



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIOR OF ELDERLY WITH RECURRENT
STROKE

ชัยยุทธ โคตะรัมย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

2563



1259445262

BUU_1Thesis_59920045_thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13



59920045_1259445262

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ชัยยุทธ โคตะรัมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIOR OF ELDERLY WITH RECURRENT
STROKE

CHAIYUTH KOTALUX

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2020

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

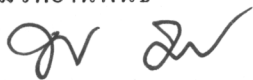


1259445262

BUU iThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

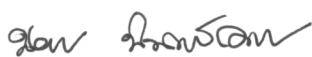
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ชัยยุทธ โคตะรักษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 3 เดือน สก. พ.ศ. 2563

59920045: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ชัชยุทธ โคตะรักษ์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. (FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIOR OF ELDERLY WITH RECURRENT STROKE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรชัย จุลเมตต์, Ph.D., นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา, Ph.D. ปี พ.ศ. 2563.

ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยสถิติผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของสถาบันประสาทในปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 125, 130 และ 137 ราย ตามลำดับ ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อาจส่งผลกระทบต่อความเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป และมารับการตรวจที่คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 88 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 .85 .80 .81 .73 .73 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($M = 60.19$, $SD = 6.981$, $Max = 71$, $Min = 45$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .31$, $p < .01$) และการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .31$, $p < .01$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($r = .22$, $p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ ($r = .22$, $p < .05$) การรับรู้

ความสามารถของตนเอง ($r = .20, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญ และตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบ หรือส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ



1259445262

59920045: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FACTORS, HEALTH BEHAVIOR, RECURRENT STROKE

CHAIYUTH KOTALUX : FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIOR OF ELDERLY WITH RECURRENT STROKE. ADVISORY COMMITTEE: PORNCHAI JULLAMATE, Ph.D., NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D. 2020.

Recently, number of recurrent strokes dramatically increase. The elderly with recurrent strokes' statistics of the Prasat Neurological Institute in 2015-2017 was 125, 130, and 137 cases, respectively. The health behavior of elderly with recurrent stroke may affects to recurrent stroke. This study aimed to study the health behavior of elderly with recurrent stroke and to study the factors related to health behavior of elderly with recurrent stroke. The sample included 88 elderly aged 60 and older diagnosed by physician with recurrent stroke or having a second stroke or more.and attended at neurological clinic, out-patient department, Prasat Neurological Institute of Bangkok. The simple random sampling method was used, and the research instruments were health behaviors of elderly with recurrent stroke, perceived recurrent stroke's risks, perceived recurrent stroke's severity, perceived benefits of health behaviors action, perceived barriers of health behaviors action, cues of health behaviors action, and perceived self-efficacy questionnaires and reliability values were .73 .85 .80 .81 .73 and .75, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient. The results found that the elderly with recurrent stroke had health behavior in a high level ($M = 60.19$, $SD = 6.981$, $Max = 71$, $Min = 45$). The factors that were positively moderately correlated with the health behavior of elderly with recurrent stroke with statistical significance included perceived benefits of health behaviors action ($r = .30$, $p < .01$) and cues of health behaviors action ($r = .31$, $p < .01$). Factors that were positively correlated in a low level with statistical significance included perceived recurrent stroke's risk ($r = .22$, $p < .05$), perceived recurrent stroke's severity ($r = .22$, $p < .05$), and perceived self-efficacy ($r = .20$, $p < .05$), with perceived barrier of health behavior action was negatively corrected in a low level of the health behavior of elderly with recurrent stroke with statistical significance ($r = -.27$, $p < .01$), all of which were correlated with hypotheses of this research. The suggestions in this study are that

nurses and healthcare providers must be awareness and emphasize on factors related to health behaviors action of elderly with recurrent stroke and apply the research findings to develop model or promote nursing interventions to prevent recurrent stroke.



1259445262

BUU iThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความเมตตา กรุณา จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา และแนะนำแนวทางในการทำวิจัยที่ถูกต้อง คอยให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียด และเอาใจใส่เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่า ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ และเสียสละเวลาอันมีค่า ในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งให้คำแนะนำ และแนวทางการแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งหัวหน้าแผนกเวชระเบียน และเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน ที่ได้ให้ความร่วมมือต่าง ๆ และคอยช่วยเหลือดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา คุณพ่อสุดใจ โคตะรักษ์ และคุณแม่สุด โคตะรักษ์ที่คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีความพร้อมจนกระทั่งทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีขอบคุณเพื่อน ๆ น้อง ๆ และรุ่นพี่ ที่ร่วมศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุน กำลังกาย กำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา บุพการี บวรพจารย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ สถาบันประสาท ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

ชัยยุทธ โคตะรักษ์



1259445262

BUU_1Thesis 59920045 thesis / rev: 10072563 06:21:01 / seq: 13

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
ขอบเขตของการวิจัย	12
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ	15
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	28
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model).....	34
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	56
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	58
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	63
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ.....	64
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ	69
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ.....	70
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	71
สรุปผลการวิจัย	71
อภิปรายผล.....	73
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	88
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	88
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	101
ภาคผนวก ก	102
ภาคผนวก ข	104
ภาคผนวก ค	117
ภาคผนวก ง	122
ภาคผนวก จ	124



1259445262

ภาคผนวก ฉ128

ประวัติย่อของผู้วิจัย136

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 88$).....	65
ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการศึกษา ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($n = 88$).....	69
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($n = 88$).....	70
ตารางที่ 4 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของ ตัว แปร ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว มีการกระจายตัวแบบปกติ	123
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ ($n = 88$)	129
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็น ซ้ำ ($n = 88$)	130
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็น ซ้ำ ($n = 88$)	131
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($n = 88$).....	132
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($n = 88$).....	133
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($n = 88$).....	134

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	12
ภาพที่ 2 องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ สเตชเชอร์ และ โรเซนสตัดท์	39



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / rcv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง และมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากรายงานของ World Stroke Organization [WSO] (2017) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างน้อย 1 ใน 4 ราย มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (National Stroke Association, 2013) จากรายงานของ (Benjamin et al., 2017; Benjamin et al., 2018) พบว่า ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวียมีอุบัติการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี และการเป็นโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ พบได้ร้อยละ 9.2 และอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวน 185,000 รายต่อปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และจากการรายงานของ Hong et al. (2013) พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในประเทศเกาหลีใต้ พบมากกว่า 26,000 รายต่อปี และการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในประเทศไทย จากการสำรวจข้อมูลสถาบันประสาทวิทยาโดยการศึกษาสำร่งของผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 125 ราย, 130 ราย และ 137 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 20.03 ร้อยละ 20.21 และร้อยละ 23.66 ตามลำดับ จากการศึกษาของ สมศักดิ์ เทียมเก่า (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการกลับเป็นซ้ำ ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 29 ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 46 และในช่วงหลัง 5 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 และจากการศึกษาของ พรภัทร ธรรมสโรช (2555) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบในครั้งแรกที่ 30 วัน 1 ปี และ 5 ปี พบได้ร้อยละ 3 ร้อยละ 5 และร้อยละ 25 ตามลำดับ จากสถิติที่น่าเสียดังกล่าวพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น และเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตสูง อัตราความพิการสูง มีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งการรักษาไม่หายขาด ทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ และการเป็น



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น ตามจำนวนปีของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุ จะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และเพิ่มความพิการมากขึ้นตามจำนวนครั้งการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Mendis, 2013; Slark, 2010)

นอกจากนี้การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ยังส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการศึกษาที่ผ่านมา (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; นิจศรี ชาญณรงค์, 2552; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; สถาบันประสาทวิทยา, 2558; Mijajlovic et al., 2017) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ มีความบกพร่องของการพูด การเขียน การสื่อความหมาย มีความผิดปกติที่เกี่ยวกับการเคี้ยว และการกลืนอาหาร ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก มีการมองเห็นที่ผิดปกติ มีความผิดปกติเกี่ยวกับด้านสติ ปัญญาและการรับรู้ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการควบคุมการขยับถ่าย และความผิดปกติที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษา (จันทร์จิรา สีสว่าง และนางนงภัทร รุ่งเนย, 2559; สถาบันประสาทวิทยา, 2558; Yu et al., 2016) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีภาวะพึงพิงจากโรคที่เป็น เนื่องจากการรักษาไม่หายขาด และเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความวิตกกังวลต่อการดำเนินของโรค มีความเครียด รู้สึกอับอายต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป สภาพของจิตใจมีความหดหู่ ส่งผลกระทบให้เป็นโรคซึมเศร้าได้

3. ผลกระทบด้านสังคม จากการศึกษา (ชารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ, 2558; สถาบันประสาทวิทยา, 2558; Wang et al., 2014) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพ และด้านบทบาทหน้าที่ ต่อครอบครัว สังคม เนื่องจากยังมีภาวะความพิการหลงเหลืออยู่ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ทำให้มีภาวะพึ่งพา ซึ่งทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ สมศักดิ์ เทียมเก่า (2552) พบว่า การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ระยะเวลาการรักษาพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น และจากรายงานสถาบันประสาทวิทยา (2560) พบว่า ค่ารักษาโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยใน เฉลี่ย 56,400 บาทต่อรายต่อครั้ง และจากการศึกษาของ กาญจนาศรี สิงห์ภู (2552) พบว่า ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยนอกทั้งทางตรง และทางอ้อม มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรวมทั้งหมด 23,518 บาทต่อรายต่อปี และในต่างประเทศจากการศึกษาของ Wang

et al. (2014) พบว่า ประเทศสหรัฐมีค่าเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองตีบ 20,396 เหยี่ยวคอลดาร์สหรัฐ ต่อรายต่อครั้ง และ Patel et al. (2017) รายงานว่า ประเทศอังกฤษ มีค่าเฉลี่ยในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ 45,409 ปอนด์ ต่อคนต่อปี

การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเกิดได้หลายสาเหตุหลายปัจจัย จากการศึกษา ในต่างประเทศ (Benjamin et al., 2017; Camara et al., 2013) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกิดจากกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันที่มีขนาดใหญ่ (Large vessel) ได้ถึงร้อยละ 70 และเกิดจากกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ที่มีขนาดเล็ก (Small vessel) ได้ถึง ร้อยละ 30 ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ มีการอุดกั้นของลิ้นเลือดที่หลุด และ ลอยออกมาจากหัวใจ (Cardio-embolic) และจากการตีบ อุดตันภายในเส้นเลือด (Atherothrombotic) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาทั้งใน และต่างประเทศ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552; สาธิต กาศูริย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า และสุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2547; Goldfinger et al., 2012; Koenig et al., 2007; Moerch-Rasmussen et al., 2015; Suanprasert & Tantirithisak, 2011) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตีบอุดตัน ขาดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ ควบคุมได้ และโรคร่วมเพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่ง ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง การไม่ออกกำลังกาย ความอ้วน การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการมีความเครียด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ตรงเวลา การหยุดยาเอง การขาดยา และการไม่มาติดตามการรักษาจากแพทย์ นอกจากนี้ยังขาดการควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ไม่เหมาะสม โรคหลอดเลือดสมอง ย่อมส่งผล กระทบต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น

ซึ่งในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่เหมาะสม ได้มีแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากรายงานของ Kernan et al. (2014) ได้มีการแนะนำการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย พฤติกรรม การรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การงดอาหารรสเค็ม การงดอาหาร ที่มีรสหวาน การงดอาหารที่มีไขมันสูง และการควบคุมน้ำหนักให้คงที่ การออกกำลังกายระดับ ปานกลาง การจัดการความเครียด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ การควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ และการ ควบคุมโรคหัวใจให้ปกติ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงต้องมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค และการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมีความเชื่อที่ถูกต้องก่อน ซึ่งจากแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำการใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือโรคที่จะเกิดนั้น มีความรุนแรงต่อชีวิตของตน และการที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเฉพาะจงเจาะใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค รวมทั้งลดภาวะคุกคาม และมีความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรค มีสิ่งมาขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ความเชื่อของบุคคลจะสมบูรณ์ได้นั้น จะต้องมีส่วนชักนำหรือสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือน เพื่อให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และยังเกิดความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1997) ประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) 5) สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติ (Cue to action) 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบทั้ง 6 มิติ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997) เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปร และนำมาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การออกกำลังกาย ความอ้วน การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรือการไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด และการควบคุมโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เมื่อมีความเชื่อของตนเองแล้ว จะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่า การรับรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suanprasert and Tantirithisak (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และระดับของไขมันดี (High density lipoprotein) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และนอกจากนี้ยังพบในการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ จากการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือด



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

เลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .29$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2560) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r_s = .33$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .17$) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงยังสรุปไม่ได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำหรือไม่ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะทำให้กระทบต่อระบบการไหลเวียนของโลหิตในสมองเพิ่มขึ้น ในบริเวณตำแหน่งสมองขาดเลือดเดิม หรือสมองขาดเลือดตำแหน่งใหม่ ทำให้การทำงานของระบบประสาทสมองผิดปกติ ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น และความพิการเพิ่มมากขึ้น (Mendis, 2013; Slark, 2010) จากการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r_s = .30$) และ การศึกษาของ สุพร หุตากร (2549) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .25$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Edwards (2015) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.8) และการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .14$) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงยังสรุปไม่ได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ



1259445262

BUU-1Thesis 59920045 thesis / rev: 10072563 06:21:01 / seq: 13

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกี่ยวกับประโยชน์หรือผลที่ดีต่อตนเองที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกัน หรือรักษาโรค เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของ Kernan et al. (2014) แนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดหยุดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ขีดคนสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมโรคร่วมต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Nepal (2015) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวภูฏานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .26$) และจากการศึกษาของ นิรัชรา ช้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิษชุดา เจริญกิจการ (2557) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($r = .23$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .17$) และสอดคล้องกับผลการศึกษากษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .21$) และจากการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยารักษาโรคของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .30$) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงยังสรุปไม่ได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มีต่อสิ่งที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น ปัญหาการมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยา การเดินทาง ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การงดดื่มเครื่องดื่ม



1259445262

BUU-1Thesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จากการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = -0.08$) และจากการศึกษาของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = -0.33$) และจากการศึกษาของ Nepal (2015) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($r = -.47$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ นิรัชรา จ้อยชู และคณะ (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .31$) และการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .18$) การศึกษามีความแตกต่างกันทางสถิติ และยังไม่พบการศึกษายกเว้นที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบการศึกษาของวัยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงยังสรุปไม่ได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางใดกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ Strecher and Rosenstock (1997) พบว่า มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยกระตุ้นภายในบุคคล เช่น ประสบการณ์การเป็นโรค สัญญาณเตือนอาการโรค 2) ปัจจัยกระตุ้นภายนอกบุคคล เช่น ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนครอบครัว เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .30$) และจากการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ศิริสว่าง และจิตติมา กตัญญู (2558) พบว่า การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .11$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang et al. (2014) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติ .01 ($r = .53$) และการศึกษาของ Chambers et al. (2011) พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการรักษาสูงจะมีบุคคลในครอบครัวคอยช่วยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงยังสรุปไม่ได้ว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เช่น ความสามารถด้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด จากการศึกษาของ ทิพวรรณ ไทยวนต์ (2559) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .75$) และ การศึกษาของ พรทิพย์พา ธิมาขอม, วิลาศลักษณ์ ชวัลลดี และประทีป จินน์ (2555) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .29$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา ผิวขาว (2560) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .43$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ จากการศึกษาของ Nepal (2015) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชาวภูฏานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .55$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Robinson (2012) พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้หญิงชาวแอฟริกา จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงยังสรุปไม่ได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

จากปัจจัยดังกล่าวมาเบื้องต้นได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม



1259445262

BUU-1Thesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

สุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเห็นได้ว่า อาจมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และจากการทบทวนการศึกษา ในต่างประเทศ และการศึกษาในประเทศไทยมีความใกล้เคียงกัน การศึกษาส่วนมากกลุ่มตัวอย่าง จะเน้นกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ และเป็นการศึกษาก่อนการเจ็บป่วย และกลุ่มตัวอย่างเป็น โรคกลุ่ม เสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ส่วนการศึกษาหาความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ที่นำมาประยุกต์ใช้ เป็นตัวแปรในการศึกษาที่ประกอบไปด้วย 6 มิติ และยังไม่พบการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการนำองค์ประกอบใน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาครบทั้ง 6 มิติ ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ภายใต้กรอบแนวคิด ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Strecher and Rosenstock (1997) เพื่อนำผลของการศึกษาที่ได้ นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และ ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง และเพื่อเป็น แนวทางการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรค หลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความ รุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
2. การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
5. การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
6. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Strecher and Rosenstock (1997) โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมที่พยายามอธิบายและทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีสมมติฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะกระทำการใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความรุนแรงต่อชีวิตของตน และการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค รวมทั้งลดภาวะคุกคาม และความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย นอกจากนี้ความเชื่อของบุคคลจะสมบูรณ์ได้นั้นจะต้องมีสิ่งชักนำหรือสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือน เพื่อให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และยังเกิดความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้



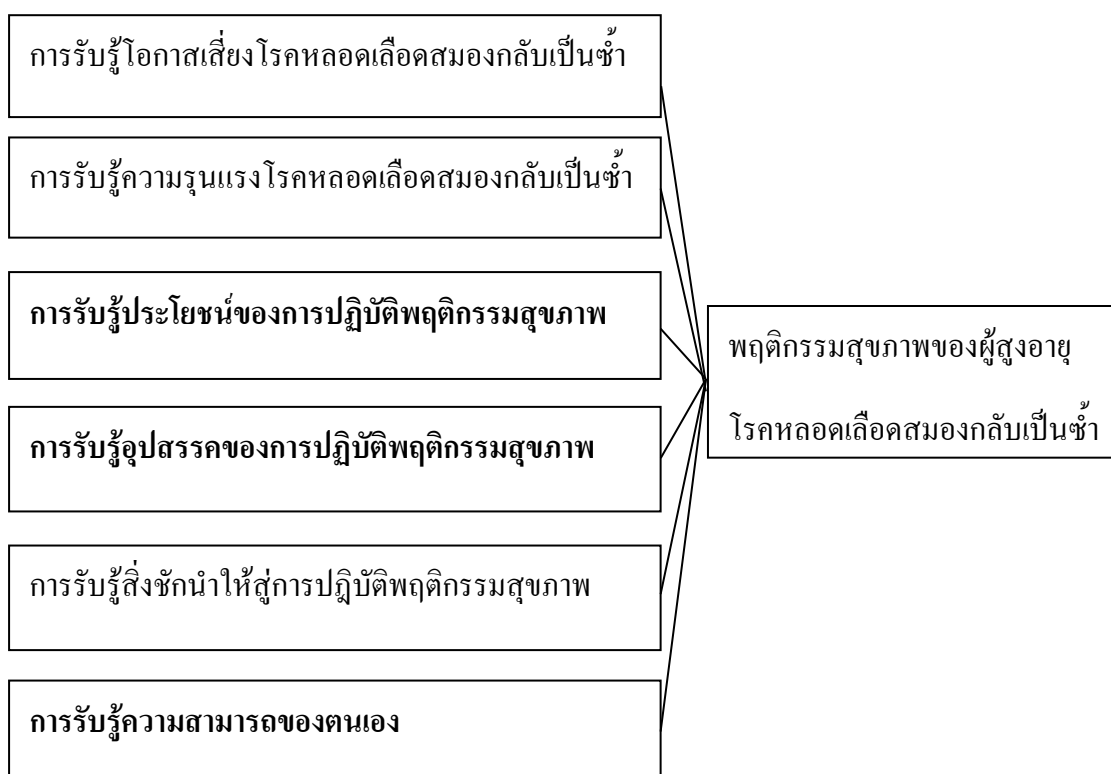
1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / rev: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ซึ่งองค์ประกอบของแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1997) ประกอบด้วย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 มิติ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ของตนเองมีมากน้อยเพียงใดทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคใด ๆ ทั้งที่มีต่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน รวมทั้งผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง และสถานะทางสังคม
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ และผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพึงพอใจ หรือความรู้สึกด้านคุณค่าของตนเอง
4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับอุปสรรคของปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเป็นโรค เช่น การเสียค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอาย มีความยากลำบากใจ หรือการเป็นการกระทำที่ยุ่งยากหรือทำได้ยาก
5. การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในการส่งเสริม ป้องกันและรักษาโรค ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล ได้แก่ การสื่อสารผ่านสื่อสารมวลชน และคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อาการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนี้ของบุคคลจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรค จนสามารถควบคุมสถานการณ์และสร้างผลผลิตในเชิงสร้างสรรค์ได้จากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ได้อธิบายถึงการรับรู้หรือความ

คิดเห็นของบุคคล ต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลผู้วิจัย จึงมีความสนใจนำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 มิติ มาประยุกต์ใช้เป็น ตัวแปร ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Strecher and Rosenstock (1997) และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรภายใต้กรอบแนวคิดของการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ชนิดตึบตัน ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือ โรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 88 ราย ระหว่างวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยมีตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรค หลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือ โรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา

กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย และการสังเกตความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง การมาตรวจตามแพทย์นัด การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ต่อปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของตนเอง ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ และโรคร่วม ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ต่อความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อ ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มีต่อประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของตน และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม



1259445262

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มีต่อสิ่งจะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการได้รับสิ่งกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยกระตุ้นภายในบุคคล เช่น ประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และสัญญาณเตือนอาการโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยกระตุ้นภายนอกบุคคล เช่น ข้อมูลข่าวสารครอบครัว เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกี่ยวกับความเชื่อมั่น ความมั่นใจของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม



1259445262

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อย และก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในคนที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และทุกช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี มีโอกาสเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Benjamin et al., 2018) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นแล้วรักษาไม่หายขาด เป็นแล้วมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

จากรายงานของ World Health Organization [WHO] (2013) ได้ให้คำจำกัดความว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อาการที่ผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นใหม่ตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเดิม ทำให้มีความผิดปกติของระบบประสาท และมีอาการคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เป็นตำแหน่งที่เกิดจากเส้นเลือดในสมองเท่านั้น

จากการศึกษาของ Camara et al. (2013) ได้ให้ความหมายการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่เกิดกับหลอดเลือดที่แตกต่างจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

จากการศึกษาของ Coutts et al. (2008) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การเสื่อมสภาพของระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้การทำงานของ



1259445262

สมองลดลง ซึ่งจะแตกต่างกันแล้วแต่บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ รวมถึงการอุดตันของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นใหม่ หรือการขยายของบริเวณที่มีการตายของสมองอยู่ก่อนแล้ว และการมีเลือดออกในสมอง

จากการศึกษาของ Coull and Rothwell (2004) ได้ให้ความหมายของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองแบบใดก็ได้ใน 24 ชั่วโมงหลังเป็นโรคครั้งแรกโดยไม่คำนึงถึงตำแหน่งของเส้นเลือดในสมอง

จากการศึกษาของ Hata et al. (2005) ได้ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว และมีอาการบกพร่องทางระบบประสาทขึ้นมาใหม่ ไม่รวมภาวะสมองบวม และภาวะเลือดออกในสมองภายหลังจากการมีสมองขาดเลือด

จากการศึกษาของ จิรวรรณ วิริยะกิจไพบุลย์ และชนกพร จิตปัญญา (2559) ได้ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นครั้งใหม่นี้ อาจเกิดกับหลอดเลือดสมองเส้นเดิมหรือหลอดเลือดสมองเส้นใหม่ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง อาการและอาการแสดงจะขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ส่วนระยะเวลาที่ถือว่าเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีการกำหนดเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยจะอยู่ในช่วง 24 ชั่วโมง ถึง 21 วัน หลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีความหมายใกล้เคียงกัน คือหมายถึง การที่มีความผิดปกติของการหน้าที่ภายในสมอง ทำให้มีความบกพร่องทางระบบประสาท และคงเหลืออาการอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเกิดจากเส้นเลือดในสมองเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีอาการคงอยู่ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นใหม่ และส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของสมอง ทำให้มีความบกพร่องของการทำงานในระบบประสาทโดยเกิดขึ้นภายในตำแหน่งของรอยโรคสมองเดิมหรือตำแหน่งใหม่ก็ได้ ซึ่งทำให้มีภาวะพร่องอาการทางระบบประสาทคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

1. อุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

จากรายงานของ Benjamin et al. (2017) กล่าวว่า ในแต่ละปีมีผู้โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 795,000 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 610,000 ราย และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน 185,000 ราย ซึ่งมีสาเหตุจากการเป็นโรคหลอดเลือด



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

สมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ร้อยละ 80 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Intracerebral hemorrhage) ร้อยละ 17 และสาเหตุจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage) ร้อยละ 3 จากการศึกษานี้ของ Pennlert, Asplund, Glasder, Norrving, and Eliksson (2017) พบว่า ประเทศสวีเดน มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2012 จำนวน 168, 295 ราย และเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน 23,560 ราย ซึ่งการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี พบร้อยละ 5.3 และภายใน 5 ปี พบได้ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ และในประเทศญี่ปุ่นจากการศึกษาของ Kocaman, Duruyen, Kocer, and Asil (2015) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 18 เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 45 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 71 ปี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สาเหตุการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมากที่สุดคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ ร้อยละ 34 และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ Cardio-embolism ร้อยละ 33 Nonsterminedorigin ร้อยละ 24 และ Small vessel disease ร้อยละ 3 และจากการรายงานของ National Stroke Association (2013) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 ราย หรือร้อยละ 25-35 ของชาวอเมริกันที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง และเกิดขึ้นภายใน 5 ปี หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และจะเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 40 โดยการพบอัตราการกลับเป็นซ้ำในเพศชายร้อยละ 42 และในเพศหญิงพบร้อยละ 24 และจากการศึกษาของ Coull and Rothwell (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 14.5 และกลับเป็นซ้ำใน 90 วันร้อยละ 18.3 จากการศึกษานี้ของ Mohr et al. (2011) กล่าวว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1-4 พบใน 30 วัน หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ร้อยละ 6-13 พบในช่วง 1 ปี หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และร้อยละ 19-42 พบในช่วง 5 ปี หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ เทียมเก่า (2552) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำครั้งที่ 1 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 79 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการกลับเป็นซ้ำในช่วงน้อยกว่า 1 ปี พบร้อยละ 29 ในช่วง 1-5 ปี พบร้อยละ 46 และในช่วงหลังจาก 5 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 25 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรภัทร ธรรมสโรช (2555) พบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ 30 วัน 1 ปี และ 5 ปี พบร้อยละ 3 ร้อยละ 5 และร้อยละ 25 ตามลำดับ จากอุบัติการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่า การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำพบได้ตั้งแต่วัย 30 วันแรก และอัตราการกลับเป็นซ้ำจะเพิ่มตามจำนวนปีของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนเพศชายเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศหญิง และในผู้สูงอายุจะกลับเป็นซ้ำได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ

2. พยาธิสรีรภาพของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพยาธิสรีรภาพของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเหมือนกันกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจึงอธิบายได้เช่นเดียวกัน แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

2.1 พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic stroke)

โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด เกิดจากภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดในสมองซึ่งเป็นผลมาจากการอุดตันจากก้อนเลือด (Thrombosis) หรือการมีลิ่มเลือดหลุด ลอยจากหัวใจ (Emboli) ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น ซึ่งการขาดเลือดเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียหายของเซลล์สมอง เป็นผลจากการไม่มีระบบการไหลเวียนของเลือด ทำให้เกิดการขาดเลือดที่รุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทและสมอง เรียกว่า สมองขาดเลือด โดยพบว่า บริเวณที่ล้อมรอบใจกลางที่มีการตายของเนื้อเยื่อเรียกว่า ตำแหน่งการขาดเลือดใหม่ (Ischemic penumbra) ซึ่งค่าปกติของอัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมอง (Cerebral blood flow) จะอยู่ในช่วง 50-55 มิลลิลิตร ต่อ 100 กรัมต่อนาที ส่วนค่าต่ำสุด ที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของเยื่อหุ้มระบบประสาทในส่วนของตำแหน่งการขาดเลือด อยู่ในช่วง 6-10 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที โดยพบว่า เซลล์ในระบบประสาทของตำแหน่งการขาดเลือดใหม่ จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ระหว่างที่มีการลดลงของการได้รับเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ถ้าสามารถช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้อย่างรวดเร็ว ต่างจากเซลล์ในบริเวณที่ตายไป ถึงแม้จะมีการผ่านของระบบการไหลเวียนโลหิต และการกำจัดของเสียของเลือดก็ไม่สามารถกลับคืนได้ดั้งเดิม และยังสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ดังนั้นตำแหน่งการขาดเลือดใหม่ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาถึงการกำจัดและไหลผ่านของเลือดอย่างเหมาะสม เพื่อให้ระบบประสาทกลับมาทำงานได้ปกติอีกครั้ง อุบัติการณ์การเกิดพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดตีบหรือการอุดตันในหลอดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง จนเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง หนาตัวหรือมีคราบไขมันเกาะ (Atherosclerosis) ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลงพบบ่อยบริเวณรอยแยก และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด เช่นที่ Common carotid artery, Internal carotid artery, Middle cerebral artery, Vertebral artery และ Posterior cerebral artery เป็นต้น หรืออาจเกิดจากการอุดตันในหลอดเลือดจากลิ่มเลือด หรือสิ่งอุดตันเล็ก ๆ ที่หลุดลอยมาจากหัวใจ (Cardio embolic) หรือหลอดเลือด ผ่านมายังระบบการไหลเวียนเลือดในสมอง อุดหลอดเลือดเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

2.2 พยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมองที่พบได้บ่อยที่สุดในโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง แล้วทำให้หลอดเลือดในสมองแตก ส่งผลให้มีเลือดออกในสมอง พบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอลง จนเกิดเส้นเลือดสมองโป่งพองขนาดเล็ก มีขนาดประมาณ 300-900 ไมครอน ซึ่งเส้นเลือดสมองโป่งพองขนาดเล็กอาจไม่ใช่เส้นเลือดสมองโป่งพองที่แท้จริง แต่อาจเป็นกระเปาะที่มีเลือดซึมค้างอยู่ ซึ่งบ่งบอกถึงการมีที่ผิดปกติของผนังหลอดเลือดมาก่อน ซึ่งถ้าความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างกะทันหัน เช่น การตกใจหรือโกรธ เส้นเลือดสมองโป่งจะเกิดการแตกออก เกิดก้อนเลือดเข้ามาแทนที่เนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นอักเสบและตาย เนื้อสมองรอบ ๆ จะบวมมากขึ้นจนกดเบียดเนื้อสมองด้านข้างที่สำคัญ เช่น การกดเบียดช่องโพรงสมองทำให้น้ำไขสันหลังระบายออกได้ไม่สะดวก ส่งผลให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนกระทั่งเกิดการกดเบียดก้านสมอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะการรู้สติและสัญญาณชีพ หากกดเบียดไม่มาก และผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดจะค่อย ๆ ละลายจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; นิจศรี ชาญณรงค์, 2552; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

3. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม (De la Cámara, Arche, & Ferrando, 2013; Buenaflor, 2013) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Unmodifiable risk factors) และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Unmodifiable risk factors)

3.1.1 อายุ (Age) เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ชัดเจนที่สุด เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) เพิ่มมากขึ้นตามอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออัตราการไหลเวียนของเลือดในสมอง (Cerebral blood flow) ลดลง จึงทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตันเพิ่มมากขึ้น และจะเพิ่มแบบทวีคูณ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่าใน ทุก ๆ 10 ปี ที่อายุเพิ่มขึ้น และในผู้หญิงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย (Benjamin et al., 2018; Buenaflor, 2017)

3.1.2 เพศ (Sex) ในวัยสูงอายุตอนต้น โดยเฉพาะช่วงอายุ 60-65 ปีพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และในวัยสูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป พบว่า เพศหญิงอุบัติการณ์ของ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย เนื่องจากร่างกายมีความเสื่อมถอยวัยเร็วเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาทสมอง ทำให้มีภาวะน้ำหนักร่างกายลดลง (Brain atrophy) ส่งผลกระทบต่อจำนวนเซลล์สมองตายเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เพิ่มมากขึ้น (Benjamin et al., 2018; Buenafior, 2017)

3.1.3 พันธุกรรม (Familial factor) การศึกษาเกี่ยวกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคหลอดเลือดสมองยังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจน แต่พบว่า ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีพี่น้องที่เป็นโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคเหล่านี้สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Benjamin et al., 2017)

3.1.4 เชื้อชาติ (Ethnicity) จากข้อมูลการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกา พบว่า คนเชื้อชาติแอฟริกันอเมริกามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่าของคนอเมริกา ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยพบร้อยละ 6.6 ต่อจำนวนประชากร 1,000 คนในผู้ชายคนเชื้อชาติแอฟริกันอเมริกา และพบร้อยละ 3.6 ต่อจำนวนประชากร 1,000 คนในผู้หญิงคนเชื้อชาติแอฟริกันอเมริกา (Benjamin et al., 2017)

3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors)

3.2.1 การสูบบุหรี่ (Smoking) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากบุหรี่มีผลต่อการเร่งให้เกิดสภาวะการแข็งกระด้างของหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงของผู้สูงอายุลดลง เพิ่มความเข้มข้นของเกล็ดเลือด (Hypercoagulability) ทำให้อัตราการไหลเวียนเลือดในสมองลดลง และปริมาณสาร Carbon monoxide จำนวนที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อการทำลาย Endothelial cell ทำให้หลอดเลือดแดง ตีบหรืออุดตันได้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552; อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Buenafior, 2017)

3.2.2 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดแดงได้ (Thrombo-embolism) โดยการกระตุ้นกลไกของการแข็งตัวของเลือด และเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดในสมองเพิ่มขึ้น และผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือดแดงในสมอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออัตราการไหลเวียนเลือดในสมองของ

ผู้สูงอายุลดลง ทำให้ปริมาณของออกซิเจนที่จะไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลกระทบต่อการตายของจำนวนเซลล์สมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เพิ่มขึ้น (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Buenafior, 2017)

3.2.3 ภาวะอ้วน (Obesity) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งถ้ามีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ ตารางเมตรขึ้นไป ถือว่าเป็นภาวะอ้วน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการเกิดภาวะการแข็งกระด้างของหลอดเลือดแดงในสมอง (Atherosclerosis) ส่งผลต่อความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงในสมองลดลง กระทบต่ออัตราการไหลเวียนเลือดในสมองลดลง ทำให้ปริมาณของสารอาหารในสมองลดลง จำนวนของเซลล์สมองจะมีการตายเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เพิ่มขึ้น (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Aparicio et al., 2017)

3.2.4 ภาวะขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุอ้วน เพราะระบบการเผาผลาญอาหารในระบบทางเดินอาหารลดลง ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Benjamin et al, 2017)

3.2.5 ความเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากเมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่ผ่านการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) จะกระตุ้นให้มีการหลั่งอะดรีนาลิน และนอร์อะดรีนาลินจากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้เพิ่มระดับของความดันโลหิต และเพิ่มการใช้พลังงานจากน้ำตาลของร่างกาย และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเกี่ยวข้องกับสมองส่วนไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และต่อมหมวกไตชั้นนอก คือ คอร์ติซอล (Cortisol) ปริมาณคอร์ติซอลที่เพิ่มขึ้น มีผลกระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลิน และนอร์อะดรีนาลิน เช่นเดียวกับต่อมหมวกไตชั้นใน คอร์ติซอลมีผลกระตุ้นไมโครเกลียชนิด M1 (M1 microglia) และกระตุ้นการหลั่งของสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ ได้แก่ Interleukin 6 (IL-6), Tumornecrosis Factor alpha (TNF α), C-reactive protein (CRP) ผ่านกระบวนการส่งสัญญาณของ Nuclear Factor Kappa B (NF-kB pathway) และกระตุ้นการหลั่งของเอนไซม์ Cyclooxygenase 2 (COX-2) ส่งผลกระตุ้นการอักเสบที่

สำคัญคือ เกิดการอักเสบของหลอดเลือด (Vascular inflammation) ส่งผลให้เกิดภาวะ Atherosclerosis ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Lu, Zhao, Zhang, & Jiang, 2013; Munhoz et al., 2008)

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็น โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ยังพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับโรคร่วม (Comorbidity) เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญก่อให้เกิด โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสามารถทำให้ ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะเร่งการเกิด ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) ประกอบกับวัยสูงอายุทำให้มีการเสื่อมถอยของ หลอดเลือดในสมอง และมีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียม (Endothelium) ทำให้มี การรวมตัวของเกล็ดเลือด และกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้ เกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือดเกิดภาวะ(Thrombosis) ในตำแหน่งนั้น ๆ ทำให้รับกวนต่ออัตราการ ไหลเวียนเลือดในสมองลดลง และส่งผลต่อปริมาณของสารต่าง ๆ ที่จะไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้ เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือที่เรียกว่า Cerebral Infarction ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำได้เพิ่มขึ้น (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Buenaflor, 2017; De la Cámara et al., 2013)

2. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่สำคัญสามารถทำให้ผู้สูงอายุ เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งในภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะส่งผลกระทบต่อ ผู้สูงอายุ เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ไม่สามารถนำพลังงานจากอาหารที่รับประทาน เข้าไปใช้ได้หมด เกิดการสะสมไว้ในหลอดเลือดแดง ซึ่งส่งผลให้เกิดการแข็งกระด้างในหลอดเลือด แดง (Atherosclerosis) ทำให้อัตราการไหลเวียนเลือดในสมองที่จะไปเลี้ยงร่างกายลดลง ส่งผลต่อ เซลล์สมองได้รับปริมาณสารอาหารและปริมาณของออกซิเจนลดลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด หรือที่เรียกว่า Cerebral infarction ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เพิ่มขึ้น (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Buenaflor, 2017)

3. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่สำคัญสามารถทำให้ ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้สูงอายุ จะก่อ ให้เกิดการแข็งกระด้างในหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) ความยืดหยุ่นภายในหลอดเลือดลง และภายในหลอดเลือดแดงรอยแตก เมื่อมีไขมันในเลือดสูงจะเกิดการสะสมของคราบตะกอนของ ไขมัน ซึ่งจะทำให้รูของหลอดเลือดมีการตีบแคบลง ทำให้อัตราการไหลเวียนเลือดในสมองที่จะไป เลี้ยงร่างกายลดลง ส่งผลต่อเซลล์สมองได้รับปริมาณสารอาหารและปริมาณของออกซิเจนลดลง

ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือที่เรียกว่า Cerebral infarction ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เพิ่มขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Buenaflor, 2017)

4. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardio vascular disease) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่สำคัญสามารถทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจไม่ว่าจะเป็นชนิด Rheumatic heart disease หรือ Non- Rheumatic heart disease เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือ Hypertensive heart disease, Prolapsed mitral valve, Cardiomyopathy จะมีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด Cerebral-embolism ได้ โดยเฉพาะภาวะการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Atrial fibrillation: AF) เนื่องจากในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะเกิดภาวะ Left ventricular compliance ลดลง ทำให้ Stroke volume ขึ้นกับ Atrial contraction มากขึ้นส่งผลให้จำนวนเลือดออกจากหัวใจลดลง ส่งผลต่ออัตราการไหลเวียนเลือดในสมองที่จะไปเลี้ยงร่างกายลดลง ส่งผลต่อเซลล์สมองได้รับปริมาณสารอาหารและปริมาณของออกซิเจนลดลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือที่เรียกว่า Cerebral Infarction-embolism ได้ ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เพิ่มขึ้น (กิงแก้ว ปาจริย์, 2550; Buenaflor, 2017; De la Cámara et al., 2013)

4. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (สถาบันประสาทวิทยา, 2555; Kernan et al., 2014) ได้ให้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำไว้ ดังนี้

4.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) ได้แก่

4.1.1 การผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติด (Carotid endarterectomy) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ 70-90 เปอร์เซ็นต์ พบว่า การผ่าตัด Carotid endarterectomy มีประโยชน์โดยเฉพาะภายใน 2 สัปดาห์แรก หรือในกรณีที่มีอาการคงที่ อาจพิจารณาการผ่าตัดภายในเวลาไม่เกิน 6 เดือนหลังมีอาการ

4.1.2 การใส่สายสวนขยายหลอดเลือดแดงคาโรติด (Carotid angioplasty) เป็นการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงคาโรติด อาจพิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง มีข้อห้ามในการผ่าตัดหลอดเลือดแดง หรือในตำแหน่งที่ตีบไม่สามารถผ่าตัดได้

4.2 การรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological therapy) ในการรักษาโดยการใช้ยามีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2555)

4.2.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) ในกรณีที่หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีได้มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดอุดตันจากหัวใจ แพทย์พิจารณาให้ Aspirin 81-325 มิลลิกรัม/วัน เป็นลำดับแรก ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยา Aspirin ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของ Aspirin หรือมีอาการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในขณะที่ได้รับ Aspirin โดยที่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างดีแล้ว แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือดตัวอื่นได้

4.2.2 ในกรณีที่หลอดเลือดอุดตันมีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดหัวใจลอยมาอุดตัน แต่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ แพทย์จะพิจารณาให้ยา Aspirin 75-325 มิลลิกรัม หรือ Aspirin 75-100 มิลลิกรัม คู่กับ Clopidogrel 75 มิลลิกรัม

4.2.3 การใช้ Aspirin ร่วมกับ Clopidogrel จะเพิ่มความเสถียรต่อภาวะเลือดออก จึงไม่แนะนำให้ใช้ในกรณีทั่วไปสำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันซ้ำ

4.2.4 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) ในกรณีที่หลอดเลือดอุดตันมีสาเหตุจากลิ่มเลือดหัวใจ แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะยาว โดยให้ Warfarin และควบคุมให้มี International normalized ratio (INR) = 2.0-3.0 ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Persistent or paroxysmal AF, Acute MI and LV thrombus Cardiomyopathy Rheumatic mitral valve disease Bioprosthetic heart valve และควบคุมให้มี International normalized ratio (INR) = 2.5-3.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมี Mechanical prosthetic valves

4.2.5 ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban มีการศึกษา และสรุปได้ว่า ยาเหล่านี้สามารถป้องกันลิ่มเลือดอุดตันได้ใกล้เคียง หรือดีกว่า warfarin ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Atrial fibrillation และอาจมีภาวะแทรกซ้อนคือ เลือดออกน้อยกว่า โดยไม่ต้องเจาะเลือดคุ้ระดับ INR แต่ยังมีปัญหาเรื่องยาที่มีราคาแพง ไม่มียาต้านฤทธิ์ (Antidotes) และการติดตามเรื่อง Compliance ของการใช้ยา

5. ผลกระทบของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะทำให้เพิ่มระดับความพิการไม่มากนักน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งรอยโรคของสมอง และจะทำให้การทำงานของระบบประสาทผิดปกติ ส่งผลกระทบด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลาย ด้านตรงข้ามกับที่มีพยาธิสภาพในสมอง โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนัก ยกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบาก หรือไม่

สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากฟื้นระยะนี้ จะเกิดอาการเกร็ง มีการงอของข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นาน จะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ส่งผลต่อการงอของข้อลำบาก เกิดข้อติด และมีความต้องการการพึ่งพา เนื่องจากมีความพร่องจากการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการเคลื่อนที่จะไม่มีประสิทธิภาพ (จันทร์จิรา สีสว่าง และนางฉัตร รุ่งเนย, 2559; สถาบันประสาทวิทยา, 2558) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด และการสื่อความหมาย พบว่าในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่น แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) มีความพร่องด้านการฟังคำพูด ไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน ผู้ป่วยพูดได้แต่จะมีปัญหาในการพูดตาม เนื่องจากฟังไม่เข้าใจคำพูดที่ทำให้พูดตาม (Receptive or Sensory aphasia) เกิดจากการมีพยาธิสภาพ ที่บริเวณของ Wernicke's area (บางครั้งเรียก Wernicke's aphasia) 2) ไม่สามารถเข้าใจทั้งภาษาพูด และภาษาเขียน ถึงแม้จะมองเห็น มีการพูดไม่คล่อง หรือพูดไม่ได้เลย (Global aphasia) เนื่องจากมีพยาธิสภาพทั้งบริเวณ Broca's และ Wernicke's area 3) มีความพร่องด้านการพูด และการเขียน สามารถอ่าน และฟังเข้าใจได้ แต่ไม่สามารถพูดบอก ความต้องการได้ (Motor or expressive aphasia) เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Broca's area (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยว และการกลืน พบว่า ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 และ 12 ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเม้มริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารได้ในทิศทางต่าง ๆ กล้ามเนื้อช่องปากและ คอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ยังพบความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึก และการรับรู้ ซึ่งได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวดแรงกดอุณหภูมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว หรือหลายอย่างรวมกัน ในผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ และการมองเห็นผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ สูญเสียการมองเห็นของลานสายตาครึ่งใดครึ่งหนึ่งของตาทั้งสองข้าง (Homonymous hemianopia) จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากความผิดปกติของลานสายตา และระยะการมองเห็น (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไปหรือ



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

เป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552; สถาบันประสาทวิทยา, 2555; Mijajlovic et al., 2017)

5.2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย โดยในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจะพบว่า เกิดความรู้สึกรู้สึกการสูญเสีย ได้แก่ เสียความภูมิใจในตัวเอง เสียความรู้สึกมั่นคง สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสีย คือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจออกมา ความเครียด (Stress) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอารมณ์ หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ และจากการศึกษาของ จันทรจิรา สีสว่าง และนางฉัตร รุ่งเนย (2559) พบว่า ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีภาวะวิตกกังวล และเป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อ ต่อสู้ สิ่งคุกคาม อาการของความวิตกกังวล เป็นอาการของความกลัว เกิดจาก ประสบการณ์การรับรู้ ความเจ็บป่วย เช่น แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอาจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แน่นหน้าอก เหงื่อ หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบ พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร ทบทำลายสิ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อาจมีอาการหงุดหงิดได้ง่าย และส่งผลให้เกิดภาวะภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al. (2016) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง และเป็นเรื้อรังยาวนาน หรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ

5.3 ผลกระทบด้านสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมผลกระทบด้านสังคม จากโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตามช่วงวัย พบว่า ระดับการพึ่งพาจะมากขึ้นตามช่วงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่มีการพึ่งพาทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย และความพิการที่หลงเหลืออยู่มากในกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งหากเกิดโรคจะ

มีความรุนแรงของโรคมมากกว่าวัยอื่น และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก (ชารินทร์ คุนยศยิ่ง, และคณะ, 2558) ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุกับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวทุกคนควรมีความรู้ และความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เพื่อเป็นการลดความเหนื่อยหน่าย จากภาวะการดูแล ไม่เกิดความขัดแย้ง และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปในทางที่ดี (ชารินทร์ คุนยศยิ่ง และคณะ, 2558; สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

จากการรายงานผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาานาน ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากทั่วโลกอยู่ระหว่างประมาณ 59,800-230,000 เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อปี (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่ารักษาลดลง ค่าเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองตีบ 20,396 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ ต่อรายต่อครั้ง (Wang et al., 2014) และจากรายงานของประเทศอังกฤษพบว่า มีค่าเฉลี่ยในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ 45,409 ปอนด์ ต่อคนต่อปี ยังคาดการณ์ว่าภาระทางเศรษฐกิจของโรคหลอดเลือดสมอง จะเกิดขึ้นสูงภายใน 20 ปี เนื่องจากมีการคาดการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนของผู้สูงอายุในประชากรทั้งหมดและจำนวนผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประจำเกี่ยวกับค่ารักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยประมาณการณ์ไว้ว่าปี ค.ศ. 2035 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 91,500,000,000 ปอนด์ ในผู้ป่วยใหม่ต่อปี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เพิ่มขึ้น 61,800,000,000 ปอนด์ต่อปี ตามลำดับ (Patel et al., 2017) และประเทศไทย จากรายงานสถาบันประสาทวิทยา (2560) พบว่า ค่ารักษาโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยในเฉลี่ย 56,400 บาทต่อรายต่อครั้ง และจากการศึกษาของ กาญจนศรี สิงห์ภู (2552) พบว่า ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยนอกทั้งทางตรง และทางอ้อมมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรวมทั้งรวมทั้งหมด 23,518 บาทต่อรายต่อปี ดังนั้นการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะส่งผลกระทบต่อมาในทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่มีทางที่รักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ทางการแพทย์จะมีการพัฒนาการรักษาที่ทันสมัยแล้วก็ตาม ยังคงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การที่จะป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมโรคหลอดเลือดสมอง และจะทำให้ผลของการรักษามี



1259445262

ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้ลดอุบัติการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง อัตราความพิการลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลดภาวะพึ่งพิงลง และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ จึงได้มีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

1. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลากหลายทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

การศึกษา Parkerson et al. (1993) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะองค์รวมว่า หมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคล ของกลุ่ม หรือองค์กร หรือที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลง ทางด้านนโยบาย สังคม และปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่น ๆ ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาทักษะ และยกระดับคุณภาพชีวิต

การศึกษา Gochman (1996) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมตามแนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์ยุคใหม่ว่า หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งการกระทำภายนอก เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการกระทำภายใน เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ การรับรู้

การศึกษา Cockerham (2010) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลง ปฏิบัติการ หรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำ ซึ่งเกี่ยวกับชีวิตและความเป็นอยู่ ทั้งที่เป็นพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายในตัวบุคคล ทั้งที่อยู่ในรูปของการกระทำ และละเว้นการกระทำทั้งที่ส่งผลดี และผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันตนเองจากโรคภัย ไข้เจ็บ และการรักษาชีวิต การศึกษา จักรพันธ์ เพชรภูมิ (2560) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การกระทำ หรือการกระทำงวดใด ๆ ที่มีผลดี และผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม และวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ซึ่งได้อิทธิพลมาจากทั้งปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ พุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย และปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม

การศึกษา นิรัชรา ช้อยชู และคณะ (2557) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบตัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิด ตีบตัน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้าน

การรับประทานอาหาร การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่และการไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การสังเกตอาการและการมาพบแพทย์ตามนัด

การศึกษา สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ได้ให้ความหมายว่า การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันการเกิดโรค 2) การป้องกันการดำเนินโรค 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพ

การศึกษา สุจิตรา คุ่มสะอาด (2560) ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรือการไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลดีต่อภาวะสุขภาพ หรือการงด หรือละเว้น ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีผลเสีย ต่อภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้าน กาย จิตใจ และอารมณ์ สังคมของตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามแพทย์ การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด

2. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือที่เรียกกันว่า การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention stroke) เป็นแนวทางการป้องกันโรคของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยมีแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ควรมีการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษา (Mount Nittany Health, 2018; Kernan et al. (2014) พบว่าการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจะช่วยลดไขมันในหลอดเลือด และลดการสร้างคราบตะกรันในหลอดเลือด นอกจากนี้ยังช่วยลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้สามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แนวความคิดการทดแทนอาหารเพื่อสุขภาพเป็นอีก

ทางเลือก ในการป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น งดการรับประทานเนื้อวัวและเนื้อแดง อื่น ๆ เนื่องจากการศึกษา (Kaluzza, Wolk, & Larsson, 2012) พบว่า การบริโภคเนื้อสัตว์สีแดง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อสัตว์สีแดงที่ผ่านการแปรรูป มีความเสี่ยงมากกว่าเนื้อสัตว์สีแดงทั่วไป เพราะมีปริมาณโซเดียมที่ปนในเนื้อสัตว์มากกว่า ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานเนื้อปลา เพราะเนื้อปลามีกรดไขมันจากปลา ซึ่งเป็นแหล่งรวมของ โอเมก้า 3 ที่มีส่วนช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ และควรงดรับประทานของที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวาน โดนัท ครั้วชองค์ แนะนำให้รับประทานพวกธัญพืช แทนชีส มายองเนส ไอศกรีม เนย นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และมีหลักการของการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ดังนี้ 1) ควรดื่มน้ำเปล่าหรือนมไขมันต่ำ หลังมื้ออาหาร หรือ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมพวกโซดา น้ำหวาน และผักดองต่าง ๆ 2) สัดส่วนของอาหารในจาน 2 ใน 4 ส่วน ต้องเป็นพวกผักและผลไม้ตามฤดูกาล ควรจำกัดพวกวิปครีม น้ำสลัดต่าง ๆ 3) สัดส่วนของอาหารในจาน 1 ใน 4 ส่วนของจานควรเป็นอาหารที่มีสารจำอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อปลา เต้าหู้ ถั่ว โดยควรลดการรับประทานเนื้อสัตว์ปีก 4) สัดส่วนของอาหาร 1 ส่วน 4 ที่เหลือ คือ สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ข้าวกล้องหรือขนมปังโฮลวีท เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้

พฤติกรรมมารับประทานยาตามแพทย์สั่ง ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะต้องได้รับการรักษาโดยการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษา (สาธิต กาศูริย์ และคณะ, 2547; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะต้องรับประทานยาทุกชนิดที่แพทย์สั่งให้รับประทาน เพื่อช่วยควบคุมโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งหากไม่รับประทานอย่างต่อเนื่อง หยุดการรับประทานยาเอง ปรับหรือขนาดยาเอง หรือปรับจำนวนยาเอง จะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้

พฤติกรรมมาตรวจตามแพทย์นัด ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะต้องมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษา (นิรัชรา จ้อยชู และคณะ, 2557; Redfern, McKevitt, Rudd, & Wolfe, 2002) พบว่า การมารับการตรวจตามแพทย์นัดสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ เนื่องจากขณะผู้สูงอายุมารับการตรวจตามแพทย์นัด จะได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ในการให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษา (Gallanagh, Quinn, Alexander, & Walters, 2011; Kernan et al., 2014) แนะนำว่า การไม่ออกกำลังกาย (Physical inactivity) อย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะอ่อนแอ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งหากผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตลดลง ลดภาวะตีตัวของเส้นเลือดในสมอง และเป็นเพิ่มระดับการไหลเวียนโลหิตในสมอง ในผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งหากไม่สามารถปฏิบัติได้ภายใน 30 นาที ให้แบ่งช่วงออกกำลังกายเป็นระยะสั้น ๆ ครั้งละ 10 นาที แนะนำการออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว หรือการปั่นจักรยาน

พฤติกรรมกรรมการงดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ซิกคนสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษา (Johns Hopkins Medicine, 2018; Kernan et al. (2014) พบว่า การสูบบุหรี่หรือการอยู่ใกล้ซิกคนสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า เนื่องจากนิโคตินมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตในร่างกาย รวมทั้งการสูบบุหรี่มีผลให้ลดระดับปริมาณของออกซิเจนในระบบการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดมีการจับกันเป็นก้อนมากขึ้น นอกจากนี้บุหรี่ยังมีการทำลายผนังเยื่อหุ้มของหลอดเลือดทำให้เกิดการสะสมของคราบของไขมันต่าง ๆ ในผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น และก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงในสมองแข็งเปราะง่าย (Atherosclerosis) ประกอบกับในวัยสูงอายุ ทำให้มีความเสื่อมถอยของหลอดเลือดแดงในสมองจากกระบวนการชราภาพ ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ควรงดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ซิกคนสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

พฤติกรรมกรรมการงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษา Kernan et al. (2014); National Stroke Association (2013) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 2 ชนิดต่อ 1 วันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 50 โดยสามารถทำให้เกิดลิ้มเลือดในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้

พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ควรระวังผลกระทบจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะความเครียด จึงควรจัดการภาวะความเครียด เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษา (Glatter, 2018; Lu et al., 2013; Munhoz et al., 2008) พบว่า ความเครียดทางจิตใจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยไปกว่าระดับความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะความเครียดทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ปริมาณฮอร์โมนคอร์ติซอลที่เพิ่มมากขึ้น จะมีผลกระตุ้นต่อการหลั่งอะดรีนาลีน และนอร์อะดรีนาลีน เช่นเดียวกับต่อมหมวกไตชั้นใน ฮอร์โมนคอร์ติซอลมีผลกระตุ้นไมโครเกลียชนิด M1 (M1 microglia) และกระตุ้นการหลั่งของสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ ส่งผลกระตุ้นการอักเสบที่สำคัญ คือ การเกิดการอักเสบของหลอดเลือด (Vascular inflammation) ส่งผลให้เกิดภาวะ Atherosclerosis ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในผู้สูงอายุต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าคนที่นอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง ถึง 4 เท่า เพราะการนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ควรมีกิจกรรมช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส และต้องมีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพออย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจชนิด Atrial fibrillation การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ควรมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการรายงาน (Kernan et al., 2014; Mount Nittany Health, 2018) พบว่า การใช้ยาโดยผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาแล้ว พบว่า การใช้ยาลดความดันโลหิตสามารถป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยแนะนำให้พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยระดับความดันโลหิตเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 140/ 90 mmHg ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การจำกัดอาหารประเภทเกลือ ควรจำกัดปริมาณการรับประทานเกลือให้ได้เพียงวันละไม่เกิน 1,500-2,400 มิลลิกรัม และควรสังเกตผลจากอาหารที่มีการระบุว่ามีเกลือเล็กน้อย หรือลดเค็ม ควรเลือกรับประทานอาหารที่ระบุว่าเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ เพราะอาหารเหล่านี้จะมีการจำกัดปริมาณเกลือ และควรงดการเติมเครื่องปรุงเช่น เกลือ ซอสถั่วเหลือง หรือซอสชนิดต่าง ๆ ลงในอาหารเพิ่ม

การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่มีหรือคาดว่าจะมีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือด (Atherosclerosis) ควรมีการควบคุมโรคไขมันในเลือดสูงจากการรายงาน (Estruch et al., 2013; Kernan et al., 2014) พบว่า ในการรักษาของระดับ LDL-Cholesterol เป้าหมายน้อยกว่า 100 mg/ dL และหากถ้าจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก ระดับ LDL-Cholesterol เป้าหมาย คือ น้อยกว่า 70 mg/ dL ยาที่แนะนำ คือ

ยากลุ่มสแตติน (Statins) ในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีหรือคาดว่าจะมีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือด และระดับ LDL-Cholesterol ไม่สูงอาจพิจารณาใช้ยากลุ่มสแตติน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดอื่น ๆ ควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรเลือกรับประทานอาหาร ที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (Monounsaturated fatty acids: MUFA) ซึ่งสามารถพบได้ในน้ำมันมะกอก ปลา ซึ่งในเนื้อปลาจะมีกรดไขมันที่เป็นแหล่งรวมของโอเมก้า 3 ที่มีส่วนช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และถั่วชนิดต่าง ๆ ควรจำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น เนยแข็ง แสมเบอร์เกอร์ เนื้อสัตว์ปีก และหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันทรานส์ ซึ่งมักพบในอาหารแปรรูปทุกชนิด เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ๆ เช่น ผัก ผลไม้

การควบคุมโรคเบาหวาน ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ควรมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ จากการศึกษาของ (Estruch et al., 2013; Kernan et al., 2014; Larsson, Akesson, & Wolk, 2014) พบว่า เป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมายรักษาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ซึ่งสามารถทำได้โดยการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้า และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีระดับน้ำตาลสูง เช่น ข้าวเหนียวทุเรียน มะม่วงสุก เป็นต้น และพบว่า ในการรับประทานน้ำตาลมากกว่าวันละ 2 ส่วนของอาหาร มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรงดการดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ของหวาน และเบเกอรี่ชนิดต่าง ๆ ให้น้อยกว่า 1 ส่วนต่อสัปดาห์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การควบคุมภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษา (สถาบันประสาทวิทยา, 2555; Kernan et al., 2014) ได้แนะนำการใช้ยา วาร์ฟาริน (Warfarin) โดยมีเป้าหมายระดับค่า INR ในเลือดเท่ากับ 2.0-3.0 แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา วาร์ฟาริน ได้ ให้ใช้ยาแอสไพริรินขนาด 325 มิลลิกรัมต่อวันแทน โดยทั่วไปอาจเริ่มให้วาร์ฟารินกับผู้ป่วยในเวลา 2 สัปดาห์หลังจากที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ถ้าพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีพื้นที่ของสมองตายกว้างอาจพิจารณาเลื่อนการได้รับยา วาร์ฟารินออกไปก่อน นอกจากนี้ในผู้สูงอายุอาจมีโรคประจำตัวหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ควรมีการรับปรึกษาเพื่อควบคุมโรคร่วมอย่างสม่ำเสมอ และไม่ควรรานผักใบเขียวที่มีวิตามินเคสูง เช่น บรอกโคลี ผักโขม หน่อไม้ฝรั่ง กระหล่ำปลี การรับประทานผักต่าง ๆ ในช่วง

เทศกาลกินเจ ควรรับประทานในปริมาณเท่า ๆ เดิม เนื่องจากมีผลต่อระดับความแข็งตัวของเลือด (ระดับ INR ในเลือด) และมีผลต่อการปรับยา วาร์ฟาริน (Warfarin) ของแพทย์

จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังกล่าว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องก่อน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ (Strecher & Rosenstock, 1997) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด โดยมีสมมติฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะกระทำการใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความรุนแรงต่อชีวิตของตน และการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงใด ๆ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค รวมทั้งลดภาวะคุกคามและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย นอกจากนี้ความเชื่อของบุคคลจะสมบูรณ์ได้นั้นจะต้องมีสิ่งชักนำหรือสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือน เพื่อให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และยังเกิดความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Strecher & Rosenstock, 1997) โดยการนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรเพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

1. ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากอิทธิพลของความเชื่อ และการรับรู้ที่ผสมผสานกันระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของสิ่งที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ผลประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับรู้อุปสรรคของการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (Strecher & Rosenstock, 1997) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมาย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า จากการศึกษาค้นคว้าของ Attkinson and Permutis-Levine (2009) ให้ความหมายด้านความเชื่อของสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดและการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีหลาย ๆ องค์ประกอบร่วมกัน และความเชื่อนี้จะสามารถทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

พฤติกรรมใหม่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีกว่าพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ พรจิต อุไรรัตน์ (2554) ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพว่าหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ และการรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่บุคคลนั้นเชื่อว่า จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และจากการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชูและคณะ (2557) ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ความเชื่อนี้จะสามารถทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่า พฤติกรรมใหม่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปความหมายความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ การรับรู้ และความคิดเห็นของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าสามารถทำได้ และสิ่งที่ทำเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคได้ และทูลา ความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อสุขภาพด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1997) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2. มโนทัศน์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

เป็นแบบจำลองทางสังคมจิตวิทยา (Social-psychological Approach) ที่ถือกำเนิดขึ้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1950 และนับเป็นทฤษฎีหรือแบบจำลองแรก ๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาของ Hochbaum, Rosenstock, and Kegels (1952) เป็นกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมา เพื่ออธิบายความล้มเหลวของ โครงการตรวจคัดกรองโรควัณโรคที่เกิดจากประชากรส่วนใหญ่ ไม่ให้ความร่วมมือกับโครงการดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่เป็นการบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ก็ตาม (Rosenstock, 1974) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการเรียนรู้ 2 ทฤษฎี มาใช้อธิบายความล้มเหลวที่เกิดขึ้น (Champion & Skinner, 2008) ประกอบด้วย ทฤษฎีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus response theory) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากได้รับสิ่งเสริมแรง (Reinforcements) และทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive theory) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากให้ค่าหรือคุณค่า (Value) กับผลลัพธ์ที่ความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งหากบุคคลได้รับรู้ถึงภาวะอ่อนไหวต่อการเกิดโรค และการเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงก็ เท่ากับว่า บุคคลดังกล่าวได้รับการเสริมแรง ทำให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนอง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงรู้จักกันในอีกชื่อก็คือ แบบแผนการให้คุณค่ากับความคาดหวัง (Expectancy value model) ซึ่งในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock และ Becker ได้เสนอให้มีการเพิ่มตัวแปร การรับรู้

ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) เข้าไปในแบบแผนความเชื่อสุขภาพ โดยยังคงองค์ประกอบเดิมทั้งหมด เพื่อเป็นการขยายขอบเขตการใช้ประโยชน์ของแบบจำลองเดิม ที่จำกัดอยู่เพียงพฤติกรรมด้านป้องกันโรคให้สามารถนำไปปรับใช้กับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น หลังจากนั้น Strecher and Rosenstock (1997) ได้ดัดแปลงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีสมมุติฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะกระทำการใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความรุนแรงต่อชีวิตของตน และการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค รวมทั้งลดภาวะคุกคาม และความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย นอกจากนี้ความเชื่อของบุคคลจะสมบูรณ์ได้นั้นจะต้องมีสิ่งชักนำหรือสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือน เพื่อให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และยังเกิดความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย โหมดันที่สำคัญ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก็จะส่งผลถึงการรับรู้ต่อภาวะคุกคาม (Perceived threat of disease) 2) ปัจจัยร่วม (Modify factor) มีองค์ประกอบย่อย คือ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ และศาสนา เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม (Cues to action) อาจเป็นบุคคลหรือสิ่งของ เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น อาการหรือการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ใบนัดตรวจติดตามผล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจไม่มีผลโดยตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of action) เป็นการพิจารณาถึงความเป็นไปได้และประสิทธิผลของพฤติกรรมสุขภาพ มีองค์ประกอบย่อย คือ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) กับพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้ (Strecher & Rosenstock, 1997 อ้างถึงใน จักรพันธ์ เพชรภูมิ, 2560)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ของตนเองมีมากน้อยเพียงใด



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / rev: 10072563 06:21:01 / seq: 13

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคใด ๆ ทั้งที่มีต่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน รวมทั้งผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง และสถานะทางสังคม

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ และผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจ หรือความรู้สึกด้านคุณค่าของตนเอง

4. การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเสียค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอาย หรือความยากลำบากใจ หรือการกระทำที่ยุ่งยากหรือทำได้ยาก

5. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรค ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง ประสบการณ์เป็นโรค ซึ่งไปเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะคุกคามให้เพิ่มมากขึ้น 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล ได้แก่ การสื่อสารมวลชนหรือการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน โดยปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่จะนำบุคคลไปสู่พฤติกรรมที่สุขภาพที่เหมาะสม

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนี้ของบุคคลจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากต่ออุปสรรค ตลอดจนสามารถควบคุมสถานการณ์ และสร้างผลผลิตในเชิงสร้างสรรค์ได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจในการนำโมเดลที่สำคัญ 3 องค์ประกอบหลัก นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย และนำองค์ประกอบทั้ง 6 มิติ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง



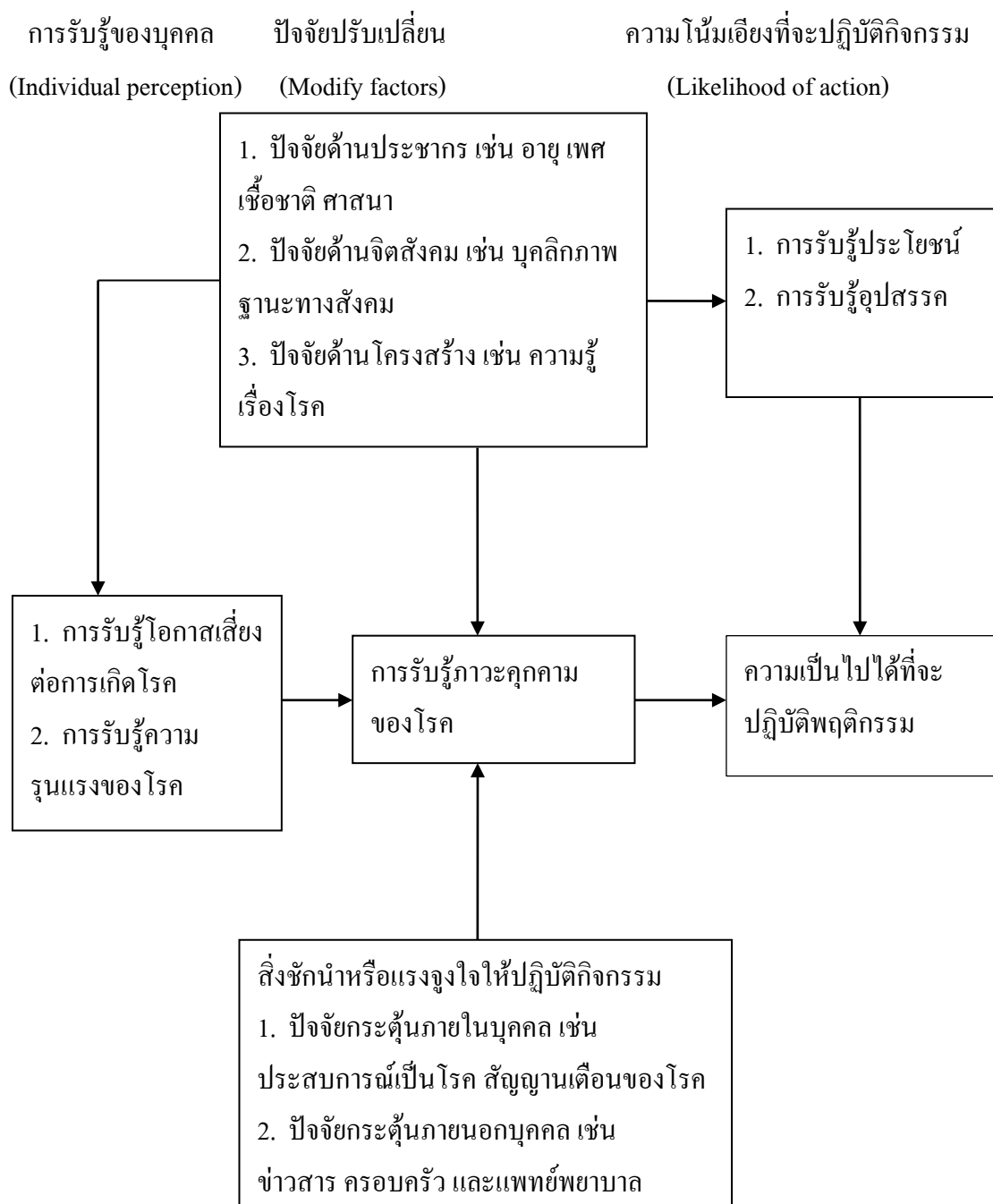
1259445262

เพื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
โดยมีการจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock (1997) ซึ่งสามารถ
แสดงภาพได้ดังภาพที่ 2



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13



ภาพที่ 2 องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ สเตชเชอร์ และ โรเซนสตีค
(Strecher & Rosenstock, 1997)



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้มีการศึกษาไว้ที่หลากหลายทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Strecher & Rosenstock, 1997) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การออกกำลังกาย ความอ้วน การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรือไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด และการควบคุมโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีความเชื่อของตนเองที่ถูกต้อง จะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา มีดังนี้

จากการศึกษาของ Kraywinkel et al. (2007) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงภายหลังจากการตรวจค่าให้ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง 1,483 ราย ในประเทศเยอรมัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 67-ร้อยละ 96 ยกเว้นผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานพบ ร้อยละ 49 โรคหัวใจขาดเลือดพบร้อยละ 57 และ ร้อยละ 13 คิดว่าตัวเองมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง และร้อยละ 55 คิดว่าตัวเองมีความเสี่ยงในระดับปานกลาง และในการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงหลักทั้งหมดมีส่วนสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคลว่าอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือการรับปรึกษา ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 1 ปี จำนวน 180 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

หลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และจากการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยเสม็ด จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 195 ราย ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 3 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .17$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมี จำนวน 130 ราย ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01 ($r = .29$) และจากการศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และนัยนา พิพัฒน์วิเศษ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r_s = .33$) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็น โรคกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เพื่อนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำจะทำให้กระทบต่อระบบการไหลเวียนของโลหิตในสมองเพิ่มขึ้น ในบริเวณตำแหน่งสมองขาดเลือดเดิม หรือสมองขาดเลือดตำแหน่งใหม่ ทำให้การทำงานของระบบประสาทสมองผิดปกติ ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น และความพิการ



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

เพิ่มมากขึ้น (Mendis, 2013; Slark, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ดังนี้

จากการศึกษาของ Edwards (2015) ได้ศึกษาความเชื่อของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาเชิงสำรวจระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 ในชุมชนแปซิฟิกตะวันตกเฉียงเหนือ และในชุมชนเขตซีแอตเติล ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลของการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) และจากการศึกษาของ สุพร หุตากร (2549) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .18$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r_s = 30$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .80 และการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .14$) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจตัวแปร การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เพื่อนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่มีต่อประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของตน และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านมาดังนี้

จากการศึกษาของ Nepal (2015) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศภูฏานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .26$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิต

จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .30$) และจากการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู และคณะ (2557) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด ตีบตัน เป็นการศึกษาแบบพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด ตีบตัน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกตรวจโรคระบบประสาทอายุรกรรม ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด ตีบตัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($r = .23$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .17$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .21$) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจตัวแปร การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มีต่อสิ่งจะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา มีดังนี้

จากการศึกษาของ Robinson (2012) พบว่า ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้หญิงชาวแอฟริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และจากการศึกษาของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r_s = -.33$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.08$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน



1259445262

โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$) และการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู และคณะ (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .31$) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกันทางสถิติ และพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและโรคกลุ่มเสี่ยง ยังไม่พบการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจตัวแปร การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้าน 1) ปัจจัยกระตุ้นภายในบุคคล เช่น ประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนอาการโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยกระตุ้นภายนอกบุคคล เช่น ข้อมูลข่าวสาร ครอบครัว เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา มีดังนี้

จากการศึกษาของ Chambers et al. (2011) พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการรักษาสูงจะมีบุคคลในครอบครัวคอยช่วยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang et al. (2014) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .53$) และจากการศึกษาของ Dearborn and McCullough (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษาในประชากรเพศหญิง จำนวน 805 ราย อายุอยู่ระหว่าง 50-70 ปี เลือกลุ่มตัวอย่างมาจากมหาวิทยาลัยศูนย์โรคหัวใจแห่งคอนเนคติกัน ที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถบอกภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nau et al. (2005) ได้ศึกษาเพศและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง 490 ราย เป็นเพศชาย 348 เพศหญิง 142 ราย มีประสบการณ์เป็นโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมิชิแกน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ การรับรู้



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และจากการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .30$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และ นัยนา พิพัฒน์วิเศษ (2560) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r_s = .23$) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจตัวแปร การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา มีดังนี้

จากการศึกษาของ ทิพวรรณ ไทยवंต์ (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ การศึกษาวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 55 ปี ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .75$) และจากการศึกษาของ พรทิพย์พา ธิมายอม และคณะ (2555) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .29$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา ผิวขาว (2560) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาติดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 ราย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .43$) และจากการศึกษา Nepal (2015) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในประเทศภูฏาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .55$) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Robinson (2012) พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำนาย พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้หญิงชาวแอฟริกา ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรค หลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ใน การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจตัวแปร การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อนำมาศึกษาหา ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับ เป็นซ้ำจะมีสถิติเพิ่มมากขึ้น อัตราตายเพิ่มมากขึ้น อัตราความพิการเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน เศรษฐกิจ และประเทศชาติ การเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำใน มีปัจจัย เสี่ยงหลัก คือการที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลง ในหลอดเลือดในสมองของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความแข็งกระด้างภายในหลอดเลือดชั้นใน ทำให้มี ความยืดหยุ่นลดลง การไหลเวียนไปเลี้ยงสมองลดลง และยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเสี่ยงที่ ควบคุมได้ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การไม่ควบคุมน้ำหนัก การไม่งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่งดสูบบุหรี่หรือการอยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การมีความเครียด และการไม่ควบคุมโรคร่วม ต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ จากปัจจัย ดังกล่าวพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การขาดยา การหยุดยาเอง และการไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้เป็น โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้น

ดังนั้นจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยให้ป้องกันการเป็น โรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำได้ แต่การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ต้องมีความเชื่อที่ถูกต้องว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ โรคจะทำให้มีความรุนแรงต่อชีวิตของตนเพิ่มมากขึ้น ความพิการทางร่างกายเพิ่มขึ้น ตามจำนวนปี หรือตามจำนวนครั้งของการเป็น โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และการที่จะ ปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ



1259445262

จะช่วยลดภาวะคุกคาม ลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรค
 สิ่งมาเกิดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
 อันจะมีผลดีต่อภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ความเชื่อของบุคคลจะสมบูรณ์ได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์หรือ
 สิ่งที่ยึดมั่นกระตือรือร้น เพื่อให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และยังคงเกิดความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจใน
 ความสามารถของตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทำให้ไม่เป็น
 โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาตัวแปรตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อ
 ด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997) พบว่า ตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือด
 สมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของ
 การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำ
 ให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการศึกษาตัวแปร
 ดังกล่าวที่ผ่านมา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง
 ที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ยังไม่พบหลักฐานการศึกษาของ
 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งอาจจะมีปัจจัยที่จะ
 มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
 และความสัมพันธ์ที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวมีทิศทางใด ผลของการศึกษานำมาเป็นแนวทางการดูแล
 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เพื่อเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ
 ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดมีคุณภาพคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มารับบริการการรักษา ที่คลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ในรอบปี 2560 จำนวน 817 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่มารับบริการการรักษา และติดตามอาการที่คลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้ยิน และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
2. มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือมีระดับการรู้คิดที่ดี จากการประเมินสภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยประเมินได้จาก แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ ซึ่งแปลโดย ศตวรรษ อัครศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา (2561) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ขณะสัมภาษณ์ เกณฑ์ข้อยกเว้น เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ และกำลังของ แขน-ขา อ่อนแรง ทันทีทันใด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้มีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ผู้วิจัยได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ Power analysis โดยการเปิดตารางของ Polit and Hungler (1987)



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบในการวิเคราะห์ (Power of test .80) และผู้วิจัยจึงกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .30 ตามการศึกษาของ สุธัสสา ทิจะยง (2557) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้สิ่งชักนำ ที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเท่ากับ .30 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 88 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ชนิดการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ตามขั้นตอนดังนี้

1. คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 6 วัน คือ วันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 06.00 น.-14.00 น. โดยจะมีการนัดผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำไว้ล่วงหน้า
2. หนึ่งวันก่อนที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่จะมารับบริการในวันถัดไป โดยการคัดเลือกจากแฟ้มเวชระเบียนที่มีการระบุ และการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
3. ในวันที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำตามที่กำหนดไว้ แล้วนำรายชื่อทั้งหมดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมาทำฉลาก เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และนำรายชื่อที่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยดำเนินการเช่นนี้ทุกครั้ง ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเฉลี่ยวันละ 5-6 ราย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 1 ชุด
 - 1.1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ของ ศตวรรษ อุตระศาสตร์ และคณะ (2561) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Brooke and Bullock (1999) ประกอบไปด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ทำการแปลเครื่องมือ

ตามขั้นตอนของ Sperber, Devellis, and Boehlecke (1994 cited in Sperber, 2004) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายข้อ ทั้งด้านความใกล้เคียงของภาษาและความใกล้เคียงของการตีความ พบว่า ทุกข้อได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004) เครื่องมือนี้จึงถือว่า มีความเที่ยงตรงของการแปลภาษา ซึ่งแบบทดสอบนี้มาใช้เพื่อคัดกรองความผิดปกติทางการรับรู้เบื้องต้น โดยภาพรวมจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีความไวของแบบทดสอบ (Sensitivity) 90 % ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือ (Specificity) ร้อยละ 100 และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยมีความไวของเครื่องมือร้อยละ 78 ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือนี้ ร้อยละ 100 (Jefferies & Gale, 2013)

คะแนนรวมของแบบทดสอบ 6 ข้อ อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยแปลผลลัพธ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Brooke & Bullock, 1999 อ้างถึงใน ศตวรรษ อูครศาสตร์ และคณะ, 2561)

0-7 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปกติ

8-9 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย

10-28 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือ จำนวน 8 ชุด

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล การพักอาศัยในปัจจุบัน สิทธิการรักษา และข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว จำนวน โรคประจำตัว โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง (m-RS) จำนวนครั้งการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งข้อมูลได้จากเวชระเบียนทั้งหมด

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรือการไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การมาตรวจตามแพทย์นัด และการจัดการความเครียด มีจำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวก และข้อความทางลบ ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 18 และ ในข้อความที่มีความหมายทางลบ มี 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 7, 11, 13, 14, 15, 17 และในการให้คะแนนข้อความหมายทางลบ จะให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามทางบวก

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) ซึ่งในแต่ละข้อมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ 4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3	2
ปฏิบัติบางครั้ง 2	3
ไม่เคยปฏิบัติเลย 1	4

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีการกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำระดับสูง พฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำระดับปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำระดับต่ำ โดยหาค่าพิสัยตามเกณฑ์ของ (Burn & Grove, 2009) โดยนำค่าคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนชั้น ซึ่งในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนสูงสุด 72 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน จะได้ค่าของช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 18-35 หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 36-53 หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 54-72 หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การแปลผลคะแนน พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้ปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเลย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
กลับเป็นซ้ำ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนสูงสุด
40 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน

การแปลผลคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่มีคะแนนสูง
หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
กลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และ
เอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในด้าน
ต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย อัตราตายเพิ่มขึ้น ระดับความพิการเพิ่มขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนาน
ขึ้น ด้านจิตใจมีภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม มีภาวะพึ่งพิง ด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่ม
มากขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale)
ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก



1259445262

เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเลย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนสูงสุด 40 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน

การแปลผลคะแนน การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีจำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเลย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนสูงสุด
40คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน

การแปลผลคะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีคะแนนสูง
หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพ อยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเป็นทางลบทั้งหมด
ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้
เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเลย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนสูงสุด 40คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน

การแปลผลคะแนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า

2.7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยปัจจัยกระตุ้นภายใน ได้แก่ ประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ข่าวสารครอบครัวเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลมีจำนวน 10 ข้อ และแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ (1-4) ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเลย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนสูงสุด 40คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน

การแปลผลคะแนน การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.8 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในด้านความสามารถของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในการกระทำกิจกรรมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีจำนวน 10 ข้อ และลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเลย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนสูงสุด 40 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน

การแปลผลคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง นำไปเสนออาจารย์ที่
 ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสมของข้อคำถาม แล้วนำมา
 ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรค
 หลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้
 ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
 พฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบ
 สัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)
 โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง
 จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง และแบบแผนความเชื่อ
 ด้านสุขภาพ (Health belief model) จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญโรคหลอด
 เลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้
 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการ
 ตรวจสอบแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาดัชนีความตรง
 ตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ต้องมีค่าระหว่าง 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) ซึ่ง
 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การ
 รับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอด
 เลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบ
 สัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่
 การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ค่าดัชนีความ
 ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแต่ละชุด เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0, 1.0, .80, .98, และ 1.0 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความ
 รุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
 พฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์
 การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของ
 ตนเอง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่คลินิกประสาท
 วิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่ม



1259445262

ตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ .73 .85 .80 .81 .73 .73 และ .75 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากความเที่ยงของเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใหม่ควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2553)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการการเก็บข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้การวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จนได้รับการพิจารณา และเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2561 โดยมีรหัสรับรองจริยธรรมการวิจัย คือ 05-10-2561 และผู้วิจัยได้ทำการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จนได้รับการพิจารณา และผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โดยมีเลขที่โครงการวิจัยรับรอง คือ 62007
2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดและอธิบายสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่า ยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างควรจะได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มอบเอกสารการชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยดูแลกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากพบแพทย์ตามนัด และขณะรอผู้วิจัยสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล นอกจากนี้ยังช่วยอำนวยความสะดวก ในการติดต่อเรื่องการนัดหมายของแพทย์ การส่งใบตรวจพิเศษต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลประวัติเวชระเบียนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำด้วย และผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวม จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ยื่นต่อคลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.3 เมื่อสถาบันประสาทได้รับหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันประสาทวิทยาต่อไป

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ คลินิกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

2.2 ในวันก่อนที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจะมาใช้บริการ ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของแผนกผู้ป่วยนอก ในการคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากแฟ้มเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่จะมารับบริการในวันรุ่งขึ้น

2.3 ในวันที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมารับบริการ ในระหว่างช่วงเวลา 06.00 น.-09.00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยทำการยื่นบัตรรับการคัดกรอง และรอพบแพทย์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการตรวจสอบจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย และประเมินความผิดปกติทางการรับรู้ของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ด้วยแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ เมื่อมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ผู้วิจัยจะนำรายชื่อทั้งหมดมาทำฉลากเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน แล้วนำรายชื่อที่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันวันละ 5-6 ราย

ในกรณีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่ไม่ผ่านการประเมินทางการรับรู้ ผู้วิจัยจะรายงานต่อพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำต่อไป จากการลงทะเบียนข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มีคะแนนการประเมินแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 5 ราย คือ มีระดับคะแนน 8 คะแนน จำนวน 2 ราย 10 คะแนน จำนวน 3 ราย ข้อคำถามที่ตอบไม่ได้คือข้อที่ 7 การทดสอบความจำ โดยถามกลับเกี่ยวกับที่อยู่ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ที่ให้จำก่อนหน้านั้นในข้อที่ 3 และทางผู้วิจัยได้รายงานต่อพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

2.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมายังบริเวณสถานที่เก็บข้อมูล โดยทั้งนี้ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อการเก็บข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยรับบริการเสร็จเรียบร้อยแล้วทุกขั้นตอนแล้ว

2.5 หลังจากผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังห้องที่ถูกจัดเตรียมไว้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 45 นาทีต่อราย โดยมีการแบ่งการสัมภาษณ์เป็น 2 ช่วง ๆ ละ 20 นาที พัก 5 นาที ทุกราย

2.6 เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยนำมาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก ง) โดยข้อตกลงเบื้องต้นมีดังนี้

- 3.1 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาที่เป็นมาตราอันตรภาคชั้น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

- 3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มจากประชากร

- 3.3 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวแปรต้องมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient and fisher kurtosis coefficient โดยค่าที่ได้อยู่ในช่วง ± 1.96 ดังนั้นจึงสรุปว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

- 3.4 การทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบโดย Scatter plot พบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวกับตัวแปรตามมีลักษณะเป็น Homoscedasticity

- 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ทดสอบโดย Scatter plot พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือค่า r ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553)

ค่า $r > .70$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่า r มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่า $r < .30$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่มารับบริการรักษา และติดตามอาการ ที่คลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2562 จำนวน 88 ราย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล การพักอาศัยในปัจจุบัน สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว การมีโรคประจำตัว จำนวนการมีโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ



1259445262

BUU-1Thesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้แก่ ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม มีค่ามาตรวัดในช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร ระดับค่าหนึ่ง ๆ ของตัวแปรหนึ่ง มีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่งเท่ากัน หรือมีความแปรปรวนเท่ากัน โดยพิจารณาจาก Scatterplot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวแปรต้องมีการกระจายแบบปกติ (Histogram, Stem and leaf plot, Box plot, สถิติ Kolmogorov-Smirnov และค่า Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์สถิติ ได้ผลการวิเคราะห์สามารถอธิบายในรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล อาศัยอยู่กับใคร สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว การมีโรคประจำตัว จำนวนการมีโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 88$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	45	51.10
70-79 ปี	24	27.30
80 ปีขึ้นไป	19	21.60
Mean 70.86, $SD = 8.06$, Min = 60, Max = 87)		
เพศ		
ชาย	57	64.80
หญิง	31	35.20
ศาสนา		
พุทธ	87	98.90
อิสลาม	1	1.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	3.40
ประถมศึกษา	48	54.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	6.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	5.70
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4	4.50
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	5	5.70
ปริญญาตรี	15	17.00
ปริญญาโท	2	2.30
สถานภาพสมรส		
โสด	4	4.50
คู่	65	73.90
หม้าย/ หย่า	19	21.60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	27	30.70
เกษตรกร	12	13.60
รับจ้างทั่วไป	17	19.30
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ (บำนาญ)	24	27.30
พนักงานบริษัท	3	3.40
ค้าขาย	5	5.70
การพักอาศัยปัจจุบัน		
บิดา-มารดา	2	2.30
สามี-ภรรยา	45	51.10
ลูก	39	44.30
หลาน	2	2.30
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ	47	53.40
รัฐวิสาหกิจ	3	3.40
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22	25.00
จ่ายเอง	16	18.20
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	29	33.00
10,001-15,000 บาท	15	17.00
15,001-20,000 บาท	6	6.80
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
20,001-25,000 บาท	4	4.50
25,001-30,000 บาท	10	11.40
30,000 บาท ขึ้นไป	24	27.30



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รอบเอว (Centimeter)		
ชาย \leq 90 Cms.	38	43.10
หญิง \leq 80 Cms.	9	10.20
ชาย $>$ 90 Cms.	19	21.50
หญิง $>$ 80 Cms.	22	25.00
ระดับดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) kg/ m ²		
BMI $<$ 18.5 kg/ m ²	2	2.20
BMI = 18.5-22.99 kg/ m ²	23	26.10
BMI = 23-24.99 kg/ m ²	23	26.10
BMI = 25-29.99 kg/ m ²	21	23.90
BMI = \leq 30 kg/ m ²	19	21.60
Mean = 25.38 SD = 4.524 Min = 17 Max = 40		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคล		
ในครอบครัว		
มี	23	26.10
ไม่มี	65	73.90
การมีโรคประจำตัว		
มี	86	97.70
ไม่มี	2	2.30
จำนวนโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	2	2.30
1 โรค	24	27.30
2 โรค	46	52.30
3 โรค	16	18.10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	70	81.30
โรคไขมันในเลือดสูง	53	61.60
โรคเบาหวาน	35	40.60
โรคหัวใจขาดเลือด	5	5.80
โรคหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ	3	3.40
โรคไตวาย	1	1.20
โรคพาร์กินสัน	1	1.20
ระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)		
อาการปกติ (0 คะแนน)	13	14.70
เล็กน้อย (1-4 คะแนน)	63	71.60
ปานกลาง (5-15 คะแนน)	12	13.60
ระดับความพิการโรคหลอดเลือดสมอง (m-RS)		
ไม่มีความผิดปกติเลย (0 คะแนน)	6	6.80
ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง (1 คะแนน)	22	25.00
พิการน้อย (2 คะแนน)	28	31.80
พิการปานกลาง (3 คะแนน)	26	29.50
พิการมาก (4 คะแนน)	6	6.80
จำนวนครั้งการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ		
2 ครั้ง	61	69.30
3 ครั้ง	27	30.70

จากตารางที่ 1 การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.10) มีอายุต่ำสุด คือ 60 ปี สูงสุด คือ 83 ปี และมีอายุเฉลี่ย 70.8 ปี ($SD = 8.06$) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 64.80) และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.90) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.50) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.90) และด้านการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง

ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 30.70) เป็นข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจบ้านานาญ (ร้อยละ 27.30) อาศัยอยู่กับ
 สามเณร/ ภรรยา (ร้อยละ 51.10) และมีการใช้สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 53.40)
 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.30) และรองลงมา มีรายได้มากกว่า
 30,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 27.30) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ชายมีรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร
 (ร้อยละ 43.10) ผู้หญิงมีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 10.20) และจากการคำนวณค่า
 ระดับดัชนีมวลกายมากที่สุดอยู่ในช่วง 18.5-22.99 kg/ m² (ร้อยละ 26.10) และเท่ากับระดับดัชนีมวล
 กายเฉลี่ย 23-24.99 kg/ m² (ร้อยละ 26.10) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่พบว่า การมีประวัติการ
 เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 73.90) และกลุ่มตัวอย่างมีโรค
 ร่วม (ร้อยละ 97.70) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 53.40) ซึ่งโรค
 ประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 79.50) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
 มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย โดยได้รับการประเมินระดับความรุนแรง
 ของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 1-4 คะแนน (ร้อยละ 71.50) และมีระดับความพิการเล็กน้อย
 โดยได้รับการประเมินระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมองระดับ 2 คะแนน (ร้อยละ 31.80)
 รองมาระดับความพิการปานกลางระดับ 3 คะแนน (ร้อยละ 29.50) การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
 กลับเป็นซ้ำส่วนมากเป็นมาแล้ว 2 ครั้ง (ร้อยละ 69.30) รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็น
 ซ้ำมาแล้ว 3 ครั้ง (ร้อยละ 30.70) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการศึกษา
ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($n = 88$)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	คะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนน ที่ได้จริง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	36-53	45-52	23	26.10
ระดับสูง	54-72	54-71	65	73.90
Mean = 60.19 SD = 6.981				

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อยู่ในระดับสูง จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 73.90)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($n = 88$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p -value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	.220	.020
2. การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ	.224	.018
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.306	.002
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-.273	.005
5. การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.306	.002
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.204	.028

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .31, p < .01$) และการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .31, p < .01$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($r = .22, p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ ($r = .22, p < .05$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .20, p < .05$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่มารับบริการการรักษา และติดตามอาการต่อเนื่อง ที่คลินิกประสาทวิทยา ในแผนกผู้ป่วยนอก ของ สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง และได้นำข้อมูลมาหาความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .73 .85 .80 .81 .73 .73 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.10) รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 มีอายุต่ำสุด คือ 60 ปี สูงสุด คือ 83 ปี และมีอายุเฉลี่ย 70.8 ปี ($SD = 8.06$) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 64.80) และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ



98.90) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.50) รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 17.00) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.90) และด้านการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 30.70) เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจบ้านานาญ (ร้อยละ 27.30) อาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 51.10) อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 44.30) และมีการใช้สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 53.40) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.30) และรองลงมา มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 27.30) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ชายมีรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 43.10) ผู้หญิงมีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 10.20) และจากการคำนวณค่าระดับดัชนีมวลกายมากที่สุดอยู่ในช่วง 18.5-22.99 kg/ m² (ร้อยละ 26.10) และเท่ากับระดับดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23-24.99 kg/ m² (ร้อยละ 26.10) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่พบว่า มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 73.90) และกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม (ร้อยละ 97.70) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 53.40) ซึ่งโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 79.50) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 63.60) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย โดยได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 1-4 คะแนน (ร้อยละ 71.50) และมีระดับความพิการเล็กน้อยโดยได้รับการประเมินระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมองระดับ 2 คะแนน (ร้อยละ 31.80) รองมาระดับความพิการปานกลางระดับ 3 คะแนน (ร้อยละ 29.50) การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำส่วนมากเป็นมาแล้ว 2 ครั้ง (ร้อยละ 69.30) รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมาแล้ว 3 ครั้ง (ร้อยละ 30.70) ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับสูง จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 73.90) มีค่าเฉลี่ย 60.19 ($SD = 6.981$) รองลงมาระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 26.10)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$)

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$)

3.5 การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$)

3.6 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .05$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ผลการศึกษานี้พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับสูง ($M = 60.25, SD = 6.909$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.10) ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นที่มีสภาพร่างกายยังคงความแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจกรรมประจำวัน ส่วนทางด้านความคิดสติปัญญา การรับรู้ยังคงดี ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจากการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู และคณะ (2557) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด ตีบตัน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-69 ปีขึ้นไป นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับ

เป็นซ้ำ ที่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น จะมีความตระหนักรู้ในการปฏิบัติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากประสบการณ์โดยตรงจากการที่ได้พบเห็นอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตัวเอง หรือได้จากเพื่อนบ้าน จึงเกิดการเรียนรู้ และหาแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69.30) รองลงมา เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่ 3 (ร้อยละ 30.70) ซึ่งจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จะได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ ตลอดจนหน่วยงานดูแลต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมกันให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และมีการวางแผนจำหน่ายจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมากขึ้น

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย (ร้อยละ 71.50) และมีระดับความพิการน้อย (ร้อยละ 31.80) รองลงมามีระดับความพิการปานกลาง (ร้อยละ 29.50) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีสภาพความแข็งแรงทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา จึงทำให้ยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.50) รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 17.00) แต่ในกลุ่มตัวอย่างได้นำเอาประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของตนเอง และคำแนะนำที่ได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล มาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคของตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำให้มีความรู้ความสามารถในการสืบค้นข้อมูล ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มีความทันสมัย จากฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.90) อาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 51.10) รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 44.30) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อกันตริ บัวเหลือง (2553) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรส (ร้อยละ 67.5) ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคู่สมรส ทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการพึ่งพากัน และคอยส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือด



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

เลือดสมอง การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาส่วนมากเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 53.40) รองลงมา มีการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 25.00) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี ทั้งในระยะ Acute stage, Post acute stage และระยะ Recovery stage

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีการอาศัยอยู่กับ สามี/ ภรรยา (ร้อยละ 51.10) รองลงมา เป็นบุตร (ร้อยละ 44.30) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ คงนิรันดร (2559) พบว่า การที่มีสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวจะเต็มไปด้วยความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ความเสียสละ การยอมรับซึ่งกันและกัน ด้วยการดูแลกันที่แสดงออกมา และจากการที่ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีญาติพามาตรวจตามแพทย์นัดกับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เห็นถึงความพร้อมในการดูแลของครอบครัว ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ส่วนเรื่องรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.00) รองลงมา รายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 27.30) ซึ่งจากการสอบถามขณะลงเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า เรื่องรายได้มีความพอเพียงกับรายจ่ายของครอบครัว ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ยังพอมีเงินเก็บไว้ใช้จ่าย เงินเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล และเงินบำนาญจากสวัสดิการ นอกจากนี้มีสิทธิการรักษาเป็นข้าราชการเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 53.40) และรองลงมามีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 25.00) ทำให้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการมาพบแพทย์ตามนัด สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ โดยไม่ต้องกังวลด้านค่ารักษาพยาบาล และสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี ทำให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และได้รับความรู้ คำแนะนำ การกระตุ้นเตือนจากทีมแพทย์ พยาบาล ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล

ในการศึกษานี้รอบเอวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า รอบเอวชาย ≤ 90 Cms (ร้อยละ 43.10) รอบเอวหญิง ≤ 80 Cms (ร้อยละ 10.20) และระดับดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) $BMI = 18.5-22.99 \text{ kg/m}^2$ (ร้อยละ 26.10) เท่ากับ $BMI = 23-24.99 \text{ kg/m}^2$ (ร้อยละ 26.10) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองเช่น คำถามที่ว่า ท่านมีการงดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ($M = 2.76, SD = .897$) ท่านมีการงดรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ($M = 2.64, SD = .878$) ท่านมีการงดรับประทานอาหารมัน ($M = 2.84, SD = .908$) และท่านมีการรับประทานผัก ผลไม้ ($M = 3.52, SD = .758$) ท่านมีการ

ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ ท่านมีการออกกำลังกาย ($M = 2.80, SD = 1.224$) และท่านมีการจัดการความเครียด ($M = 3.74, SD = .868$) ตามที่ได้รับคำแนะนำ การกระตุ้นเตือนจากทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นอย่างดี เพราะมีการศึกษาพบว่า ในผู้ชายถ้ามีรอบเอว > 90 Cms. และในผู้หญิงถ้ามีรอบเอว > 80 Cms. จะมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนที่มีส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อความเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 61.10) และการมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 97.7) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าจำนวนครึ่งหนึ่งมีจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 53.40) รองลงมา มีจำนวนโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 27.90) และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 81.30) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 61.60) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องโรคร่วมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ตามที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นการรับ ประทานยาเพื่อควบคุมโรคร่วมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ($M = 3.95, SD = .209$) มีการมาตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ ($M = 3.85, SD = .537$) และมีการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($M = 3.39, SD = 1.139$) มีการงดสูบบุหรี่ ($M = 3.26, SD = 1.150$) การไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ ($M = 3.26, SD = .970$) เพื่อเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

เมื่อพิจารณาข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่า ด้านพฤติกรรมการสังเกตความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง และการมาตรวจตามแพทย์นัด รายชื่อที่กล่าวว่า ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ($M = 3.85, SD = .537$) ซึ่งหมายความว่า ด้านพฤติกรรมการสังเกตความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง และการมาตรวจตามแพทย์นัด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น สภาพร่างกายมีความแข็งแรง และสติปัญญาต่าง ๆ ยังคงดี และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย ระดับความพิการเล็กน้อย ซึ่งอธิบายได้ว่า ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทำให้การมาพบแพทย์ตามนัดได้อย่างสม่ำเสมอ และประกอบกับการมีคู่สมรส หรือบุตรคอยดูแล พาท่านมาพบแพทย์ได้ตามนัดเป็นส่วนใหญ่ และส่วนทางด้านพฤติกรรมมารับประทานยาตามแพทย์สั่ง รายชื่อที่กล่าวว่า ท่านรับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง (แอสไพริน โคลพิโดเกรล หรือวาร์ฟาริน) ตามแผนการรักษาของแพทย์ ($M = 3.76, SD = .606$) ท่านรับประทานยา เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ($M = 3.95,$

$SD = .209$) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยระดับสูง มีพฤติกรรมมารับประทานยา ได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ถึงแม้จะมีจำนวนหลายชนิด เวลาของการรับประทานยาจะแตกต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้การควบคุม โรคร่วมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด รายชื่อที่กล่าวว่า ท่านมีอาการเครียด คิดมาก นอนไม่หลับ จะซื้อยารับประทานเอง ($M = 3.63, SD = .763$) ท่านจะฟัง ธรรมะ ฟังเพลง นั่งสมาธิ หรือปลูกต้นไม้ เมื่อท่านรู้สึกเครียด ($M = 3.63, SD = .763$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดได้เป็นอย่างดีเหมาะสม มีการฟังเพลงเก่าที่เคยฟังเป็นส่วนมาก รองลงมาเป็นการปลูกต้นไม้ และสวดมนต์บ้างตามลำดับ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความเห็นว่า ถ้ามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้เป็นอย่างดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษา ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีผลคะแนนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำสูง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($M = 34.90, SD = 3.070$)

ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำสูง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อของแบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ถามว่า ถ้าท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่สม่ำเสมอ ขาดยา หรือหยุดยาเอง ท่านมีโอกาเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเท่ากับ ($M = 3.80, SD = .433$) ถ้าท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด ตีบ หรืออุดตันท่านมีโอกาเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเท่ากับ ($M = 3.77, SD = .448$) ถ้าท่านมีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไ้ไขมันสูง และโรคหัวใจ ท่านมีโอกาเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเท่ากับ ($M = 3.77, SD = .497$) ถ้าท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ท่านมีโอกาเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเท่ากับ ($M = 3.55, SD = .677$) และถ้าท่านสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่เป็นประจำ ท่านมีโอกาเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเท่ากับ ($M = 3.51, SD = .758$) ตามลำดับ ซึ่งถือว่า คะแนนของข้อคำถามดังกล่าวมานั้นสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69.30) รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 3 (ร้อยละ 30.70) เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นโรคที่ยังรักษาไม่หายขาด ซึ่งมีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้จากหลายสาเหตุ หลายปัจจัย ทั้งขนาดของรอยโรค หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อโรคหลอดเลือดสมอง และอายุที่เพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ยิ่งเพิ่มโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นต่อภาวะคุกคามโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

เมื่ออธิบายตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997)

ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงหมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ของตนเองว่า มีมากน้อยเพียงใด จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีความเชื่อที่ถูกต้องว่า ตนเองมีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งอาจเกิดจาก ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น เพศ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การไม่ควบคุม น้ำหนักตัว การที่ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การมีความเครียด และการมีโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเมื่อมีความเชื่อที่ถูกต้องของตนเองแล้ว จะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของ



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

โรคที่เพิ่มมากขึ้น และจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำสูง จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาอย่าง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง (กษมา เชียงทอง, 2554; สุทัตสา ทิจะยัง, 2557; O'Carroll et al., 2011)

การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ นั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีผลคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำสูง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ ($M = 34.61, SD = 3.160$) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำสูง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ถามว่า ท่านคิดว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ท่านมีความพิการทางร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น แขน-ขา อ่อนแรงมากขึ้นได้ ($M = 3.78, SD = .414$) ท่านคิดว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ท่านช่วยเหลือเหลือตนเองไม่ได้เป็นภาระต่อครอบครัว ($M = 3.75, SD = .461$) ท่านคิดว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ท่านมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร ($M = 3.77, SD = .421$) ท่านคิดว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ท่านนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ($M = 3.60, SD = .558$) ท่านคิดว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ท่านมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ($M = 3.58, SD = .582$) ตามลำดับ ซึ่งถือว่าคะแนนของข้อคำถามดังกล่าวมาแล้วนั้นสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69.30) และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย (ร้อยละ 71.50) มีระดับความพิการน้อย (ร้อยละ



1259445262

BUU-1Thesis 59920045 thesis / rev: 10072563 06:21:01 / seq: 13

31.80) รองลงมา มีระดับความพิการปานกลาง (ร้อยละ 29.50) ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงต่อกลุ่มตัวอย่างเอง จากผลกระทบดังกล่าว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่จะมีการส่งผลกระทบที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เมื่ออธิบายตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคใด ๆ ทั้งที่มีต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน รวมทั้งผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง และสถานะทางสังคม ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เมื่อเกิดขึ้นจะทำให้มีผลกระทบ โดยทำให้เกิดการขาดวาง ของระบบการไหลเวียนของโลหิตในสมองลดลง ในบริเวณของตำแหน่งสมองขาดเลือดเดิม หรือตำแหน่งสมองขาดเลือดใหม่ ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทของสมองผิดปกติไป มีผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น และมีความพิการเพิ่มมากขึ้น มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดน้อยลง และทำให้มีผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำแล้ว จะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเพิ่มมากขึ้น และจะมีผลโดยตรงต่อการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำสูง จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สุพร หุตากร, 2549; Edwards, 2015; Wungthanakorn, Phatidumrongkul, & Khomchan, 2008)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



กลับเป็นซ้ำ นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีผลคะแนนของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 34.78, SD = 3.064$) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถามว่า ท่านคิดว่า การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งมีประโยชน์ต่อท่าน ($M = 3.82, SD = 3.88$) ท่านคิดว่า การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ มีประโยชน์ต่อท่าน ($M = 3.81, SD = 3.97$) ท่านคิดว่า การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง มีประโยชน์ต่อท่าน ($M = 3.69, SD = 4.88$) ท่านคิดว่า การทำจิตใจให้แจ่มใส ผ่อนคลายความเครียด เช่น ไม้โกธร โม โหง่าย มีประโยชน์ต่อท่าน ($M = 3.65, SD = 5.26$) ท่านคิดว่า การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีประโยชน์ต่อท่าน ($M = 3.49, SD = 5.87$) ตามลำดับ ซึ่งถือว่า คะแนนของข้อคำถามดังกล่าวมาแล้วอยู่ในระดับสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง เคยมีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69.30) รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 3 (ร้อยละ 30.70) และกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม (ร้อยละ 97.70) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 53.40) ซึ่งโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 79.50) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 63.60) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการมาตรวจตามแพทย์นัด อธิบายได้ว่า แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา หรือพยาบาลประจำหน้าห้องตรวจ ได้ให้ความรู้ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับแนวทางการรักษา สัญญาณเตือนของโรค การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย และแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การควบคุมโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงโรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ด้วยการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา การพักผ่อนนอนหลับ การลดความเครียด การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง ต่อความโน้มเอียงในการที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเมื่ออธิบายตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997) กล่าวว่าการรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ความรู้สึกหรือ

ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ และผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น การลดความรุนแรงของโรค และการลดผลกระทบทางสุขภาพ การลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ มีความพึงพอใจ หรือความรู้สึกรู้สึกด้านคุณค่าของตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการให้คุณค่าต่อประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จึงมีความโน้มเอียงต่อการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (นิรัชรา จ้อยชู และคณะ, 2557; สุทธิสสา ทิจะยัง, 2557; Nepal, 2015)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ หมายความว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และถ้าหากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 20.70, SD = 4.461$) ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อของแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นข้อคำถามทางลบ ที่ถามว่า ท่านคิดว่าการหยุดสูบบุหรี่ ทำให้เข้าการร่วมสังคมลดน้อยลง ($M = 1.33, SD = .562$) เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน ท่านคิดว่าการหยุดดื่มสุรา ทำให้การเข้าร่วมสังคมลดน้อยลง ($M = 1.35, SD = .568$) เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน ท่านคิดว่าการนอนไม่ค่อยหลับ หรือการพักผ่อนน้อย ($M = 1.74, SD = .719$) เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ



1259445262

ท่าน ท่านคิดว่า การมีความเครียด ความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ($M = 1.85, SD = .736$) เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน ท่านคิดว่า การมาโรงพยาบาลทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ($M = 1.83, SD = .715$) เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่านตามลำดับ ซึ่งถือว่า คะแนนของข้อคำถามดังที่กล่าวมาต่ำ แสดงให้เห็นว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากบอกว่า ตั้งแต่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ไม่ได้สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ และไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่การเข้าร่วมสังคมยังคงเข้าร่วมสังคมได้ตามปกติ และขณะเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เคยได้รับคำแนะนำว่า การสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีผลต่อการทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.10) จึงยังสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้เป็นอย่างดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบกับการได้รับความรู้ คำแนะนำเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และจากประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมาแล้ว ทำให้สามารถปรับตัว และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคได้เป็นอย่างดี และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 66.70) ทำให้มีความพอเพียงของรายได้ เนื่องจากไม่มีภาระอื่น ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาพักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอ และด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระดับคะแนนต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย (ร้อยละ 71.50) และมีระดับความพิการน้อย (ร้อยละ 31.80) รองลงมา ระดับความพิการปาน (ร้อยละ 29.50) ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงใช้ชีวิตได้ตามปกติ ยังไม่ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการในการมาโรงพยาบาลของ กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.90) และอาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 51.10) อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 44.30) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ หรือมีการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นอย่างดี และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาส่วนมากเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 53.40) รองลงมาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 25.00) ทำให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี และไม่เห็นเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคที่จะเดินทางมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อการรับรู้ของตนเองว่าไม่มีสิ่งใดมาขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ นั่นหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

เมื่ออธิบายตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997) การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่นการเสียค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอาย หรือความยากลำบากใจ หรือการเป็นการกระทำที่ยุ่งยาก หรือทำได้ยาก ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้การกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำแล้ว ก็จะยิ่งให้คุณค่าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อสิ่งกีดขวาง หรืออุปสรรคต่ำ ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการกั้นการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กษมา เชียงทอง, 2554; เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา, 2560; Nepal, 2015)

การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีผลคะแนนของการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 34.94, SD = 2.858$) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อ ของแบบสัมภาษณ์สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถามว่า ท่านคิดว่า การมีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมอง) เป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 3.75, SD = .435$) ท่านคิดว่า สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปากเบี้ยว นึกคิดไม่ออก พูดไม่ชัด แขน-ขา ชา หรืออ่อนแรง เป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 3.73, SD = .448$) ท่านคิดว่า แพทย์ และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

($M = 3.69$, $SD = .464$) ท่านคิดว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 3.42$, $SD = .496$) ท่านคิดว่า ครอบครัวสนับสนุนการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 30 นาที/ ครั้ง อย่างน้อย 4 ครั้ง/ สัปดาห์ เป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 3.14$, $SD = .610$) ตามลำดับ ซึ่งถือว่า คะแนนของข้อคำถาม ดังที่กล่าวมาสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง เคยมีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69.30) รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 3 (ร้อยละ 30.70) ทำให้มีประสบการณ์ และมีความรู้จากประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับ อาการ และสัญญาณเตือนการเป็นโรคหลอดเลือดสมองต่าง ๆ เป็นอย่างดี ประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการตาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้มีการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายช่องทางของสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร นอกจากนี้ทางด้านครอบครัวก็มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 51.10) อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 44.30) และกลุ่มตัวอย่างยังมีครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การมาตรวจตามแพทย์นัดได้อย่างสม่ำเสมอ และไม่มีปัญหาการไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล นอกจากนี้ประสบการณ์จากการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างจะมีการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ในการปฏิบัติตัวป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และสนับสนุน และส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นการป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

เมื่ออธิบายตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในการแสดงพฤติกรรมการป้องกัน และการรักษาโรค ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเองหรือประสบการณ์ 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากภายนอกบุคคล ได้แก่ การสื่อสารผ่านการสื่อสารมวลชน และคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือการได้รับข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีครอบครัว

และทีมแพทย์ พยาบาล ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และผลกระทบต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น อัตราการเสียชีวิต ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจไม่มีผลโดยตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากไปเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะคุกคามของการเป็นโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยนี้เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำนั่นเอง ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีประสบการณ์จากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สัญญาณเตือนการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการได้รับกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะคอยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558; สุทัตสา ทิจะยัง, 2557; Chambers et al., 2012; Jiang et al., 2014)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ นั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีผลคะแนนของการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($M = 35.61, SD = 2.854$) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อ ของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ถามว่า ท่านเชื่อมั่นว่าท่านสามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง ($M = 3.88, SD = .333$) ท่านเชื่อมั่นว่าท่านสามารถหยุดการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ($M = 3.81, SD = .425$) ท่านเชื่อมั่นว่าท่านสามารถหยุดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนสูบบุหรี่ ($M = 3.81, SD = .451$) ท่านเชื่อมั่นว่าท่านสามารถรับประทานยาที่ได้รับให้ครบถ้วน ตรงเวลา ถูกต้องตามแผนการรักษาแพทย์ ($M = 3.78, SD = .414$) ท่านเชื่อมั่นว่าท่านสามารถท่านสามารถจัดการความเครียดได้อย่าง



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / rev: 10072563 06:21:01 / seq: 13

เหมาะสม ($M = 3.75$, $SD = .435$) ตามลำดับ ซึ่งถือว่า คะแนนของข้อคำถามดังกล่าวมาแล้วนั้นสูง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.10) มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย (ร้อยละ 71.50) มีระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย (ร้อยละ 31.80) รองลงมา ระดับความพิการปานกลาง (ร้อยละ 29.50) การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำส่วนมากเป็นมาแล้ว 2 ครั้ง (ร้อยละ 69.30) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ยังคงมีความแข็งแรงของร่างกาย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ประกอบกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย และระดับความพิการเล็กน้อย ทำให้มีความพร้อมของระบบประสาทยังไม่เสียหายมากนัก และยังไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกายมาก ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะมีการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ 2 ครั้ง ทำให้เกิดการรับรู้การที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และจะเห็นได้จากข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 34.78$, $SD = 3.064$) และจากข้อมูลของแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงอยู่ในระดับต่ำ ($M = 20.70$, $SD = 4.275$) ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีการรับรู้ต่อสิ่งที่จะเป็นอุปสรรค หรือกีดขวางต่อการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามแพทย์นัดได้อย่างสม่ำเสมอ มีการหยุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการหยุดสูบบุหรี่หรือการอยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ การรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ตรงเวลา และครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความเชื่อมั่นต่อการจัดการกับความเครียดได้เป็นอย่างดี ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เมื่ออธิบายตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Strecher & Rosenstock, 1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความสามารถของตนเองนี้ จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรค ตลอดจนมีความสามารถควบคุมต่อสถานการณ์ และสร้างผลผลิตในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งอธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ก็จะทำให้มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความมั่นใจของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และทำได้ตามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งใกล้เคียง

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (พรทิพย์พา ธิมายอม และคณะ, 2555; สุภัทรา ผิวขาว, 2560; Nepal, 2015)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โรคหลอดเลือดสมอง และการออกกำลังกายที่ถูกต้องกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูล เพื่อประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และภาคีเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองในประเทศ สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปต่อยอด โดยการนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวิจัยเพื่อหาปัจจัยทำนาย หรือนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ จากการวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยทดลอง เพื่อสร้างโปรแกรมในการป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
2. การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมการสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ในพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรม หรือวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการออกกำลังกาย
3. การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ แตกต่างกัน และในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

บรรณานุกรม

- กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะแก จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ศิริสว่าง และจิตติมา กัตถัญญ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ และนานาชาติ “เครือข่ายราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15”* (หน้า 13-23). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เอส.
- กาญจนาศรี สิงห์ภู. (2552). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(1), 54-59.
- เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 14-24.
- จักรพันธ์ เพชรภูมิ. (2560). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทร์จิรา ลีสว่าง และนงนภัทร รุ่งเนย. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 10-18.
- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ และชนกพร จิตปัญญา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่รอดชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 34-44.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์

- ชญานุช ไพรวงษ์. (2560). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 11(1), 109-115.
- ณัฐพร อยู่ปาน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. *วารสารไทยเกษตรศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(1), 10-18.
- ทิพวรรณ ประสานสอน และพรเทพ แพรขาว. (2553). ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 31(2), 36-43.
- ทิพวรรณ ไทยวนต์. (2559). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 1(1), 84-96.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือด สมองภาวะการดูแล การสนับสนุนทาง สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 107-117.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2552). *การดูแลภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิรัชรา ช้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิษุตา เจริญกิจการ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(2), 236-248.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- พรจิตน์ อุไรรัตน์. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบไตคู่ปัส*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรทิพย์พา ชิมายอม, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี และประทีป จินฉิ่ง. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 4(1), 63-73.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพรจิตปัญญา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และ ความตระหนักรู้ ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยอายุ น้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 44-55.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา (2561). ภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “ราชธานี ครั้งที่ 3”* (หน้า 451-461). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2555). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2560). *ฐานข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข*. ม.ป.ท.
- สมใจ จางวาง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 110-118.
- สมนึก สกุลหงส์. (2556). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 36-52.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2552). การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 6(3), 31-38.
- สาธิต กาศุริย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า และสุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2547). ความชุกและสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 3(4), 23-31.
- สุจิตรา คุ่มสะอาด. (2560). ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(ฉบับพิเศษ), 13-25.

- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุพร หุตากร. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. *วารสารศาสตร์ปริทัศน์*, 22(3), 105-113.
- สุภัทรา ผิวขาว. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 21(41), 123-136.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อดิพร สำราญบัว. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 21(1), 65-77.
- อภันตรี บัวเหลือง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟู*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aparicio, H. J., Himali, J. J., Beiser, A. S., Davis-Plourde, K. L., Vasan, R. S., Kase, C. S., & Seshadri, S. (2017). Overweight, obesity, and survival after stroke in the Framingham Heart Study. *Journal of the American Heart Association*, 6(6), e004721-e004729.
- Ardebili, H. E. (2014). Effect of educational intervention based on the health belief model in blood pressure control in hypertensive women. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*, 24(119), 68-77.
- Attkinson, N. L., & Permutth-Levine, R. (2009). Benefits, barrier, and cue to action of yoga practice: A focus group approach. *American Journal of Health Behavior*, 33(1), 3-14.
- Barros, A. A., Guedes, M. V. C., Moura, D. D. J. M., Menezes, L. C. G. D., Aguiar, L. L., & Xavier, G. A. (2014). Health behaviors of people with hypertension: health belief model. *Northeast Network Nursing Journal*, 15(3), 525-532.

- Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., & Shaughnessy, M. (2014). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, *45*(8), 2532-2553.
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., & Jiménez, M. C. (2017). Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *135*(10), e146-e603.
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., & De Ferranti, S. D. (2018). Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *137*(12), e67-e492.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(1), 936-940.
- Buenaflor, F. G. (2017). Recurrence rate of ischemic stroke: A single center experience. *Journal of the Neurological Sciences*, *381*(399), 1-4.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Camara, A. G., Arche, A. F., Vivas, P. F., Guzman, J. D., Fernandez, S. V., Cuadrado, A. R., & Pareja, F. B. (2013). Recurrence after a first-ever Ischemic stroke development of a clinical prediction rule. *Research in Neurology: An international Journal*, *2013*, 1-13.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, *25*(8), 661-669.
- Cerkoney, K. A. B., & Hart, L. K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, *3*(5), 594-598.
- Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Adherence to medication in stroke survivors: a qualitative comparison of low and high adherers. *British Journal of Health Psychology*, *16*(3), 592- 609.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice*, *4*, 45-46.
- Chaudhry, H. J., & McDermott, B. (2008). Recognizing and improving patient nonadherence to statin therapy. *Current Atherosclerosis Reports*, *10*(1), 19-24.

- Cockerham, W. C. (2010). *Sociology of mental disorder* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coull, A. J., & Rothwell, P. M. (2004). Underestimation of the early risk of recurrent stroke: evidence of the need for a standard definition. *Stroke*, *35*(8), 1925-1929.
- Coutts, S. B., Hill, M. D., Campos, C. R., Choi, Y. B., Subramaniam, S., Kosior, J. C., & Demchuk, A. M. (2008). Recurrent events in transient ischemic attack and minor stroke: what events are happening and to which patients. *Stroke*, *39*(9), 2461-2466.
- Dearborn, J. L., & McCullough, L. D. (2009). Perception of risk and knowledge of risk factors in women at high risk for stroke. *Stroke*, *40*(4), 1181-1186.
- De la Cámara, A. G., Arche, J. F. V., & Ferrando, P. (2013). Recurrence after a first-ever Ischemic stroke development of a clinical prediction rule. *Research in Neurology: An International Journal*, *2013*, 1-3.
- Edwards, M. M. (2015). *Beliefs about hypertension among people with uncontrolled hypertension*. Master of Public Health University of Washington.
- Estruch, R., Ros, E., & Salas-Salvadó, J. (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*, *368*, 1279-1290.
- Farooq, M. U., Chaudhry, A. H., Amin, K., & Majid, A. (2008). The WHO Stepwise approach to stroke surveillance. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan*, *18*(10), 665.
- Furie, K. L., & Jayaraman, M. V. (2018). 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Mayo Clinic Proceedings*, *93*(3), 509-510.
- Gallagher, S., Quinn, T. J., Alexander, J., & Walters, M. R. (2011). Physical activity in the prevention and treatment of stroke. *ISRN Neurology*, *2011*, 1-10.
- Glatter, R. (2018). *Lack of sleep can increase risk of stroke*. Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/robertglatter/2018/06/12/>
- Gochman, H. (1996). *Handbook of health behavior research*. New York: Plenum.

- Goldfinger, J. Z., Kronish, I. M., Fei, K., Graciani, A., Rosenfeld, P., Lorig, K., & Horowitz, C. R. (2012). Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: Design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Clinical Trails*, *33*(5), 1065-1073.
- Hata, J., Tanizaki, Y., Kiyohara, Y., Kato, I., Kubo, M., Tanaka, K., & Iida, M. (2005). Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *Neurosurgery & Psychiatry*, *76*(3), 368-372.
- Hochbaum, G., Rosenstock, I., & Kegels, S. (1952). *Health belief model*. United state public health service, W432W8784.
- Hong, K. S., Bang, O. Y., Kang, D. W., Yu, K. H., Bae, H. J., Lee, J. S., & Kim, J. S. (2013). Stroke statistics in Korea: part I. Epidemiology and risk factors: a report from the Korean stroke society and clinical research center for stroke. *Journal of Stroke*, *15*(1), 2-20.
- Hu, S., Zhan, L., Liu, B. (2013). Economic burden of individual suffering from atrial fibrillation-related stroke in China. *Value Health*, *2*, 135-40.
- Jefferies, K., Gale, T. M. (2013). *6-CIT: Six-item cognitive impairment test*. London: Springer.
- Jiang, S. S., Shen, L. P., Ruan, H. F., Li, L., Gao, L. L., & Wan, L. H. (2014). Family function and health behaviours of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences*, *1*(3), 272-276.
- Johari, M., Eslami, A. A., Alahverdipoor, H., Hasanzade, A., & Farid, F. (2014). Factors related to adopting healthy behaviors by patients with tuberculosis in Isfahan: Application of health belief model. *Journal of Education and Health Promotion*, *3*, 86.
- Johns Hopkins Medicine. (2018). *3 Ways to avoid second stroke*. Retrieved from <https://www.hopkinsmedicine.org/health/articles-andanswers/prevention/three-ways-toavoid-a-second-stroke>
- Kaluza, J., Wolk, A., & Larsson, S. C. (2012). Red meat consumption and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Stroke*, *43*(10), 2556-2560.
- Kamran, A., Sadeghieh Ahari, S., Biria, M., Malepour, A., & Heydari, H. (2014). Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, *4*(6), 922-927.

- Kantachuvessiri, A. (2005). Obesity in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmai het thangphaet*, 88(4), 554-562.
- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., & Johnston, S. C. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 45(7), 2160-2236.
- Kocaman, G., Duruyen, H., Kocer, A., & Asil, T. (2015). Recurrent ischemic stroke characteristics and assessment of sufficiency of secondary stroke prevention. *Nuero Psikiyatri Archives of neuropsychiatry*, 52(2), 139-144.
- Koenig, K. L., Whyte, E. M., Munin, M. C., O'Donnell, L., Skidmore, E. R., Penrod, L. E., & Lenze, E. J. (2007). Stroke-related knowledge and health behaviors among poststroke patients in inpatient rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(9), 1214-1216.
- Kraywinkel, K., Heidrich, J., Heuschmann, P. U., Wagner, M., & Berger, K. (2007). Stroke risk perception among participants of a stroke awareness campaign. *BMC Public Health*, 7(1), 39.
- Larsson, S. C., Åkesson, A., & Wolk, A. (2014). Sweetened beverage consumption is associated with increased risk of stroke in women and men. *The Journal of Nutrition*, 144(6), 856-860.
- Lee, H. S., Ann, C. S., Kim, M. C., Choi, J. H., & Yuk, G. C. (2011). Patient preference for community-based rehabilitation program after stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 23(1), 137-140
- Lu, X. T., Zhao, Y. X., Zhang, Y., & Jiang, F. (2013). Psychological stress, vascular inflammation, and atherogenesis: potential roles of circulating cytokines. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 62(1), 6-12.
- Lundelin, K., Graciani, A., García-Puig, J., Guallar-Castillón, P., Taboada, J. M., Rodríguez-Artalejo, F., & Banegas, J. R. (2012). Knowledge of stroke warning symptoms and intended action in response to stroke in Spain: A nationwide population-based study. *Cerebrovascular Diseases*, 34(2), 161-168.

- Mendis, S. (2013). Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. *International Journal of Stroke*, 8(1), 3-4.
- Moerch-Rasmussen, A., Nacu, A., Waje-Andreassen, U., Thomassen, L., & Naess, H. (2016). Recurrent ischemic stroke is associated with the burden of risk factors. *Acta Neurologica Scandinavica*, 133(4), 289-294.
- Mohr, J. P., Wolf, A. P., Grotta, C. J., Moskowitz, A. M., Mayberg, R. M., & Kummer, V. R. (2011). *Stroke: pathophysiology diagnosis and management* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Moons, P., Van Deyk, K., De Geest, S., Gewillig, M., & Budts, W. (2005). Is the severity of congenital heart disease associated with the quality of life and perceived health of adult patients. *Heart*, 91(9), 1193-1198.
- Moroney, J. T., Bagiella, E., Paik, M. C., Sacco, R. L., & Desmond, D. W. (1998). Risk factors for early recurrence after ischemic stroke: the role of stroke syndrome and subtype. *Stroke*, 29(10), 2118-2124.
- Mount Nittany Health. (2018). *Preventing recurrent stroke: Eating healthy*. Retrieved from <https://www.mountnittany.org/articles/healthsheets/5597>
- Mijajlovic, M. D., Pavlović, A., Brainin, M., Heiss, W. D., Quinn, T. J., Ihle-Hansen, H. B., & Kliper, E. (2017). Post-stroke dementia—a comprehensive review. *BMC Medicine*, 15(1), 1-12.
- Munhoz, C., Garcia-Bueno, B., Madrigal, J., Lepsch, L., Scavone, C., & Leza, J. (2008). Stress-induced neuroinflammation: mechanisms and new pharmacological targets. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 41, 1037-1046.
- National Stroke Association. (2013). *Recovery after stroke: Recurrent stroke*. Retrieved from <http://www.stroke.org>
- Nau, D. P., Ellis, J. J., Kline-Rogers, E. M., Mallya, U., Eagle, K. A., & Erickson, S. R. (2005). Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are “tougher”. *The American Journal of Medicine*, 118(11), 1256-1261.
- Nepal, H. K. (2015). *Factor related to health promoting behavior among hypertensive patients in Bhutan*. Master's thesis, Nursing science, Faculty of Nursing, Burapha University.

- Nicol, M. B., & Thrift, A. G. (2005). Knowledge of risk factors and warning signs of stroke. *Vascular Health and Risk Management, 1*(2), 137-147.
- O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *Annals of Behavioral Medicine, 41*(3), 383-390.
- Onoruoiza, S. I., Musa, A., Umar, B. D., & Kunle, Y. S. (2015). Using health belief model as an intervention to noncompliance with hypertension information among hypertensive patient. *International Organization of Scientific Research Journal of Humanities and Social Science, 20*(9), 11-16.
- Parkerson, G. R., Connis, R. T., Broadhead, W. E., Patrick, D. L., Taylor, T. R., & Tse, C. K. (1993). Disease-Specific Versus Generic Measurement of Health-Related Quality of Life in Insulin-dependent diabetic Patients. *Medicine Care, 31*, 629-637.
- Patel, A., Berdunov, V., King, D., Quayyum, Z., Wittenberg, R., & Knapp, M. (2017). *Current, future and avoidable costs of stroke in the UK*. Stroke Association.
- Pawlak, R., & Colby, S. (2009). Benefits, barriers, self-efficacy and knowledge regarding healthy foods; perception of African Americans living in eastern North Carolina. *Nutrition Research and Practice, 3*(1), 56-63.
- Pennlert, J., Asplund, K., Glader, E. L., Norrving, B., & Erikson, M. (2017). Socioeconomic status and the risk of stroke recurrence: Persisting gaps observed in a nationwide Swedish study 2011-2012. *Stroke, 48*(6), 1518-1523.
- Pinto, S. L., Lively, B. T., Siganga, W., Holiday-Goodman, M., & Kamm, G. (2006). Using the Health Belief Model to test factors affecting patient retention in diabetes-related pharmaceutical care services. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 2*(1), 38-58.
- Piri, A. R. (2010). Effects of education based on health belief model on dietary adherence in diabetic patients. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders, 9*, 15.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1987). *Nursing research: and Principles and method* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., Coffey, C. S., Hoh, B. L., Jauch, E. C., & Meschia, J. F. (2015). American Heart Association/ American Stroke Association focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, *46*(10), 3020-3035.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., & Jauch, E. C. (2018). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, *49*(3), e46-e110.
- Redfern, J., McKeivitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. (2002). Health care follow-up after stroke: opportunities for secondary prevention. *Family Practice*, *19*(4), 378-382.
- Reeves, M. J., Hogan, J. G., & Rafferty, A. P. (2002). Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology*, *59*(10), 1547-1552.
- Robinson, T. (2012). *Hypertension beliefs and behaviors of African Americans in selected Cleveland public housing*. Retrieved from <https://etd.ohiolink.edu/>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical original of the health belief model. *Health education monographs*, *2*(4), 328-335.
- Slark, J. (2010). Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. *British journal of Neuro Science Nursing*, *6*(6), 282-286.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, *126*, 124-128.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (eds), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 31-43). San Francisco: Jossey-Bass.
- Suanprasert, N., & Tantirithisak, T. (2011). Impact of risk factors for recurrent ischemic stroke in Prasat Neurological Institute. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *94*(9), 1035-1043.
- Suk, S. H., Sacco, R. L., Boden-Albala, B., Cheun, J. F., Pittman, J. G., Elkind, M. S., & Paik, M. C. (2003). Abdominal obesity and risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Stroke Study. *Stroke*, *34*(7), 1586-1592.

- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., & Scott, C. (2009). Predicting behaviour to reduce stroke risk in at-risk populations: the role of beliefs. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 16*(9), 488-496.
- Sundseth, A., Faiz, K. W., Rønning, O. M., & Thommessen, B. (2014). Factors related to knowledge of stroke symptoms and risk factors in a Norwegian stroke population. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 23*(7), 1849-1855.
- Wang, G., Zhang, Z., Ayala, C., Dunet, D. O., Fang, J., & George, M. G. (2014). Costs of hospitalization for stroke patients aged 18-64 years in the United States. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 23*(5), 861-868.
- Wilson, P. F., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H., & Kannel, W. B. (2002). Overweight and Obesity as determinants of cardiovascular risk. *The Framingham Experience Archives of Internal Medicine, 162*(16), 1867-1872.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *The WHO stepwise approach to stroke surveillance*. Retrieved from http://www.who.int/ncd_surveillance/en/step_stroke_manual_v1.2.pdf
- World Stroke Organization [WSO]. (2017). *Campaign advocacy brochures 2017*. Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd2017/brochures2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf
- Wungthanakorn, S., Phatidumrongkul, C., & Khomchan, P. (2008). Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. *Songklanagarind Medical Journal, 26*(6), 539-547.
- Yoon, S. S., Heller, R. F., Levi, C., Wiggers, J., & Fitzgerald, P. E. (2001). Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms, and treatment among an Australian urban population. *Stroke, 32*(8), 1926-1930.
- Yu, S., Arima, H., Bertmar, C., Hirakawa, Y., Priglinger, M., Evans, K., & Krause, M. (2016). Depression but not anxiety predicts recurrent cerebrovascular events. *Acta Neurologica Scandinavica, 134*(1), 29-34.
- Zeng, Y., He, G. P., Yi, G. H., Huang, Y. J., Zhang, Q. H., & He, L. L. (2012). Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *Journal of Clinical Nursing, 21*(19pt20), 2886-2895

ภาคผนวก



1259445262

BUU.IThesis 59920045 thesis / rcv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ



1259445262

BUU.ITthesis 59920045 thesis / rcv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นายแพทย์ ชนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
แผนกประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญญโณภาสกุล ที่ปรึกษาฝ่ายการพยาบาล
และศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลศิริราช
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยา โฆสิตะมงคล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. พว.กาญจนา บัวเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลพัทลุง จ. พัทลุง
5. พว.จุก สุวรรณโณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ. สงขลา



1259445262

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้
Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)

คำถาม	คำตอบ
1. ปีนี้ปีอะไร	
2. เดือนนี้เดือนอะไร	
3. ให้ผู้ป่วยจำที่อยู่โดยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เช่น 56 ถ.พดุงวิทย์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม (เพื่อนำไปถามข้อที่ 7)	
4. เวลานี้เวลาอะไร	
5. นับเลขถอยหลัง 20-1	
6. พุดเดือนถอยหลังใน 1 ปี	
7. ถามผู้ป่วยกลับในหัวข้อ 3 ในการจำที่ประกอบด้วย 5 ส่วน	
คะแนนรวม	

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองการกลับเป็นซ้ำ
- ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
- ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
- ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
- ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง



1259445262

1.11 รายได้ส่วนบุคคล (รายได้ต่อเดือน)

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 10,000 บาท | 2. <input type="checkbox"/> 10,001-15,000 บาท |
| 3. <input type="checkbox"/> 15,001-20,000 บาท | 4. <input type="checkbox"/> 20,001-25,000 บาท |
| 5. <input type="checkbox"/> 25,001-30,000 บาท | 6. <input type="checkbox"/> 30,000 บาทขึ้นไป |

1.12 ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | 2. <input type="checkbox"/> สามี-ภรรยา |
| 3. <input type="checkbox"/> ลูก | 4. <input type="checkbox"/> หลาน |
| 5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | |

1.13 สิทธิการรักษา

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ข้าราชการ | 2. <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ |
| 3. <input type="checkbox"/> บัตรทอง | 4. <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
| 5. <input type="checkbox"/> จ่ายเอง | 6. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

2. ลักษณะข้อมูลสุขภาพ

2.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> มี | 2. <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|--------------------------------|-----------------------------------|

2.2 การมีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง | 2. <input type="checkbox"/> หลอดเลือดหัวใจตีบ |
| 3. <input type="checkbox"/> เบาหวาน | 4. <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นผิดจังหวะ |
| 5. <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง | 6. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

2.3 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS).....คะแนน

2.4 ระดับความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง (m-RS).....คะแนน

2.5 จำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 1 ครั้ง | 2. <input type="checkbox"/> 2 ครั้ง |
| 3. <input type="checkbox"/> 3 ครั้ง | 4. <input type="checkbox"/> 4 ครั้ง |
| 5. <input type="checkbox"/> 5 ครั้ง | 6. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง: การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นประจำหรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสัปดาห์ละ 4-6 วัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสัปดาห์ละ 1-3 วัน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อย (3)	ปฏิบัติ บาง ครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย (1)
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหาร เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม				
2. ท่านรับประทานอาหารประเภท เช่น ผักชีอิ้ว				
3. ท่านรับประทานอาหารขนมหวาน เช่น ทองหยิบ				
4. ท่านรับประทานอาหารผักต่าง ๆ และผลไม้ เช่น ฝรั่ง				
พฤติกรรมด้านการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง				
5. ท่านรับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง				
6. ท่านรับประทานยา เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิต สูง.....				
7. ท่านรับประทานสมุนไพรร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อย (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย (1)
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย				
8. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 30 นาที				
9. ท่านมีอาการ แขน-ขา ปวด บวม หรืออ่อนแรง มากขึ้น.....				
พฤติกรรมด้านการสังเกตความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง และการมาตรวจตามแพทย์นัด				
10. ท่านคอยสังเกตอาการของตนเกี่ยวกับ ปากเบี้ยว				
11. ท่านมาพบแพทย์ไม่ได้ เนื่องจาก				
12. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				
พฤติกรรมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่				
13. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม				
14. ท่านสูบบุหรี่ซอง หรือยาเส้น				
15. ท่านอยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ซอง หรือยาเส้น				
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด				
16. ท่านมีปัญหาจะพูดคุย หรือปรึกษากับคนที่ไว้ใจ				
17. ท่านมีอาการเครียด คิดมาก นอนไม่หลับ				
18. ท่านจะฟัง ธรรมะ เพลง นั่งสมาธิ หรือปลูกต้นไม้				

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง: การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ถ้า.....ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ				
1. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด ตีบ หรืออุดตัน				
2. ท่านรับประทานอาหารที่มี เช่น กะปิ น้ำปลา ซอส และเครื่องปรุงรสต่าง ๆ				
3.....				
4.....				
5.....				
6. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที				
7. ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่สม่ำเสมอ				
8. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผสม				
9.....				
10.....				

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง: การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
- เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ท่านคิดว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ท่าน.....				
1. มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น				
2. มีบริเวณขาดเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้นได้				
3.....				
4.....				
5.....				
6. ต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากขึ้น เช่น การผ่าตัดในสมอง				
7. เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ปอดอักเสบ				
8. เกิดภาวะซึมเศร้าได้				
9.....				
10.....				

5. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง: การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
- เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ท่านคิดว่ากิจกรรมเหล่านี้มีประโยชน์ต่อท่าน				
1. การงด หรือหลีกเลี่ยง การรับประทาน อาหารที่มีรสเค็มการงด				
2. การงด หรือหลีกเลี่ยง การรับประทาน อาหารที่มีทำให้สูดด้วยการทอด				
3.				
4.				
5.				
6. การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผน				
7. การมาตรวจตามแพทย์นัดได้ทุกครั้ง				
8. การหยุดดื่มสุรา การหยุดสูบบุหรี่				
9.				
10.				

6. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง: การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ท่านคิดว่า.....เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน				
1. ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว				
2. การไม่ได้ปรุงอาหาร หรือประกอบอาหารด้วยตัวเอง				
3.				
4.				
5.				
6. การมาโรงพยาบาลทำให้มีภาระค่าใช้จ่าย				
7. การหยุดดื่มสุรา ทำให้การเข้าร่วมสังคม				
8. การหยุดสูบบุหรี่ ทำให้เข้าการร่วมสังคม				
9.				
10.				

7. แบบสัมภาษณ์ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง: การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ท่านคิดว่า.....เป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน				
1. การมีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมอง				
2. สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง				
3.				
4.				
5.				
6. ครอบครัวสนับสนุนการปรุงอาหาร				
7. ครอบครัว สนับสนุนการออกกำลังกาย				
8. แพทย์ และพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่อง				
9.				
10.				

8. แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง: การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ท่านเชื่อมั่น / มั่นใจว่าท่านสามารถ.....				
1. งดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม				
2. งดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง				
3.				
4.				
5.				
6. หยุดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ซิกคตคนสูบบุหรี่				
7. นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง				
8. รับประทานยาที่ได้รับให้ครบถ้วนตรงเวลา				
9.				
10.				



1259445262

ภาคผนวก ค

ใบพิทักษ์สิทธิและเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-10-2561

ชื่อผู้วิจัย นายชัยยุทธ โคตะรักษ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับโครงการ โดยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสัมภาษณ์ 7 ชุด คือ 1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ 2 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ 3 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ 4 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 6 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 7 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 45 นาที



1259445262

BUU-IThesis 59920045 thesis / recv: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นายชัยยุทธ โคะระรักษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 095-949-1534 หรือที่ ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-823

นายชัยยุทธ โคะระรักษ์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายชัยยุทธ โคตะรัมย์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายชัยยุทธ โคตะรัมย์)



1259445262

ภาคผนวก ง

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร



1259445262

BUU_Thesis_59920045_Thesis / recv: 10072563_06:21:01 / seq: 13

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของ
ตัวแปร ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว มีการกระจายตัว
แบบปกติ

ตัวแปร	Skewness	Skewness/ Std. Error	Kurtosis	Kurtosis Std. Error
1. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	-0.476	.257	-0.794	.508
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	-0.150	.257	-0.709	.508
3. การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	-0.054	.257	-0.832	.508
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-0.198	.257	-0.605	.508
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-0.487	.257	-0.658	.508
6. การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-0.147	.257	-0.514	.508
7. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	-0.236	.257	-0.637	.508

จากตารางค่า Skewness/ Std. Error อยู่ในช่วง ± 1.96 และค่า Kurtosis/ Std. Error
อยู่ในช่วง ± 1.96

ภาคผนวก จ

สำเนาแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย



1259445262

BUU.ITthesis 59920045 thesis / rcv: 10072563 06:21:01 / seq: 13



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
Factors Related to Health Behaviors of Elderly with Recurrent Stroke

ชื่อนิติ นายชัยยุทธ โคตะรักษ์

รหัสประจำตัวนิติ 59920045 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 10 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 88 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล กลินิกประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 27 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สถาบันประสาทวิทยา โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๒

ที่ สธ ๐๓๑๐/ ๑๕๕๕

วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นายชัยยุทธ โคตะรักษ์

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียดของโครงการวิจัยข้างท้าย และขณะนี้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน ที่มีผลการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ ๖๒๐๐๗

ชื่อโครงการวิจัย บัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียดในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ที่ สธ ๐๓๑๐(๑๓๗๐๐)/๑๘๗๔ ตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางไพรัตน์ แสงดิษฐ)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา



เอกสารเลขที่ 022 /2562

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
หมายเลขโครงการ	62007
ผู้วิจัยหลัก	นายชัยยุทธ โคตะรักษ์
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version Date : 11/02/2562 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version Date : 11/02/2562 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version Date : 11/02/2562 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version Date : 11/02/2562 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย Version date : 30.11.2561 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ 30 พฤศจิกายน 2561
วันที่พิจารณาอนุมัติ	20 กุมภาพันธ์ 2562

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัย ฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ


(นางสาวพิมพ์ชนก พุดชวา)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่

20 กุมภาพันธ์ 2562

ถึงวันที่

19 กุมภาพันธ์ 2563

ภาคผนวก จ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
กลับเป็นซ้ำ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็น

ซ้ำ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง การ
กลับเป็นซ้ำ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความสามารถของตนเอง



1259445262

BUU_1Thesis_59920045_thesis / rev: 10072563 06:21:01 / seq: 13

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
กลับเป็นซ้ำ ($n = 88$)

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านรับประทานอาหาร เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ไข่เค็ม ปลาร้า น้ำพริกต่าง ๆ หมูของหรืออาหารหมักดอง	2.76	.897
2. ท่านรับประทานอาหารประเภท เช่น ผัดซีอิ๊ว ผัดไทย ไข่เจียว หอยทอด ก๋วยเตอด มันทอด	2.84	.908
3. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฟอยทอง บัวลอย ก๋วยเตบวชชี เค้ก	2.68	.878
4. ท่านรับประทานผักต่าง ๆ และผลไม้ เช่น ฝรั่ง ส้ม สับปะรด กีวี ชมพู	3.52	.758
5. ท่านรับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง (แอสไพริน โคลพิโดเกรล หรือ วาร์ฟาริน) ตามแผนการรักษาของแพทย์	3.76	.606
6. ท่านรับประทานยา เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ตามแผนการรักษาของแพทย์	3.95	.209
7. ท่านรับประทานสมุนไพรร่วมกับยาที่แพทย์สั่งเช่น โสมจีน โสมเกาหลี แป๊ะก๊วย	3.24	1.250
8. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 30 นาที	2.80	1.224
9. ท่านมีอาการ แขน-ขา ปวด บวม หรืออ่อนแรงมากขึ้นจะหยุดออกกำลังกายไปพบแพทย์ทันที	2.86	1.176
10. ท่านคอยสังเกตอาการของคนเกี่ยวกับ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด นึกคิดช้า และแขน-ขา อ่อนแรง	3.47	.883
11. ท่านมาพบแพทย์ตามนัด ไม่ได้ เนื่องจากไม่มีญาติพามา	3.89	.413
12. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.85	.537
13. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม	3.39	1.139
14. ท่านสูบบุหรี่ซอง หรือยาเส้น	3.26	1.150
15. ท่านอยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ซอง หรือยาเส้น	3.28	.970
16. ท่านมีปัญหาจะพูดคุย หรือปรึกษากับคนที่ไว้ใจ	3.33	.943
17. ท่านมีอาการเครียดคิดมากนอนไม่หลับ จะซื้อยารับประทานเอง	3.74	.686
18. ท่านจะฟัง ธรรมะ เพลง นั่งสมาธิ หรือปลุกต้นไม้ เมื่อท่านรู้สึกเครียด	3.63	.763
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	60.25	6.909

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($n = 88$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านเคยเป็น โรคหลอดเลือดสมองชนิด ตีบ หรืออุดตัน	3.77	.448
2. ท่านรับประทานอาหารที่มี เช่น กะปิ น้ำปลา ซอส และเครื่องปรุงรสต่าง ๆ	3.39	.651
3. ท่านรับประทานอาหารที่ทำให้สุกด้วยการทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่มีส่วนผสมของกระทิ	3.32	.617
4. ท่านรับประทาน ขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวาน หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน	3.31	.650
5. ท่านไม่ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3.32	.838
6. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/ ครั้ง และ 4 ครั้ง/ สัปดาห์	3.17	.746
7. ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่สม่ำเสมอ ขาดยา หรือหยุดยาเอง	3.80	.433
8. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม	3.55	.677
9. ท่านสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ เป็นประจำ	3.51	.758
10. ท่านมีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูง และโรคหัวใจ	3.77	.497
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	34.90	3.070

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง
กลับเป็นซ้ำ ($n = 88$)

การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น	3.07	.708
2. มีบริเวณขาดเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้นได้	2.94	.733
3. มีความพิการทางร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น แขน-ขา อ่อนแรงมากขึ้นได้	3.78	.414
4. ช่วยเหลือเหลือตนเองไม่ได้เป็นภาระต่อครอบครัว	3.75	.461
5. มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร	3.77	.421
6. ต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากขึ้น เช่น การผ่าตัดในสมอง หรือสอดใส่ อุปกรณ์ลากลิ้มเลือดในสมอง	3.16	.623
7. เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และเกิดแผล กดทับได้ง่ายขึ้น	3.56	.500
8. เกิดภาวะซึมเศร้าได้	3.40	.558
9. การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	3.60	.558
10. มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น	3.58	.582
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ	34.78	3.064

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
($n = 88$)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. การงด หรือหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่นปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม	3.20	.571
2. การงด หรือหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่มีทำให้สุกด้วยการทอด เช่น หมูทอด เนื้อทอด	3.17	.572
3. การงด หรือหลีกเลี่ยง การรับประทาน ขนมหวาน น้ำหวาน และผลไม้ที่มีรสหวาน	3.15	.537
4. การออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ ครั้ง และ 4 ครั้ง/ สัปดาห์	3.34	.585
5. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3.49	.587
6. การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์	3.81	.397
7. การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง	3.82	.3.88
8. การหยุดดื่มสุรา การหยุดสูบบุหรี่ และไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่	3.47	.677
9. การทำจิตใจให้แจ่มใส ผ่อนคลายความเครียด เช่น โยคะ หรือ โยโมโหงาย	3.65	.526
10. การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ อย่างน้อยวันละประมาณ 6-8 ชั่วโมง	3.69	.488
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	34.78	3.064

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
($n = 88$)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีน้อย	2.87	.965
2. การไม่ได้ปรุงอาหาร หรือประกอบอาหารด้วยตัวเอง	2.73	.919
3. การรับประทานยารักษาโรคมีเวลาแตกต่างกัน และมีจำนวนยาหลายชนิด	2.31	.793
4. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลานาน	2.74	.780
5. การเดินทางจากบ้านของท่านมาโรงพยาบาลใช้เวลานาน	2.03	.837
6. การมาโรงพยาบาลทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	1.83	.715
7. การหยุดดื่มสุรา ทำให้การเข้าร่วมสังคมลดน้อยลง	1.35	.568
8. การหยุดสูบบุหรี่ ทำให้เข้าการร่วมสังคมลดน้อยลง	1.33	.562
9. การนอนไม่ค่อยหลับ หรือการพักผ่อนน้อย	1.74	.719
10. การมีความเครียด ความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	1.85	.736
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	20.73	4.461

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
($n = 88$)

การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. การมีประสบการณ์เป็น โรคหลอดเลือดสมอง	3.75	.435
2. สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปากเบี้ยว นึกคิดไม่ออก พูดไม่ชัด แขน-ขา ชา หรืออ่อนแรง	3.73	.448
3. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมอง	3.38	.532
4. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ อาการ และสัญญาณเตือน โรคหลอดเลือด สมอง	3.43	.498
5. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	3.42	.496
6. ครอบครัวสนับสนุนการปรุงอาหารโดยไม่ใส่เครื่องปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือปน ลงในอาหาร	3.05	.585
7. ครอบครัว สนับสนุนการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 30 นาที/ ครั้ง อย่างน้อย 4 ครั้ง/ สัปดาห์	3.14	.610
8. แพทย์ และพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่อง	3.63	.487
9. แพทย์ และพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหยุดดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ การหยุดสูบบุหรี่ และไม่อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่	3.68	.468
10. แพทย์ และพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามแพทย์นัด	3.69	.464
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ	34.94	2.858

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. งดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือลดการเติมเครื่องปรุงรสในอาหาร	3.13	.563
2. งดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น หมูทอด มันทอด ไข่แดง เครื่องในสัตว์	3.24	.606
3. งดรับประทานขนมหวาน น้ำหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวาน	3.32	.598
4. ออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที/ ครั้ง อย่างน้อย 4 ครั้ง/ สัปดาห์	3.16	.693
5. หยุดการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม	3.81	.425
6. หยุดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนสูบบุหรี่	3.81	.451
7. นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	3.75	.435
8. รับประทานยาที่ได้รับให้ครบถ้วน ตรงเวลา ถูกต้องตามแผนการรักษาแพทย์	3.78	.414
9. ท่านสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม	3.75	.435
10. มาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง	3.88	.333
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	35.61	2.854