representation was moderately positively related to the score of behaviors to prevent stroke recurrence ($r = .33$, $p < .001$).

The results of this study could be used as important foundation information to plan appropriate nursing intervention. Illness representation based nursing intervention will be useful to promote behaviors in recurrence prevention elderly with stroke.

Keywords: behaviors to prevent stroke recurrence; elderly with stroke; illness representation

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก¹ ได้ประมาณการกันว่าในทุกๆ ปี มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 17 ล้านคนทั่วโลก พบอัตราการเสียชีวิต 6.5 ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา² ในประเทศไทยจากรายงานสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข³ พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ และพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของกลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 299,172 ราย 342,895 ราย และ 374,668 ราย ตามลำดับ ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรืออีก 3 ปีข้างหน้า⁴ ผู้สูง

อายุเป็นกลุ่มวัยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสูง โดยมีการเสื่อมถอยตามวัยอยู่แล้วร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบเพิ่มขึ้นตามอายุ พบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในผู้มีอายุ 65 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 17 เมื่ออายุ 80 ปี⁵ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคมากขึ้นถึง 3 เท่า หรือมากกว่าร้อยละ 20-30⁶

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ในสมองของผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลทำให้เกิดความพิการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าครั้งแรกที่เป็น⁵ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 1 ใน 4 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือประมาณ 9 เท่าของผู้ที่ไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน^{5,7} โดยพบว่าในเดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 14 และพบว่าภายใน 5 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสการเกิดเป็นซ้ำ ร้อยละ 40 ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทย พบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุ โดยพบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในปีแรก ภายใน 5 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 29.11, 45.57 และ 25.32 ตามลำดับ^๑ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง และผู้ป่วยทั้งหมดมีโรคร่วม ได้แก่ มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวาน และโรคอ้วน รวมทั้งเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมากกว่า 1 ปี และยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่^๑ สำหรับประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิตไม่ดี (ร้อยละ 34.78) การควบคุมเบาหวานไม่ดี (ร้อยละ 34.78) การควบคุมไขมันในเลือดสูงไม่ดี (ร้อยละ 21.74) การหยุดยาเอง (ร้อยละ 21.75) และขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่อง (ร้อยละ 4.35)^{๘, 10} รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม¹¹ และผู้ป่วยไม่มารับการติดตาม ทำให้ขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า อาการหายดีแล้ว ไม่ต้องรับประทานยาอีก และมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ¹²

การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้ โดย Leventhal, Brissette, Leventhal¹³ และ Leventhal, Phillips, Burns¹⁴ ได้เสนอกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Common-sense model of self-regulation of health and illness) ที่กล่าวถึงการรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (illness representation) ของบุคคลซึ่งสะท้อนไปถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆ ตอบสนองออกมาในลักษณะต่างๆ เพื่อจัดการกับสิ่งคุกคามหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และได้มีผู้นำกรอบแนวคิดนี้ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาได้ด้วยการรับประทานยา ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ¹⁵ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา¹⁶ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมาก ทำให้มีความวิตกกังวล และความกลัวในระดับสูงจึงตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว¹⁷⁻¹⁹ แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้หายดีแล้ว และไม่ต้องรับประทานยาอีก จึงไม่มารับการรักษาของแพทย์ตามเวลาที่กำหนด¹² การรับรู้การเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรค

หลอดเลือดสมองสูงและเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้มีผลกระทบในด้านต่างๆ มากกว่ากลุ่มวัยอื่น หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคที่เหมาะสม จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมตามมา ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่ครอบคลุมทุกด้านของพฤติกรรม และยังไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย เช่น ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยเฉพาะด้านความคิดไม่ครอบคลุมด้านอารมณ์¹⁶ ศึกษาทุกกลุ่มอายุหรือศึกษาในผู้ดูแล^๑ ศึกษาเฉพาะด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ¹² และหากมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง^{20, 21} ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะทำให้เข้าใจการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
3. การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

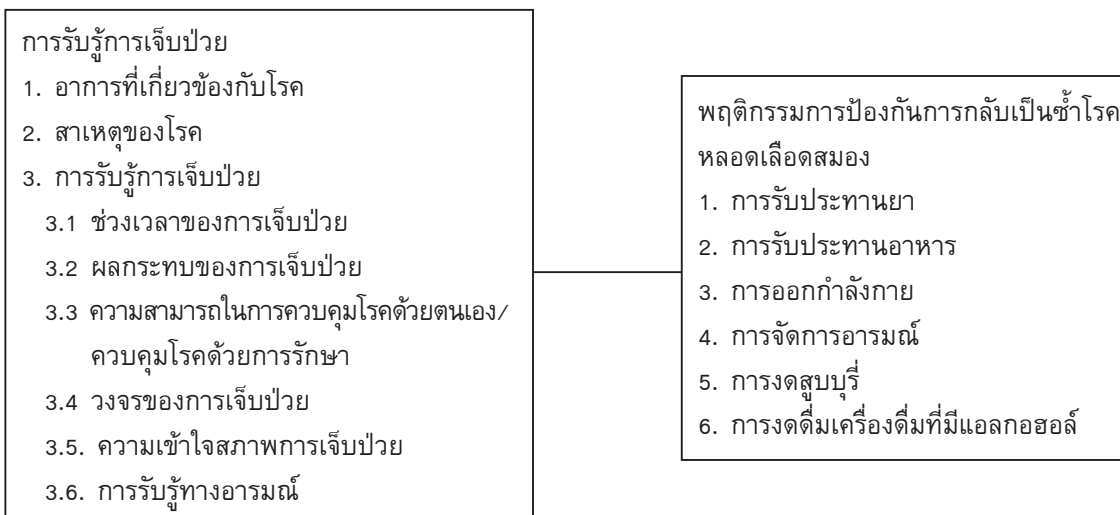
การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย และระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ 2 แนวคิดหลัก คือ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (The common-sense model of self-regulation [CMS]) ของ Leventhal, Brissette, Leventhal¹³ และ Leventhal, Phillips, Burns¹⁴ และแนวคิดพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ/สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา²²

แนวคิดแรก การจัดการด้วยตนเอง (CMS) ของ Leventhal, et al.¹³ และ Leventhal, et al.¹⁴ อธิบายว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพ และตัดสินใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลนั้นเป็นโครงสร้างที่มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตัวบุคคลเอง คนรอบข้าง ข้อมูลจากบุคลากรที่มสุขภาพ จากสื่อต่างๆ หรือจากสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรวบรวมข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้ความหมายการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (illness representation) ที่ครอบคลุมองค์ประกอบการรับรู้การเจ็บป่วย 5 องค์ประกอบ คือ (1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (2) การรับรู้สาเหตุของโรค (3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรค (4) การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และ (5) การรับรู้การรักษา

และการควบคุมการเจ็บป่วย และได้มีการเพิ่มองค์ประกอบ การรับรู้การเจ็บป่วยอีก 3 องค์ประกอบโดย Moss-Morris, et al.²³ คือ (1) การรับรู้สภาพการเจ็บป่วย (2) การรับรู้วงจรการเจ็บป่วย และ (3) การรับรู้ทางอารมณ์ เพื่อให้ครอบคลุมการรับรู้การเจ็บป่วยทางกาย และทางอารมณ์ ภายหลังจากเกิดการรับรู้การเจ็บป่วยในทุกองค์ประกอบ บุคคลจะมีการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นหรือการจัดการพฤติกรรม การปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

แนวคิดที่สอง แนวคิดพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน ประกอบด้วย (1) การรับประทานยาเพื่อการควบคุมโรค (2) การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค (3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมภายหลังการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (4) การจัดการกับอารมณ์เมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยอธิบายว่าหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดังกล่าวที่เหมาะสมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้^{22,24-26}

จากทั้ง 2 แนวคิด กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยใน 8 องค์ประกอบ จะมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 6 ด้าน ได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค สรุปกรอบแนวคิดวิจัยได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 105 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผ่านคัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด เข้าใจภาษาไทย สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผ่านการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai, 2002)²⁷ ตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าอยู่ในกลุ่มไม่มีโอกาสสมองเสื่อม คือ ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุเรียนประถมศึกษา มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนนขึ้นไป และคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนี

กิจวัตรประจำวันบาร์เทิลแบบประยุกต์ (modified barthel index activity of daily living index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบสหสัมพันธ์โดยกำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ใช้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกันของ Klungthumnum, et al²⁸ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .38, p < .01$) จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน²⁹ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้เกินกว่าที่คำนวณได้ร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 17 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร (proportion to size) ของแต่ละโรงพยาบาล (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละโรงพยาบาล (N=105)

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลพนม	206	25
โรงพยาบาลบ้านตาขุน	130	15
โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม	318	38
โรงพยาบาลเคียนซา	150	18
โรงพยาบาลวิภาวดี	78	9
จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยรวม	882	105

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2018-NSt 004 ได้รับรองจริยธรรมในการวิจัยวันที่ 22 มกราคม 2561 ในการเก็บข้อมูล และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 5 โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ชี้แจง

การพิทักษ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ ประกอบด้วยอธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาของการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการศึกษาวิจัยสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตามความต้องการ และไม่มีผลกระทบใดๆ ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจและลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย 2 ส่วน มีดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai, 2002)²⁷ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น โดยมีระดับคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย

2. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่แปลงเป็นภาษาไทยและดัดแปลงแบบประเมินโดย Jitapunkul³⁰ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน มีดังนี้

1. แบบบันทึกลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และ (2) ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติโรคร่วม ประวัติการรับประทานยา ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (IPQ-R) ของ Moss-Morris et al.²³ ที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย Suttharattanakun²⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 68 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองมี 12 อาการทั่วไปของการเจ็บป่วย ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งคือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 อาการ เกณฑ์การให้คะแนนเมื่อ ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้จะอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างมากว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง มี 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้ (1) กรรมพันธุ์ 1 ข้อ (2) การได้รับการดูแลรักษาในอดีต 1 ข้อ (3) พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ 5 ข้อ (4) สภาพอารมณ์และจิตใจ 4 ข้อ (5) สรีรวิทยา 4 ข้อ (6) สิ่งแวดล้อม 2 ข้อ และ (7) ความเชื่อ 1 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท มี 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าคะแนน = 1) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าคะแนน = 5) คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแปลผล

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย 6 ด้าน มี 38 ข้อ ดังนี้ (1) ช่วงเวลาการเป็นโรค 6 ข้อ (2) ผลกระทบจากการเป็นโรค 6 ข้อ (3) ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเอง/ การควบคุมด้วยการรักษา 11 ข้อ (4) วงจรความเจ็บป่วย 4 ข้อ (5) ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย 5 ข้อ และ (6) การรับรู้ทางอารมณ์ 6 ข้อ มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท มี 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าคะแนน = 1) จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าคะแนน = 5) และคำถามด้านลบ มีการกลับค่าคะแนนเป็นตรงกันข้าม คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแปลผล

3. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยพัฒนามาจากกรอบทฤษฎีการรับรู้การเจ็บป่วย มี 15 ข้อ 6 ด้าน ดังนี้ (1) การรับประทานยา 2 ข้อ (2) การรับประทานอาหาร 7 ข้อ (3) การออกกำลังกาย 1 ข้อ (4) การจัดการอารมณ์ 2 ข้อ (5) การงดสูบบุหรี่ 2 ข้อ และ (6) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท มี 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (ค่าคะแนน = 4) จนถึงไม่ได้ปฏิบัติ (ค่าคะแนน = 0) และคำถามด้านลบ มีการกลับค่าคะแนนเป็นตรงกันข้าม คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคระดับสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแปลผล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 20 ราย คำนวณความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficients) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเท่ากัน เท่ากับ 0.86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 5 โรงพยาบาล ซึ่งสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม โรงพยาบาลเคียนซา และโรงพยาบาลวิภาวดี

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกทั้ง 5 โรงพยาบาล ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้แนะนำผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรู้จัก ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบทั้งนี้เพื่อขอความร่วมมือและเห็นคำยินยอมในใบพิกัดสิทธิ์การเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 40-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลระดับคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วย และระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปของข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการทดสอบการกระจายข้อมูลแบบปกติ (normal distributions) ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear relationship) และทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (homoscedasticity) ซึ่งข้อมูลผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 เพศชาย ร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 60-70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 69.5) อายุเฉลี่ย 68.83 ปี (SD = 7.54) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.5) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 92.4) กว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.4) มีเพียงส่วนน้อยประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 37.1 และ 7.6 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 74.3)

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีน้ำหนักเกิน ตั้งแต่ระดับ 1-3 (ร้อยละ 52.3) ที่เหลือมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผอม (ร้อยละ 37.1 และ 10.5 ตามลำดับ) ระยะที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 4.73 ปี (SD = 4.42) โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.9) มีประวัติโรคร่วมด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 96.2, 53.3 และ 27.6 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (ร้อยละ 98.1) และยาควบคุมความดันโลหิต (ร้อยละ 96.2) กว่าครึ่งไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 59.0) และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 66.7)

2. ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย

2.1 การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่ามีอาการอ่อนแรงแขน-ขาครึ่งซีก และพูดไม่ชัดมีปัญหาในการพูด (ร้อยละ 100)

รองลงมา รับรู้ว่ามีอาการใบหน้าเบี้ยว เห็นชาตามร่างกายครึ่งซีก และสูญเสียการทรงตัว เดินเซ (ร้อยละ 99, 98.1 และ 96.2 ตามลำดับ) (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=105)

อาการ*	อาการที่มีในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา		อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ่อนแรงแขน-ขาครึ่งซีก	30	28.6	105	100
พูดไม่ชัด มีปัญหาในการพูด	18	17.1	105	100
ใบหน้าเบี้ยว	14	13.3	104	99.0
มีอาการเห็นชาตามร่างกายครึ่งซีก	12	11.4	103	98.1
สูญเสียการทรงตัว เดินเซ	4	3.8	101	96.2
เวียนศีรษะอย่างฉับพลัน	5	4.8	96	91.4
มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวอย่างฉับพลัน	0	0	96	91.4
เห็นภาพซ้อน ภาพมัวหรือมีตลงอย่างฉับพลัน	3	2.9	94	89.5
ปวดศีรษะรุนแรงอย่างฉับพลัน	0	0	94	89.5
สับสนอย่างฉับพลัน	1	1.0	90	85.7
กลืนลำบาก	1	1.0	78	74.3
อาเจียน	1	1.0	56	53.3

หมายเหตุ: *ตอบได้มากกว่า 1

2.2 การรับรู้สาเหตุของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ที่เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ (1) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (M = 4.13, SD = .69) (2) พฤติกรรม

การไม่ออกกำลังกาย (M = 3.92, SD = .80) และ (3) พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม (M = 3.83, SD = .96) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=105)

การรับรู้สาเหตุของโรค	M	SD	ระดับ
ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง	4.13	0.69	สูง
พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย	3.92	0.80	สูง
อาหารหรือพฤติกรรมการกิน	3.83	0.96	สูง
ความเครียดหรือความกังวล	3.73	0.95	สูง
การสูบบุหรี่	3.71	0.96	สูง
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.70	0.94	สูง
ไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง	3.50	0.98	สูง
การมีอายุมากขึ้นหรือความชรา	3.46	0.99	สูง
สภาวะทางอารมณ์ เช่น รู้สึกแย่ รู้สึกเหงา กังวล อ้างว้าง	3.42	0.94	สูง
ปัญหาในครอบครัว หรือความกังวล ในครอบครัว	3.39	1.07	สูง
การทำงานหนัก	3.28	0.96	ปานกลาง
มลพิษต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม	3.12	0.96	ปานกลาง
การได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ	3.01	1.10	ปานกลาง
ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน	2.98	0.89	ปานกลาง
กรรมพันธุ์	2.95	1.07	ปานกลาง
โชคร้าย	2.84	1.03	ปานกลาง
ทัศนคติของตนเอง	2.79	1.05	ปานกลาง
เชื้อโรคหรือการติดเชื้อไวรัส	2.56	0.96	ปานกลาง

หมายเหตุ: M=ค่าเฉลี่ย, SD=ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58$, $SD = .28$) มีรายละเอียด ดังนี้ (ตาราง 4)

2.3.1 รับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.53$, $SD = .61$)

2.3.2 การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบ ที่รุนแรงอยู่ในระดับสูง ($M = 3.79$, $SD = .51$)

2.3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม โรคด้วยตนเองและควบคุมโรคด้วยการรักษา พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมโรคด้วยตนเองที่เป็น ผลดีต่อการเจ็บป่วย และรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับสามารถ

ควบคุมโรคและการเจ็บป่วยของโรคให้ดีขึ้นอยู่ในระดับสูง ($M = 3.70$, $SD = .38$ และ $M = 3.82$, $SD = .43$ ตามลำดับ)

2.3.4 การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดขึ้นมีทั้งช่วงที่อาการดีขึ้นและแย่ลงอยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 3.39$, $SD = .67$)

2.3.5 การรับรู้สภาพการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยและอาการที่ เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.32$, $SD = .52$)

2.3.6 การรับรู้ทางอารมณ์ พบว่า ผลของ การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนอง ของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัว วิดกกังวล อารมณ์เสียและโกรธอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.43$, $SD = .62$)

ตาราง 4 คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง ($N=105$)

การรับรู้ความเจ็บป่วย	คะแนนต่ำสุดและสูงสุด	M	SD	ระดับ
การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	2.00 - 5.00	3.53	0.61	ปานกลาง
การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย	2.00 - 4.67	3.79	0.51	สูง
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรค	2.82 - 4.55	3.75	0.34	สูง
ความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเอง	2.83 - 4.67	3.70	0.38	สูง
ความสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา	2.60 - 4.80	3.82	0.43	สูง
การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย	1.75 - 4.75	3.39	0.67	ปานกลาง
การรับรู้สภาพการเจ็บป่วย	2.40 - 4.80	3.32	0.52	ปานกลาง
การรับรู้ทางอารมณ์	1.83 - 4.83	3.43	0.62	ปานกลาง
การรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม	2.82 - 4.05	3.58	0.28	ปานกลาง

หมายเหตุ: M=ค่าเฉลี่ย, SD=ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min=ค่าต่ำสุด, Max=ค่าสูงสุด

3. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.16$, $SD = .39$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเกือบทุกด้าน อยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ด้านการรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.91$,

$SD = .28$) รองลงมาด้านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($M = 3.85$, $SD = .63$) และด้านงดสูบบุหรี่ ($M = 3.38$, $SD = .84$) และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.53$, $SD = 1.54$) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N=105)

พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD	ระดับ
การรับประทานยา	3.91	0.28	สูง
การดัดเครื่องดัดที่มีแอลกอฮอล์	3.85	0.63	สูง
การดื่มน้ำ	3.38	0.84	สูง
การจัดการอารมณ์	3.02	0.76	สูง
การรับประทานอาหาร	2.91	0.51	สูง
การออกกำลังกาย	2.53	1.54	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวม	3.16	0.39	สูง

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ตามกรอบแนวคิดของ Leventhal, Brissette, Leventhal¹³ และ Leventhal, Phillips, Burns¹⁴ อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ของตนเองที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ร่วมกับการได้รับสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอก หลังจากนั้นบุคคลมีการปรับพฤติกรรมเพื่อนำไปจัดการแก้ไขการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพตลอดจนการจัดการกับอารมณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยได้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้การเจ็บป่วยและมีการปรับพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองว่ามีอาการอ่อนแรงแขน-ขาครึ่งซีก และพูดไม่ชัดมีปัญหาในการพูด รองลงมา รับรู้ว่ามีอาการใบหน้าเบี้ยว เหน็บชาตามร่างกายครึ่งซีก และสูญเสียการทรงตัว เดินเซ (ตาราง 2) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Wongauchit¹⁶

พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการแขนขาอ่อนแรงหรือขาครึ่งซีกมากที่สุด รองลงมา คือ อาการเดินเซ และอาการพูดไม่ชัด และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Dearborn, and McCullough³¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าอาการอ่อนแรงหรือขาเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

1.2 การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองมากที่สุด รองลงมา รับรู้ว่าจะเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหรือพฤติกรรมกิน ความเครียดหรือความกังวล การสูบบุหรี่ และการดัดเครื่องดัดที่มีแอลกอฮอล์ (ตาราง 3) ผลการศึกษาที่พบอธิบายตามแนวคิดของ Leventhal, Brissette, Leventhal¹³ ได้ว่าการรับรู้สาเหตุของโรค เป็นกระบวนการที่บุคคลส่วนใหญ่ค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยของ Wongauchit¹⁶ และ Sangsongrit, et al.³² พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมัน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 การรับรู้การเจ็บป่วย ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยและให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยรวมครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 4) ผลการศึกษาที่พบ อธิบายตามแนวคิดของ Leventhal, Brissette, Leventhal¹³ ได้ว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งกระตุ้นภายในบุคคล

(internal stimuli) ให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ และให้ความหมาย การเจ็บป่วยตามสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วจึงรับรู้ความเจ็บป่วยได้ค่อนข้างชัดเจน ประกอบกับการได้รับข้อมูลจากข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโรคจากแพทย์ พยาบาล และสื่อประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการและเอกชนเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายนอก (outer stimuli) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยได้มากขึ้น

2. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับทราบยาตามแผนการรักษามากเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่ จัดการอารมณ์ และรับประทานอาหาร ตามลำดับ มีเฉพาะพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเท่านั้นที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 5) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการคลินิกเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจัดบริการเฉพาะผู้ป่วยทำให้ได้รับการสอนสุขภาพและได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเองจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารทางราชการที่เผยแพร่ข้อมูลวิชาการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอธิบายได้ว่า สิ่งกระตุ้นภายใน (ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง) และ สิ่งกระตุ้นภายนอก (คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และสื่อต่างๆ) เป็นปัจจัยส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และสะท้อนไปถึงพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่กลุ่มตัวอย่างสนองตอบออกมาเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal, Brissette, Leventhal¹³ และ สอดคล้องกับการรับรู้การเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาที่ได้รับ และการควบคุมด้วยตนเองหรือการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (ตาราง 4) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chamber, et al³³ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาสม่ำเสมอ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หมายความว่า การรับรู้การเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นด้วย อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่คุกคามชีวิต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก¹ ผู้ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยมาแล้ว จะเห็นภาพและเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน รับรู้ได้ว่าต้องใช้เวลายาวนานในการรักษา อาการของโรคที่เกิดขึ้นมีทั้งช่วงเวลาที่อาการดีขึ้นและแย่ลง มีผลกระทบอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีความพิการหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และให้ความหมายกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะมีการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการต่างๆ ตามที่ได้รับคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดการสูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับ Leventhal, Brissette, Leventhal¹³ และ Leventhal, Phillips, Burns¹⁴ ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ของตนเองที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการได้รับสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโรค ทั้งจากตัวบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว และจากทีมสุขภาพ ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล หรือการได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารทางราชการที่เผยแพร่ข้อมูลวิชาการ จากนั้นบุคคลมีการปรับพฤติกรรมเพื่อนำไปจัดการแก้ไขการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งการปรับหรือจัดการกับอารมณ์ให้สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยได้

แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีปัจจัยหรือตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาศึกษา จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

สรุป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัด สุราษฎร์ธานี จำนวน 105 ราย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58$, $SD = .28$) พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.16$, $SD = .39$) และการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2. **ด้านการวิจัย** ควรมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. **ด้านการบริหารการพยาบาล** ควรมีการจัดอบรมพยาบาลให้มีความสามารถในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

- World Stroke Organization. 2017. Campaign advocacy brochures. [internet]. [cited 2016 Oct 10]. Available from: http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures-2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf.
- World Health Organization. 2015. World stroke campaign. [internet]. [cited 2016 Oct 15]. Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>.
- Bureau of Non Communicable Diseases. Non communicable diseases report 2016 [internet]. [cited 2016 Dec 21] Available from: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.
- Foundation of Thai Gerontology Research and development Institute. Situation the Thai elderly 2014. [internet]. [cited 2016 Dec 21] Available from: <http://thaitgri.org/?p=36746>.
- World Health Organization. The WHO SREP wise approach to stroke surveillance. [internet]. Switzerland: [cited 2016 Apr 1]. Available from: http://www.who.int/ncd_surveillance/en/step-stroke_manual_v1.2.pdf.
- Allen N. B, Holford T. R, Bracken M. B, et al. Geographic variation in one-year recurrent ischemic stroke rates for elderly Medicare beneficiaries in the USA. J Neuroepidemiology. (2010); 34(2): 123-29. doi: 10.1159/000274804.
- Chaysinanankul N, Channarong N. High risk stroke patients. In: Chunharas Ch, Phasutharchat N, Chutinet O, Channarong N, editor. Basic and clinical neuroscience 4 th ed. Bangkok: Classic scan; 2012. Thai.
- Tiamkao S. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind hospital. North-Eastern Thai J Neurosci. 2011; 6(3): 31-8. Thai.
- Leo T, Lindgren A, Petersson J, et al. Risk factors and treatment at recurrent stroke onset: results from the Recurrent Stroke Quality and Epidemiology (RESQUE) study. J Cerebrovasc Dis. 2008; 25(3): 254-60. doi: 10.1159/000113864.
- Wiriyakijipaboon J, Jitpanya C. Relationship among knowledge, perceived benefit, depression, social support and secondary stroke prevention in stroke survivors. JOPN. 2016; 8(2): 34-44.

- Thai.
11. He-Ma S. Predicting factors of blood pressure control among cerebrovascular disease patients. [thesis]. [Chon Buri]: Burapha University; 2010. 100 p.
 12. Suangpho P, Srisaenpang P, Saengsuwan J. Self-care behaviors of older persons with recurrent stroke. *North-Eastern Thai J Neurosci*. 2014; 30(2): 9-25. Thai.
 13. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness [internet]. [cited 2016 May 5]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/284686251_The_Common_Sense_Model_of_Self-Regulation_of_Health_and_Illness_The_Self-Regulation_of_Health_and_Illness_Behaviour.
 14. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*. 2016; 39(6): 935-46. doi: 10.1007 /s 10865-016-9782-2.
 15. Sangsongrit N, Pinyopasakun W, Kusuma Na Ayuthaya S, et al. Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients. *J Nurs*. 2014; 41(2): 61-71. Thai.
 16. Wongaucht D. Illness perception of elderly stroke patients sahatkhan hospital kalasin province. [thesis]. [Chon Buri]: Burapha University; 2011. 65 p.
 17. Kamsareeruk J. Selected factors related to prehospital time in patients with acute ischemic stroke. [thesis]. [Bangkok]; Chulalongkorn University; 2013. 120 p.
 18. Patisopha W, Utriyaaprasit A, Sinthu S. Relationships among response to symptoms and hospital arrival time of acute stroke patients. *J Nurs Sci*. 2015; 38(1): 9-20. Thai.
 19. Geffner D, Soriano C, Pérez D, et al. Delay in seeking treatment by patients with stroke: Who decides, where they go, and how long it takes. *J Clin Neurol Neurosurg*. 2012; 114(1): 21-5. doi: 10.1016 /j.clineuro. 2011.08.014.
 20. Kittiboonthawal P, Yingrengreung S, Srithanya S. Perceptions of stroke warning signs among risk patients. *Nurs J Ministry Public Health*. 2014; 23(3): 132-41. Thai.
 21. Tijayoung S. The factors influencing preventive behaviors amongst risk group stroke patients, [thesis]. [Nakhon Pathom]: Christian University of Thailand; 2014. 123 p.
 22. American Heart Association/American Stroke Association. [Internet]. Guidelines on prevention of recurrent stroke 2011: American family physician. [cited 2016 Apr 1] Available from <http://www.aafp .org/ afp/2011/0415/p993.pdf>.
 23. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, et al. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *J Psychol health*. 2002; 17(1): 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494.
 24. Coutts S B, Wein T H, Lindsay M P, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke guidelines, update 2014. *Int J Stroke*. 2014; 10(3): 282-91. doi: 10.1111/ij.s.12551.
 25. Hankey G J. Secondary stroke prevention. *J Lancet Neurol*. (2014); 13(2): 178-94. doi: 10.1016/S1474-4422.
 26. Lambert M. AHA/ASA guidelines on prevention of recurrent stroke. *J Am Fam Physician*. 2011; 83(8): 993-1001.
 27. Faculty of management basic brain test. Thai mini-mental state examination. Bangkok: Department of Medical Services; 2002. Thai.
 28. Klunghum K, Wirojratana V, Jitramontree N, et al. The relationships between illness representations, emotional representation and self-care behaviors in older persons with uncontrolled type 2 diabetes. *JRTAN*. 2016; 17(2): 135-44. Thai.

29. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5 th ed. Bangkok: Uandi inter media; 2010. Thai.
30. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *J Age Ageing*. 1994; 23(2): 97-101.
31. Dearborn J. L, McCullough L. D. Perception of risk and knowledge of risk factors in women at high risk for stroke. *J Stroke*. 2009; 40(4): 1181-86. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.543272.
32. Sangsongrit N, Pinyopasakul W, Kusuma Na Ayuthaya S, et al. Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients. *J Nurs*. 2014; 14(2): 61-71. Thai.
33. Chambers J A, O'Carroll R E, Hamilton B, et al. Adherence to medication in stroke survivors: a qualitative comparison of low and high adherers. *Br J Health Psychol*. 2011; 16 (3): 592-609. doi: 10.1348/2044-8287.002000.