

(Original Article)

Selected Factors Related to Patient Activation Among Ischemic Stroke Patients

*Rattasiri Kamkem, Sakuntala Anurung, Penpaktr Uthis**Faculty Of Nursing Chulalongkorn University**Correspondence to : sakuntala.a@chula.ac.th**(Received : 14 June 25, Revised : 18 July 25, Accepted : 24 July 25)*

Abstract

Background: Ischemic stroke is a chronic condition that requires complex and continuous care. In the recovery process, patients play a central role not only as care recipients but as active participants in their own rehabilitation. Low levels of patient activation have been associated with increased disease severity and higher rates of hospital readmission. Patient activation is closely related to health behaviors among individuals with ischemic stroke.

Objectives: The purpose of this study was to investigate the level of patient activation among patients with ischemic stroke and to study the relationships between selected factors including age, perceived health status, self-efficacy, social support, comorbid conditions, and depression with patient activation.

Methods: This descriptive correlational study included a sample of 104 patients with ischemic stroke who had completed the acute phase of treatment for at least two weeks. Participants were between 18 and 59 years of age and received care at the outpatient department of three tertiary hospitals. The sample was selected using simple random sampling. The research instruments included a personal information questionnaire, the Perceived Health Status Scale, the Self-Efficacy in Self-Care Scale, the Social Support Questionnaire, the Comorbidity Index, the Depression Scale, and the Patient Activation Measure (PAM).

Results: The majority of participants with ischemic stroke demonstrated a high level of patient activation (Level 4), indicating their ability to adopt new health behaviors and maintain them even under pressure, accounting for 96.2%. Statistically significant positive correlations were found between patient activation and perceived health status ($r=0.46, p<0.001$), as well as self-efficacy ($r=0.50, p<0.001$). In contrast, comorbid conditions ($r=-0.34, p<0.001$) and depression ($r=-0.27, p=0.004$) were significantly and negatively correlated with patient activation. No significant correlations were found between patient activation and age ($r=0.02, p=0.635$) or social support ($r=0.17, p=0.074$).

Conclusion: The findings of this study indicate that perceived health status, self-efficacy, depression, and comorbid conditions are significantly associated with patient activation in self-care among individuals with ischemic stroke. In contrast, age and social support were not found to be associated with patient activation.

Keywords: *patient activation, ischemic stroke, correlation factors*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

รัฐศิริ ขำเข้ม, ศกุนตลา อนุเรือง, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา: โรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องมีบทบาทสำคัญ และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูของโรค ผู้ที่มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับต่ำ มีความเกี่ยวข้องกับการที่โรคทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วิธีการวิจัย: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 104 คน ที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติแล้ว 2 สัปดาห์ อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินโรคร่วม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ส่วนใหญ่มีคะแนนความกระตือรือร้นอยู่ในระดับสูง (ระดับ 4) คือ มีการปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่ และคงไว้แม้อยู่ในสภาวะกดดัน เป็นร้อยละ 96.2 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r=0.46$, $p<0.001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r=0.50$, $p<0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะโรคร่วม ($r=-0.34$, $p<0.001$) และภาวะซึมเศร้า ($r=-0.27$, $p=0.004$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ อายุ ($r=0.02$, $p=0.635$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r=0.17$, $p=0.074$)

สรุป: จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และภาวะโรคร่วม ส่วนอายุและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

คำสำคัญ: ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง, โรคหลอดเลือดสมองตีบ, ปัจจัยสัมพันธ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) พบได้กว่าร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ และยังสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบแล้วพบว่าสถิติการกลับเข้ามารับการรักษาและโรคหัวใจความรุนแรงมากขึ้น ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของทั้งโลกรวมทั้งประเทศไทย หากผู้ป่วยไม่เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคที่หัวใจความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง

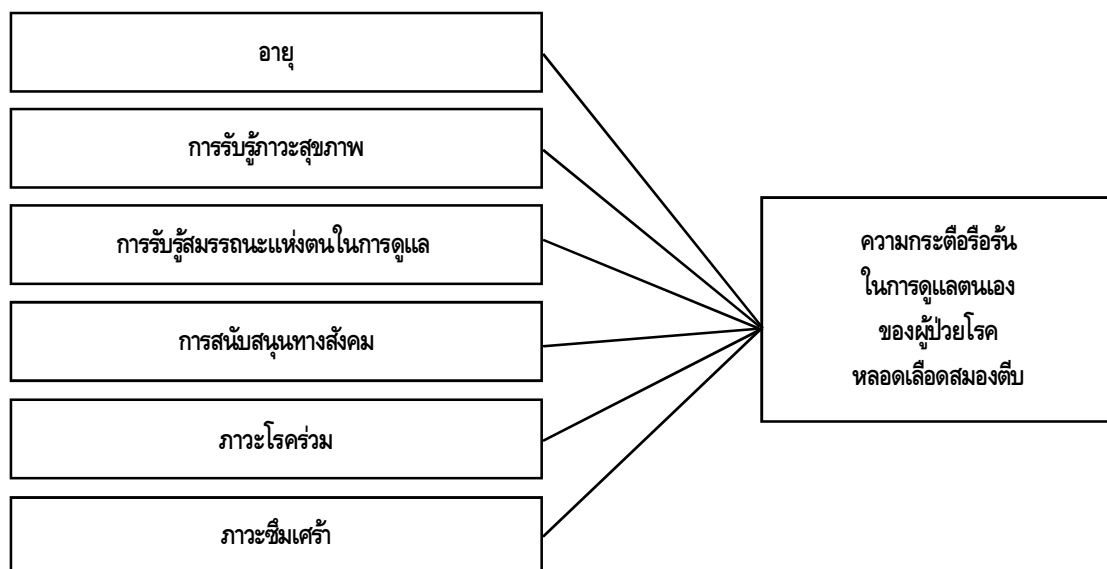
โรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อน การที่ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องมีบทบาทสำคัญ และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูของโรค⁽²⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจนถึงปานกลาง⁽³⁾ พบปัญหาด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสมที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การไม่ไปตรวจตามนัด และพฤติกรรมออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมสภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ หากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับต่ำเกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาลงออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน หากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟู การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การควบคุมอาหาร การจัดการอารมณ์ และการป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีความเกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หากผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ขาดการติดตามรักษา ไม่ไปพบแพทย์สม่ำเสมอ หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง และกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ ก็จะทำให้โรคหลอดเลือดสมองทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ จะต้องสูญเสียรายได้ และมีรายจ่ายด้วยการใช้ทรัพยากรสูงมาก เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (patient activation) มีการศึกษาในประเทศไทย โดยการแปลจากคำศัพท์ patient activation เป็น “ความรับผิดชอบของผู้ป่วย” หมายถึง มีความรู้ มีทักษะและความมั่นใจจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยให้ความหมายของ patient activation เป็นความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตามแนวคิดของ Hibbard et al. (2004) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเข้าใจ และมีความเต็มใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างแข็งขัน บุคคลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) ความมั่นใจ ที่ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ระดับ 1 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจบทบาทและรู้สึกว่าไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองได้ ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ระดับ 2 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพ แต่ยังขาดความรู้และมั่นใจในการดูแลตนเอง ระดับ 3 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยเข้าใจในบทบาทของตนเอง มีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ มีทักษะการจัดการตนเอง มีเป้าหมายในการจัดการตนเอง แต่ยังขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลตนเอง ระดับ 4 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของตนเอง มีความรู้ มีความมั่นใจและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตน และสามารถลงมือซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ดังเครียด โดยความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองนั้นเป็นแนวคิดเชิงพฤติกรรม สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ดีขึ้น⁽⁵⁾

ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ข้อมูลปี 2012-2023 พบการศึกษาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นของผู้ป่วยหลากหลายกลุ่มรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นของผู้ป่วย โดยพบปัจจัยดังนี้ 1) อายุ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($\beta=0.19, p<0.01$)⁽⁶⁾ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=0.21, p=0.003$)⁽⁷⁾ 3) การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=0.547, p<0.01$)⁽⁸⁾ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=0.59, p<0.01$)⁽⁹⁾ 5) ภาวะโรคร่วม พบว่าภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($OR=2.1, 95\%CI: 1.6-3.9$)⁽⁷⁾ 6) ภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=-0.43, p<0.01$)⁽¹¹⁾

ทั้งนี้ ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในด้านการดูแลสุขภาพที่ดี สำหรับภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในด้านการจัดการให้ความรู้ ทักษะ และส่งเสริมความมั่นใจ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบความชัดเจนในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาแนวคิดความกระตือรือร้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาตัวแปรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง การศึกษาระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรนี้ เพื่อเป็นการเติมเต็มช่องว่างทางองค์ความรู้ในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนทางการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้ากับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดสถิติการทดสอบ Pearson's Correlation Coefficient อำนาจทดสอบ 0.80 ใช้ขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง 0.30 Polit & Beck et al. (2017) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 Dillman et al. (2000) ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งชนิดอุดตันและตีบที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์เป็นต้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือมีอาการผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น เช่น ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อากาการชัก หมดสติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง
- 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- 5) แบบประเมินโรคร่วม
- 6) แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และ
- 7) แบบสอบถามคะแนนความกระตือรือร้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ นันทวัลย์ไชยสวัสดิ์(2560)⁽¹¹⁾ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.96

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของสุภัทรา ผิขาว (2559)⁽¹²⁾ สร้างตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) โดยครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ขนาดหรือระดับการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และ 3) ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ การตอบแบบสอบถามแบ่งเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 3.1-4 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.1-3 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1-2 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว หรือ The Family Support Questionnaire ของ ลภัสรา หุ่นคำ (2015)⁽¹³⁾ โดยแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดยอ้างอิง

ตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House, Umberson, and Landis (1988) มีข้อคำถามทั้งหมดมี 20 ข้อ จัดกลุ่มค่าคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (มากกว่า 86 คะแนน) หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง ระดับกลาง (54-86 คะแนน) หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ระดับต่ำ (น้อยกว่า 54 คะแนน) หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 5 แบบประเมินโรคร่วม (Co-morbidity) แบบประเมินโรคร่วมของ Charlson Comorbidity Index (CCI) (1987) ฉบับภาษาไทย โดย Sarunya Kositamongkol (2011)⁽¹⁴⁾ เป็นการให้คะแนน ทั้งหมด 5 กลุ่มโรค โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีโรค ที่กำหนดไว้ กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 1 ซึ่งมีทั้งหมด 10 โรค กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 2 มีทั้งหมด 6 โรคกลุ่ม โรคที่ให้คะแนน 3 มีทั้งหมด 1 โรค และกลุ่มโรคที่ให้คะแนน 6 มีทั้งหมด 2 โรค คะแนนรวมทั้งชุดของแบบประเมินโรคร่วมอยู่ระหว่าง 0-34 คะแนน เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (PHO-9) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล Lotrakul et al. (2008)⁽¹⁵⁾ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ โดยผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า แบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 5 ระดับ คือ 0-4 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5-8 คะแนน มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้า 9-14 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 15-19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 20 คะแนนขึ้นไป เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.90

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามคะแนนความกระตือรือร้น Patient Activation Measure (PAM) โดย Hibbard และคณะ (2004) แปลโดย สิริพันธ์ ชูเชิด (2559)⁽¹⁶⁾ เครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นภายใต้แนวความคิดการจัดการโรคเรื้อรัง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ ความเชื่อและพฤติกรรม ข้อคำถามมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ แปลผลระดับคะแนน

โดยมีระดับคะแนน คือ 0-100 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน <47) ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1-55.1) ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2-67.0) ระดับที่ 4 (คะแนน 67.1-100) เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ในวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ IRB No.52/67) สถาบันประสาท ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2567 (รหัสโครงการ 041/2567) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในวันที่ 17 ตุลาคม 2567 (รหัสโครงการ No. COA No. 1411/2024) และได้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย รวมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบสิทธิต่างๆ อย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ตามลำดับการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละสถาบัน มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอให้เจ้าหน้าที่สำรวจรายชื่อ และศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มาตรวจตามนัด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
2. ในวันที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเข้าร่วมวิจัยโดยการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (patient/ participant information sheet) จนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องหรือในบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดแบบประเมิน พร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบประเมิน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบและชักถามเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC for window (statistical package for the social science for window personal computer) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบรรยายตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเกิดโรค วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบ

สมมติฐานการวิจัย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) และวิเคราะห์ภาวะโรคร่วมและภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 104 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 59 คน (ร้อยละ 56.7) ผู้ป่วยร้อยละ ร้อยละ 59.6 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 26.9) จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่ามีจำนวน 2-4 คน จำนวน 71 คน ร้อยละ 68.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 100 คน (ร้อยละ 96.2) และมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท จำนวน 45 คน (ร้อยละ 43.3) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ จำนวน 90 คน (ร้อยละ 86.5)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอยู่ในช่วง 67.3-100 คะแนน (ระดับ 4) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.06 โดยผู้ป่วยโรคสมองตีบส่วนใหญ่สามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่และสามารถถ่วงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน (ระดับ 4) จำนวน 100 คน เป็นร้อยละ 96.2 ซึ่งผู้ป่วยที่มีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมการแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะการเริ่มพฤติกรรมใหม่ (ระดับ 3) จำนวน 3 คน หรือร้อยละ 2.9 และมีผู้ป่วยที่ยังขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (ระดับ 2) มีเพียง 1 คน หรือร้อยละ 0.9 เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (n=104)

ความกระตือรือร้น	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- บุคคลยังไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ระดับที่ 1)	-	-	-	-	-
- ยังขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (ระดับที่ 2)	1	1	53.8	53.85	-
- มีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะการเริ่มพฤติกรรมใหม่ (ระดับที่ 3)	3	2.9	55.8-61.5	58.33	2.94
- สามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่ แต่ไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน (ระดับที่ 4)	100	96.2	67.3-100	91.06	10.64
โดยรวม	104	100	53.8-100	89.76	12.32

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r=0.46$, $p<0.001$), การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r=0.50$, $p<0.001$), ภาวะโรคร่วม ($r=-0.34$, $p<0.001$), และภาวะซึมเศร้า ($r=-0.27$, $p=0.004$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมต่อความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation

ตัวแปร	ความกระตือรือร้น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
อายุ	0.027	0.635	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.469	<0.001	ความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.509	<0.001	ความสัมพันธ์ทางบวก
การสนับสนุนทางสังคม	0.176	0.074	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะโรคร่วม	-0.346	<0.001	ความสัมพันธ์ทางลบ
ภาวะซึมเศร้า	-0.279	0.004	ความสัมพันธ์ทางลบ

อภิปรายผล

การศึกษานี้วิจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในครั้งนี้ ผู้วิจัยของอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาระดับความกระตือรือร้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 18-59 ปี พบระดับความกระตือรือร้นร้อยละ 96.1 โดยรวมแล้วระดับความกระตือรือร้นของกลุ่มตัวอย่างคือระดับสูง (ระดับ 4) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเข้าเฝ้าพบาพของตนเอง มีความรู้ มีความมั่นใจและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตน และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เครียด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 53.8 สภาพร่างกายมีความแข็งแรง และสติปัญญาต่างๆ ยังคงดี และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย ซึ่งอธิบายได้ว่ายังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี การรับรู้ยังมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างยังคงมีสภาพความแข็งแรงทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา จึงทำให้ยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 26.9) ทำให้มีความรู้ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดีในด้านต่างๆ เช่น ด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความรับผิดชอบในการจัดการดูแลตนเอง และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคู่สมรส ทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการพึ่งพากัน และคอยส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับสูง

ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร

ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า

ต่อความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.46$, $p<0.001$) การรับรู้ ภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านความคิด ความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อการรักษาดำเนินไป และผู้ป่วยรับรู้และปรับตัวได้แล้วความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmaderer et al. (2016)⁽⁷⁾ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม และจากการศึกษาของ Paukkonen et al. (2022)⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะต่ำ

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.50$, $p<0.001$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการรับรู้ทักษะและแข็งแรงกระตุ้นให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรม เป็นการช่วยสร้างพลังให้กับตนเองทำให้เกิดความรู้สึกรับรู้ว่าบุคคลนั้นจะดำเนินพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ในด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจ ในการดูแลตนเอง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูงเป็นร้อยละ 88.5 (SD=0.24) อยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น จะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mirmazhari et al. (2022)⁽¹⁸⁾ ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจล้มเหลวก่อนกลับบ้าน NYHA Class II ถึง IV พบว่าที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจะมีระดับความกระตือ

รื้อร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น และส่งผลให้มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

2.3 ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.34$, $p<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมระดับปานกลางร้อยละ 19.2 การมีโรคร่วมมีส่วนทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายแย่ลง มีผลกระทบในเชิงลบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) และส่งผลต่อการรอดชีวิต รวมถึงระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dammary et al. (2023)⁽²⁰⁾ พบว่าผู้ที่โรคเรื้อรังตั้งแต่หนึ่งโรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความกระตือรือร้นต่ำ (ระดับ 1 หรือ 2)

2.4 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.27$, $p=0.004$) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองต่ำ เนื่องด้วยภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นผลกระทบทางร่างกายจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีข้อจำกัดการทากิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองจากการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายและความสามารถเหล่านี้ มีผลต่อการรับรู้ตัวลักษณะ อัตมโนทัศน์และค่านิยมส่วนบุคคลของบุคคล ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวังไร้ค่า จึงมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahn et al. (2015)⁽²¹⁾ ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยพบว่าผู้ที่มีความซึมเศร้าสูงมีแนวโน้มความกระตือรือร้นในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

2.5 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ($r=0.02$, $p=0.635$) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 104 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 56 คน ระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 41 คน และ น้อยกว่า 40 ปี จำนวน 7 คน ซึ่งอาจมีความแตกต่างของช่วงอายุที่น้อย และทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่รีบเร่งและมีภาระต้องรับผิดชอบด้าน

เศรษฐกิจ และให้เวลากับครอบครัวมากกว่าตนเอง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับความกระตือรือร้นไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดก็จะเสื่อมตามไปด้วย และจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดพยาธิสภาพที่สมอง ระดับของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งงานวิจัยที่สอดคล้องของ Tschila et al. (2025)⁽²²⁾ ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

2.6 การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ($r=0.17$, $p=0.074$) โดยจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมถึงได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพในมาตรฐานเดียวกันเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้ระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองไม่ต่างกัน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองแต่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ของอ่อนอุษา ชันธรักษา (2564)⁽²³⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และในต่างประเทศ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Korpershoek et al. (2016)⁽²³⁾

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และภาวะโรคร่วม ส่วนอายุและการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งถัดไป ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างความรู้ การเพิ่มทักษะ และส่งเสริมความมั่นใจ

รายการอ้างอิง

- World Stroke Organization. [Internet]. [cited 2024 June9]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/previous-world-stroke-days/world-stroke-day-2017>.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169.
- Boonsonthi N, Soiyong P, Techaudomdetch J. Factors Related to Health Behaviors Among Persons with Transient Ischemic Attack. *Nursing Journal CMU* [;47(2):262-73. available at: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/241818>
- Khumsa-ard S, Thiangtham W, Suwan-ampai P. BEHAVIOR FACTORS RELATED TO RECURRENT STROKE. *J Pub Health Nurse* [internet]. 2017 Oct. 8 [cited 2025 Jul. 15];31:13-26. available from: <https://he01.tcthaijo.org/index.php/phn/article/view/100844>
- Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*. 2004 Aug;39(4p1):1005-26.
- Alexander, J. A., Hearld, L. R., Mittler, J. N., & Harvey, J. (2012). Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health services research*, 47(3pt1), 1201-3.
- Schmaderer MS, Zimmerman L, Hertzog M, Pozehl B, Paulman A. Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients. *Western journal of nursing research*. 2016 Oct;38(10):1335-53.
- Tang T, Dou B, Zha HX, Tao LS, Gu ZJ, Liu KY, Xie WP. Factors related to activation in Chinese patients with Chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional survey study.; 30(3): e209.doi: 10.1097 jnr.0000000000000491. PMID: 35471203.
- Zhu Y, Song Y, Wang Y, Ji H, Wang D, Cai S, Wang A. Relationships among patient activation, social support and online health information seeking of community? dwelling older adults living with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2023Jan;79(1):161-9.
- Tang X, Huang J, Wang W, Su X, Yu Z. Predictors of activation among persons with spinal cord injury during hospitalization: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*. 2023Jul;20(3):e12532.
- Chaisawat N, Jindawong S. Factor Relative to Perceived Self-Care with Stroke Krassaesin Hospital for Songkhla. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2017 Sep 15;9(3):70-82.
- Piewkho S, Jitpanya C, Preechawong S. (2560). Relationships among Coping, Social Support, Perceived Self-efficacy and Health Related-Quality of Life in First-Time Stroke Patients *Journal of Health Sciences and Wellness*, 21(41), 123-36.
- Numkham L, Piaseu N, Panpakdee O, Cunningham SL, Chansatitporn N. Predictors of Albuminuria and Uncontrolled Blood Pressure in People with Hypertension in The Community. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2015 May 20;19(2):135-49.

14. Koositamongkol S, Sindhu S, Pinyopasakul W, Nilanont Y, Redman RW. Factors influencing functional recovery in patients with acute ischemic stroke. *Collegian*. 2013 Dec 1;20(4):207-13.
15. Lotrakul M, Sutida S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
16. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centred care and quality of life in patients with coronary artery bypass graft surgery. *J Nurs Sci*. 2016;34(2):94-106.
17. Paukkinen L, Oikarinen A, Kahkonen O, Kaakinen P. Patient activation for self-management among adult patients with multimorbidity in primary healthcare settings. *Health science reports*. 2022 Jul;5(4):e735.
18. Mirmazhari R, Ghafourifard M, Sheikhalipour Z. Relationship between patient activation and self-efficacy among patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *Ren Replace Ther*;8(1):1-11.
19. P. Appelros, M. Materne, G. Jarl and M. Arvidsson-Lindvall *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2021 Vol. 30 Issue 10 Pages 106000
20. Dammery G, Vitangcol K, Ansell J, Ellis LA, Smith CL, Carrigan A, Braithwaite J, Zurynski Y. The Patient Activation Measure (PAM) and the pandemic: Predictors of patient activation among Australian health consumers during the COVID-19 pandemic. *Health Expectations*. 2023 Jun;26(3):1107-17.
21. Ahn YH, Kim BJ, Ham OK, Kim SH. Factors associated with patient activation for self-management among community residents with osteoarthritis in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2015 Sep 1;26(3):303-11.
22. L. Tsihla, E. Patelarou, E. Detorakis, M. Tsilibaris, A. Patelarou, A. Christodoulakis, et al. *Clin Pract* 2025 Vol. 15 Issue 2 Accession Number: 39996694 PMCID: PMC11853808
23. Korpershoek YJ, Bos-Touwen ID, de Man-Van Ginkel JM, Lammers JW, Schuurmans MJ, Trappenburg JC. Determinants of activation for self-management in patients with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2016 Aug 1:1757-66.