



การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง
Illness Representation and Recurrence Prevention Behaviors in Elderly With Stroke

อรอุมา คงแก้ว

Onauma Kongkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้เขียน นางสาวอรอุมา คงแก้ว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....
(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

.....กรรมการ
(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุคศิริ หิรัญชุนหะ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือ

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรอุมา คงแก้ว)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรอุมา คงแก้ว)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้เขียน	นางสาวอรอุมา คงแก้ว
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 105 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ 2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรค และการรับรู้การเจ็บป่วย และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำของแบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรค การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .90, .83, .86 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ระดับการรับรู้การเจ็บป่วย และระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วยพิจารณาตามองค์ประกอบรายด้าน ดังนี้

1.1 การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค กลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่ามีอาการอ่อนแรงแขน - ขาค้างซีก และพูดไม่ชัดหรือมีปัญหาในการพูด (ร้อยละ 100) รองลงมารับรู้ว่ามีอาการใบหน้าเบี้ยว เหน็บชาตามร่างกายครึ่งซีก และสูญเสียการทรงตัว (ร้อยละ 99.0, 98.1 และ 96.2 ตามลำดับ)

1.2 การรับรู้สาเหตุของโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองมากที่สุด ($M = 4.13, SD = 0.69$) รองลงมาคือพฤติกรรมของตนเอง ($M = 3.92, SD = 0.80$) อาหารหรือพฤติกรรมการกิน ($M = 3.83, SD = 0.96$) และความเครียดหรือความวิตกกังวล ($M = 3.73, SD = 0.95$)

1.3 การรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = 0.28$)

2. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($M = 3.16, SD = 0.39$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยามากที่สุด ($M = 3.91, SD = 0.28$) รองลงมาด้านงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($M = 3.85, SD = 0.63$) และด้านงดสูบบุหรี่ ($M = 3.38, SD = 0.84$)

3. การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อปรับการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Thesis	Illness Representation and Recurrence Prevention Behaviors in Elderly With Stroke
Author	Miss Onauma Kongkaew
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2017

ABSTRACT

The purposes of this descriptive correlational research design were to describe the level of illness representation and the level of recurrence prevention behaviors, and to examine the relationship between illness representation and recurrence prevention behaviors in the elderly with stroke. The 105 participants in this study were elderly with stroke and purposively recruited from community hospitals in Suratthani province, based on the inclusion criteria. Data were collected using instruments which were divided into three parts: 1) Demographic and Health Status Data Questionnaire; 2) the Illness Representation Questionnaire consisting of 3 components: Identity, Causes, and Illness Representation; and 3) Recurrent Prevention Behaviors in Elderly with Stroke Questionnaire. Content validity of the questionnaires was checked by three experts. The test-retest reliability of the Identity, Cause, the Illness Representation components, and the Recurrence Prevention Behaviors in Elderly with Stroke Questionnaire were .90, .83, .86, and .86, respectively. Descriptive statistics were used to analyze demographic data and health status, level of illness representation and level of recurrence prevention behaviors with stroke. Pearson's Product Moment Correlation was used to analyze the relationship between illness representation and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke.

The results of this study were as follows:

1. Illness representation by its components:

1.1 Identity: all participants (100%) perceived symptoms of hemiplegia and dysphasia associated with stroke, followed by facial palsy (99.0%), numbness the affected side (98.1%), and loss of gait balance (96.2%).

1.2 Causes: participants indicated that stroke was caused by cerebral vessel abnormality with the mean score of 4.13 ($SD = 0.69$), followed by behaviors ($M = 3.92$, $SD = 0.80$),

eating habits ($M = 3.83$, $SD = 0.96$), and stress or anxiety ($M = 3.73$, $SD = 0.95$).

1.3 The illness representation score was reported at the moderate level ($M = 3.58$, $SD = 0.28$).

2. The recurrence prevention behaviors were reported at the high level ($M = 3.16$, $SD = 0.39$) with the mean score for the components of taking medication 3.91 ($SD = 0.28$), no alcohol drinking 3.85 ($SD = 0.63$), and no smoking 3.38 ($SD = 0.84$).

3. The illness representation was found to have a significant positive correlation with the recurrence prevention behaviors at a moderate level ($r = .33$, $p < .001$).

The results of this study could be used as baseline information to guide the development of effective illness representation based nursing intervention, aiming to improve patients' perception, further promote prevention behaviors, and ultimately prevent recurrence stroke in the elderly.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือที่ดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ และ ดร.จรรุวรรณ กฤตย์ประชา อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ให้แนวคิด ตลอดจนคอยตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขจุดบกพร่อง ด้วยดีมาตลอด และยังคงอยุ่เป็นกำลังใจจนผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่ายิ่ง และขอขอบพระคุณคณะกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยให้ความช่วยเหลือ ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม โรงพยาบาลเกียนซา และ โรงพยาบาลวิภาวดี ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่คอยให้ความร่วมมือและความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพนม ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัวที่คอยสนับสนุน ทุกอย่าง คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาตลอดมา และขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ ที่คอยห่วงใย เป็นกำลังใจ และให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเสมอมา

อรอุมา คงแก้ว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ.....	10

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง.....	11
อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง.....	12
แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง.....	13
การกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	17
อุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง	17
นิยามของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง	17
ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง.....	18
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	19
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.	22
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	22
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง....	30
การประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง.....	32
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	34
แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย.....	34
การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	37
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วย.....	40
การประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย.....	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับ เป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	48
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผล.....	66
ผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผลการวิจัย.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	90
สรุปผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	93
เอกสารอ้างอิง.....	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	109
ก เครื่องมือในการวิจัย.....	110
ข หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	126
ค หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	128
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	129
จ ผลการศึกษาเพิ่มเติม.....	131
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	138
ประวัติผู้เขียน.....	139

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละโรงพยาบาล (N = 105).....	56
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 105).....	67
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ (N = 105).....	69
4	จำนวนและร้อยละของการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	71
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	72
6	คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	73
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	74
8	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	76

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
9	จำนวนและร้อยละของรับรู้อาการขณะที่เป็นและอาการที่ยังมีอยู่ในปัจจุบันในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	131
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (N = 105).....	132
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย (N = 105).....	132
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง (N = 105).....	133
13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามการรับรู้ความสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา (N = 105).....	133
14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามการรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย (N = 105).....	133
15	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามการรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย (N = 105).....	134
16	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามการรับรู้ทางอารมณ์ (N = 105).....	134

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	135
18	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายชื่อตามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105).....	136

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการ กลับเป็นซ้ำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	7

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization [WSO], 2017) พบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 หรืออีก 2 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization [WHO], 2015) และพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบเพิ่มขึ้นตามอายุ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และเพิ่มเป็นร้อยละ 17 เมื่ออายุ 80 ปี จากการเปลี่ยนแปลงและมีการเสื่อมถอยตามวัยในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (WSO, 2013)

ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ เป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรืออีก 3 ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ก็ย่อมส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) และจากรายงานอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของกลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 มีจำนวนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 299,172, 342,895 และ 374,668 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้สูงกว่าวัยอื่น (Allen et al., 2010)

การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง (recurrent stroke) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ในสมองของผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นกลุ่มที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มวัยอื่น และผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

โอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่ 30 วันแรก (พรภัทร, 2555) จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคมากขึ้นถึง 3 เท่า หรือมากกว่าร้อยละ 20 และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเฉลี่ยมากกว่า 3 ครั้ง (Allen et al., 2010) หรือพบได้ถึงร้อยละ 30 (Lloyd-Jones et al., 2009) การกลับเป็นซ้ำทำให้มีความพิการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าครั้งแรกที่เป็น (WSO, 2013) จากข้อมูลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 1 ใน 4 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (American Stroke Association [ASA], 2013) หรือประมาณ 9 เท่าของผู้ที่ไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (นิภาศรีและนิจศรี, 2555) โดยพบว่าในเดือนแรกหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 14 และพบว่าภายใน 5 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสการเกิดเป็นซ้ำร้อยละ 40 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ASA, 2013) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบรายงานการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุ พบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในปีแรก ภายใน 5 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 29.11, 45.57 และ 25.32 ตามลำดับ (สมศักดิ์, 2552)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าหรือมากกว่า ร้อยละ 20 - 30 (Allen et al., 2010; Benjamin et al., 2017) และเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยมากกว่า 3 ครั้ง (Allen et al., 2010) (2) ปัจจัยที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง และการมีโรคร่วม ได้แก่ หัวใจล้มเหลว โรคเบาหวาน และโรคอ้วน รวมทั้งเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมากกว่า 1 ปี และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (Leoo, Lindgren, Petersson, & Von Arbin, 2008) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.78) เบาหวาน (ร้อยละ 34.78) ไ้ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 21.74) การหยุดยาเอง (ร้อยละ 21.75) และขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่อง (ร้อยละ 4.35) (จิราวรรณและชนกพร, 2557; สมศักดิ์, 2552) และ (3) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สุกัญญา, 2553) และการรับรู้ว่าอาการหายดีแล้วทำให้ไม่มารับการติดตามนัดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ปัทมดาและคณะ, 2557) การรับรู้ที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้

พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้ (Lawrence et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยให้สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ (American Heart Association/ American Stroke Association [AHA/ASA], 2011) และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่สม่ำเสมอ (Goldfinger et al., 2012) หยุดการรับประทานยาเอง (ร้อยละ 21.75) (สมศักดิ์, 2552) มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค (สุกัญญา, 2553) แต่ในบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (ดารัญ, 2554) อาจเป็นไปได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยที่แตกต่างก็นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

ลิเวนทาลและคณะ (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003; Leventhal, Phillips, & Burns, 2016) ได้เสนอกรอบแนวคิดการเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (The Common-Sense Model of Self-regulation [CSM]) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลมีสามัญสำนึกเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็นนักแก้ปัญหา มีศักยภาพในการเผชิญปัญหา และสามารถจัดการกับภาวะคุกคามที่ผ่านเข้ามาได้โดยผ่านกระบวนการรับรู้การเจ็บป่วย (illness representation) 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค การรับรู้สาเหตุของโรค การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง/ควบคุมโรคด้วยการรักษา การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย การรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ และมีพฤติกรรมปรับตัวเพื่อตอบสนองหรือเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคามสุขภาพ มีผู้นำกรอบแนวคิดนี้ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งมีการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยหอบหืด พบว่า เมื่อมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถควบคุม/รักษาได้ จะตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็ว (พิมพา, 2553; สิริรัตน์, 2558) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาได้ด้วยการรับประทานยาจึงมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (นันทยา, วันเพ็ญ, สศิมา, ศรีนรัตน์, และยงชัย, 2557) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วย และไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ทำให้มีความวิตกกังวลและความกลัวในระดับสูง จึงตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว (จิณัฐตา, 2556; วิภาวดี, เกศรินทร์, และศิริอร, 2558; Geffner, Soriano, Perez, Vilar, & Rodriguez, 2012) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษาได้ แต่กลับไม่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคอยู่นานทำให้คุ้นชินต่อโรค และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงขาดประสบการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการควบคุมพฤติกรรม (ขนิษฐา, วิราวรรณ, นารีรัตน์, และคณิงนิจ, 2559) หรือผู้ป่วยโรคอะโครเมกาลีที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษาแต่ด้วยลักษณะการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปทำให้ไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย (นิษฐ์ชาพัศ, 2560) การรับรู้การเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวในผู้ป่วยเรื้อรังยังมีความแตกต่างกัน และที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จะเห็นได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากแต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุแต่ยังไม่พบการศึกษากการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค นอกจากนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ (ขนิษฐา, 2559; นิษฐ์ชาพัศ, 2560; พิมพา, 2553) ซึ่งมีความแตกต่างของความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อภาวะคุกคามต่อภาวะสุขภาพและการปรับพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับการเจ็บป่วยทำให้ผลการศึกษาที่ได้ไม่สอดคล้องกัน และยังคงศึกษาไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย เช่น การศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยเฉพาะด้านความคิด (ดาร์ณู, 2554) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งจะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง (ประไพ, 2557) และศึกษาในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือมีประวัติโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และมีปัญหาที่ไต (สุทัตตะ, 2557) หรือหากเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นการศึกษาทุกกลุ่มอายุ (จิราวรรณและชนกพร, 2557) หรือศึกษาเฉพาะด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (เปทิตตาและคณะ, 2557) ซึ่งเป็นการศึกษาที่ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
3. การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

กรอบแนวคิด

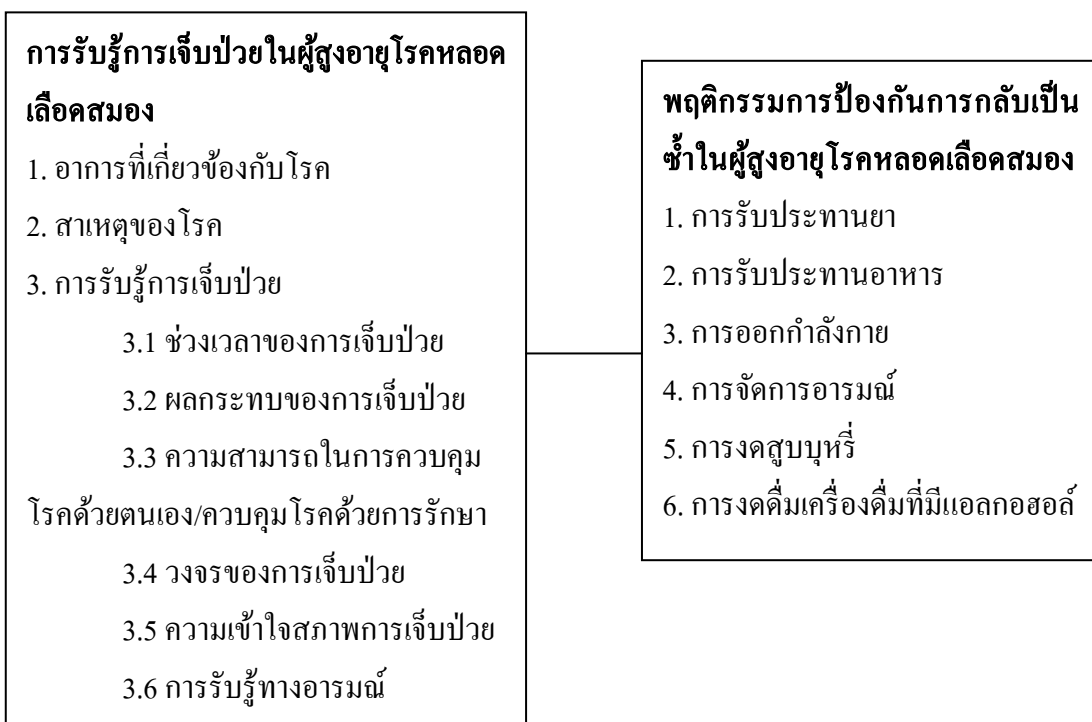
การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย และระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ 2 แนวคิดหลัก โดยแนวคิดแรก คือ แนวคิดสามัญสำนึกในการจัดการด้วยตนเอง (The Common-Sense Model of Self-regulation [CSM]) ของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2016) ที่อธิบายการรับรู้การเจ็บป่วย ร่วมกับแนวคิดที่สอง คือ แนวคิดพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ/ สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ASA, 2011) และการทบทวนวรรณกรรม

โดยแนวคิดแรก แนวคิดสามัญสำนึกในการจัดการด้วยตนเองของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2016) กล่าวถึงการรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (illness representation) การจัดการด้วยตนเอง และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยที่การรับรู้ความเจ็บป่วยจะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพ และตัดสินใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลนั้นเป็น โครงสร้างที่เป็นรูปแบบมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตัวเอง คนรอบข้าง ข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ จากสื่อต่างๆ หรือจากสังคมและสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นบุคคลรวบรวมข้อมูล

ที่ได้มาเพื่อให้ความหมายการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ที่ครอบคลุมองค์ประกอบการรับรู้การเจ็บป่วย 8 องค์ประกอบ คือ (1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (2) การรับรู้สาเหตุของโรค (3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (4) การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย (5) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง/ควบคุมด้วยการรักษา (6) การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย (7) ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และ (8) การรับรู้ทางอารมณ์ ซึ่งครอบคลุมการรับรู้การเจ็บป่วยทางกาย และการรับรู้การเจ็บป่วยทางอารมณ์ (Leventhal et al., 1984; Moss-morris et al., 2002) ภายหลังจากเกิดการรับรู้การเจ็บป่วยในทุกองค์ประกอบ บุคคลจะมีการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นเรียกว่าพฤติกรรมปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (coping procedures) เพื่อเผชิญการเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคามสุขภาพ และตัดสินใจเลือกวิธีการหรือการกระทำเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิด ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 8 องค์ประกอบ มาศึกษา

แนวคิดที่สอง แนวคิดพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ/ สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ ASA, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม (Coutts et al., 2015; Hankey, 2014; Lambert, 2011) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (1) การรับประทานยา (2) การรับประทานอาหาร (3) การออกกำลังกาย (4) การจัดการอารมณ์ (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยอธิบายว่าหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดังกล่าวที่เหมาะสมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน มาศึกษา

จากทั้ง 2 แนวคิด คือการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพ 1. แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์

การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (illness representation in elderly with stroke) หมายถึง การให้ความหมายหรือการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่ผ่านกระบวนการคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ทั้ง 8 องค์ประกอบ คือ (1) อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (2) สาเหตุของโรค (3) การรับรู้การเจ็บป่วย ประกอบด้วย (3.1) ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (3.2) ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (3.3) ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง/ การควบคุมโรคด้วยการรักษา (3.4) วงจรการของเจ็บป่วย (3.5) ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย และ (3.6) การรับรู้ทางอารมณ์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถาม

การรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised [IPQ-R]) ของมอสมอริสและคณะ (Moss - morris et al., 2002) ที่ทำการแปลเป็นภาษาไทยโดยสิริลักษณ์ (2549) ครอบคลุมทั้งการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้ทางอารมณ์

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความถี่ของกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 6 ด้าน คือ (1) การรับประทานยา (2) การรับประทานอาหาร (3) การออกกำลังกาย (4) การจัดการอารมณ์ (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ด้าน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (descriptive correlation research design) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย กับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการวางแผนการให้ข้อมูลและการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อปรับการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
 - 1.1 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
2. การกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 อุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.2 นิยามของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4.1 แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย
 - 4.2 การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วย
 - 4.4 การประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization [WSO], 2017) พบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2563 หรืออีก 2 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization [WHO], 2015) ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจากการเปลี่ยนแปลงและมีการเสื่อมถอยตามวัยในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (WSO, 2013)

สำหรับประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ เป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรืออีก 3 ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ย่อมส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) และเมื่อพิจารณาในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จากรายงานของกลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกระทรวงสาธารณสุข ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 พบว่ามีจำนวนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 299,172, 342,895 และ 374,668 ราย ตามลำดับซึ่งจะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปีเนื่องมาจากการมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นก็ยิ่งส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นตามมา

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทุก ๆ ระบบไปในทางที่เสื่อมสภาพหรือเสื่อมลง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายมีการทำงานของลดลง และปรากฏให้เห็นออกมาในรูปแบบของการเกิดโรคต่างๆ โดยการมีอายุที่เพิ่มขึ้นนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น ทั้งโรคติดต่อและโรคที่ไม่ติดต่อ จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่

สังคมวัยผู้สูงอายุ จึงทำให้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นตามมา (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) จากความเสื่อมของหลอดเลือดแดงใหญ่ (atherosclerosis) ทำให้ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง คือ มีการตีบ มีการอุดตัน และมีการแตกของหลอดเลือด ส่งผลให้สมองที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของร่างกายหยุดทำงาน เป็นผลให้เกิดอัมพาตของร่างกายส่วนนั้น ๆ ขึ้น โดยอาการมักจะเกิดขึ้นฉับพลัน เรียกว่า โรคลมอัมพาต หรือโรคลมปัจจุบัน (stroke) หรือโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident [CVA]) สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) (ก้องเกียรติ, 2553; เกรียงศักดิ์, 2553; รัชญา, 2556; วราภรณ์, 2556) ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้พยาธิสภาพเกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง ทำให้เนื้อสมองตาย พบได้มากกว่าโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก ถึง 4 เท่า (รัชญา, 2556) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 - 80 จะอยู่ในกลุ่มนี้ (ก้องเกียรติ, 2553) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) หลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) และ (2) ภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง (embolic stroke)

1.1 หลอดเลือดสมองตีบ การเกิดพยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบซึ่งจะค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อยจนมีลิ่มเลือด (thrombosis) ในที่สุด ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือด (วราภรณ์, 2556) ซึ่งพยาธิสภาพดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ในหลอดเลือดขนาดใหญ่ (extracranial and intracranial arteries) และหลอดเลือดขนาดเล็ก (small penetrating arteries) (เกรียงศักดิ์, 2553) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ทำให้เซลล์สมองตาย โดยพบมากในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุของอาการอัมพาตครึ่งซีกที่พบได้บ่อยกว่าสาเหตุอื่น โดยประมาณ 2 ใน 3 เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคดังกล่าวทำให้หลอดเลือดมีการแข็งตัว (รัชญา, 2556)

1.2 ภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง การเกิดพยาธิสภาพในกลุ่มนี้ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณดังกล่าวแต่มีสาเหตุมาจากเกิดมีลิ่มเลือด (emboli) ซึ่งอยู่ในตำแหน่งส่วนต้นของหลอดเลือด (เกรียงศักดิ์, 2553) ที่อยู่นอกสมองหลุดลอยตามกระแสเลือดไปอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้สมองขาดเลือดและเซลล์สมองตาย (รัชญา, 2556) ทำให้ผู้ป่วยมักจะมีอาการมากที่สุดทันที และเมื่อลิ่มเลือดมีการละลายหรือหลุดเลือนออก จะทำให้อาการดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งมักจะมีความสัมพันธ์กับการทำงานของหัวใจหรือ

โรคหัวใจที่สามารถทำให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือดได้ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นสั่นพริ้ว (atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) หรือหลังการผ่าตัดหัวใจ (post cardiac surgery) เป็นต้น

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก

โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้พยาธิสภาพเกิดจากผนังหลอดเลือดสมองขนาดเล็กมีการโป่งพองทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่ายทำให้มีเลือดออก ซึ่งเลือดที่แตกออกมาก็จะรวมตัวเป็นก้อนเลือด (hematoma) จากนั้นเลือดที่แตกออกจะเข้าไปเบียดแทนที่บริเวณเนื้อสมองที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นมีการถูกเบียด มีการถูกกด ทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์เนื้อสมอง ใช้เวลาในขั้นตอนนี้อยู่ประมาณ 3 - 6 ชั่วโมง จนทำให้เซลล์เนื้อสมองขาดเลือดจนเกิดเนื้อสมองตายในที่สุด (วารสาร, 2556) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) เลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) และ (2) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage)

2.1 เลือดออกในสมอง การเกิดพยาธิสภาพมักขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเลือดที่มีการแตกเข้าไปในเซลล์เนื้อสมอง พบการเกิดเลือดออกในสมองร้อยละ 10 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (เกรียงศักดิ์, 2553) สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญของเลือดออกในสมอง คือการที่ก้อนเลือดที่แตกนั้นมีขนาดใหญ่และกดเบียดเซลล์เนื้อสมองทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองบวม หากเป็นเพิ่มขึ้นก็ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงและในขณะเดียวกันหากการแตกของหลอดเลือดไม่มาก ประมาณ 2 - 6 เดือน ก้อนเลือดที่แตกก็จะค่อย ๆ ซึมเข้าหลอดเลือดสมองได้เอง โดยสาเหตุมักเกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งตำแหน่งบริเวณสมองที่มีเลือดออกได้บ่อย เช่น บริเวณบาซัลแกงเกลีย (basal ganglia), บริเวณทาลามัส (thalamus), บริเวณเซลิเบลลัม (cerebellum) และบริเวณพอนส์ (pons) (วารสาร, 2556)

2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง การเกิดพยาธิสภาพเป็นการมีเลือดออกในสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) พบอุบัติการณ์ของเลือดออกใต้ชั้นอะราคนอยด์ (arachnoid) ประมาณ 5 - 10 % (เกรียงศักดิ์, 2553) หากมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่มักเกิดจากหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ เช่น มีการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง (aneurysm) และกลุ่มเส้นเลือดในสมองผิดปกติ (Arteriovenous malformation [AVM]) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นอยู่ใกล้หรืออยู่ในชั้นเยื่อหุ้มสมองมีการแตกหรือมีการฉีกขาดของหลอดเลือดที่มีการโป่งพอง (รัชฎา, 2556) เกิดขึ้นได้จากการมีความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือจากการรับยาบางชนิด เช่น แอมเฟตามีน (amphetamine) และ โคเคน (cocain) แต่หากเกิดจากการได้รับบาดเจ็บต่าง ๆ ที่พบได้บ่อย เช่น การได้รับการกระทบ และอุบัติเหตุ เป็นต้น (วารสาร, 2556)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพของโรคที่มีการขาดเลือดหรือมีการแตกของเส้นเลือด การถูกกดของเซลล์เนื้อสมอง และระยะเวลาที่เซลล์เนื้อสมองมีการขาดเลือด ซึ่งอาจทำให้มีอาการเพียงเล็กน้อยหรือรุนแรงแล้วแต่กรณี สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจง และ (2) ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (ก้องเกียรติ, 2553; เกรียงศักดิ์, 2553; ประเสริฐ, 2552; ผ่องพรรณและวัลย์ลดา, 2553; รัชฎา, 2556; วราภรณ์, 2556) ดังนี้

1) ลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจง

อาการที่เฉพาะเจาะจง เป็นลักษณะอาการที่เด่นชัดเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองทำให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ อาการการแขนขาอ่อนแรงตามใบหน้า/แขน/ขาทันทีทันใดของร่างกายอย่างฉับพลัน (sudden face/ limb weakness) การพูดลิ้นคับปาก พูดไม่ชัดหรือสับสนมีปัญหาในการพูดอย่างฉับพลัน (sudden speech disturbance) อาการชาตามใบหน้า/แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างฉับพลัน (sudden face/ limb numbness) สายตามีปัญหาอย่างฉับพลัน (sudden loss of seeing) การทรงตัว/การเดินมีปัญหาหรือรู้สึกมีนงงอย่างฉับพลัน (sudden loss of balance) และปวดศีรษะอย่างรุนแรงและฉับพลัน (sudden severe headache) การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกฉับพลัน (sudden mental status change) ซึ่งอาจมีอาการเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเกิดร่วมกันได้

2) ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง

อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เป็นลักษณะอาการที่คล้ายกับโรคอื่นทำให้การวินิจฉัยล่าช้า ได้แก่ อาการอ่อนแรง (fatigue) อาการวิงเวียน (dizziness) บ้านหมุน (vertigo) และอาเจียน (vomiting) ซึ่งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดร่วมกันหรือเกิดอาการเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทยมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2556)

สามารถแบ่งการรักษาและการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ระยะคือ การรักษาในระยะเฉียบพลัน และการรักษาในระยะยาว

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน

1.1 การประเมินอาการในระยะเฉียบพลัน

1) การคัดกรอง ชักประวัติ และการประเมินอาการ มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (เป็นทันทีทันใดและมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ)

(1) แขนขา ซา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง

(2) พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ

(3) เดินเซ เวียนศีรษะ

(4) ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีตามัวข้างใดข้างหนึ่ง

(5) ปวดศีรษะอย่างรุนแรงชนิดไม่เคยเป็นมาก่อนหรือประเมินโดยใช้ Act FAST (Face, Arm, Speech, Time)

ใช้ Act FAST (Face, Arm, Speech, Time)

2) การตรวจร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายทางระบบประสาท

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น DTX, Coagologram, Electrolyte, CBC, BS, BUN, Cr, (Blood Clot 1 tube), EKG, CT brain, CXR

4) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีซึมลง ควรพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และทำการช่วยชีวิต (resuscitation) ทันที

1.2 การดูแลรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (specific treatment) ได้แก่

1) การให้ยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรินใน 48 ชั่วโมงแรก

2) การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ (stroke unit)

3) การให้ยาละลายลิ่มเลือดใน 3 - 4.5 ชั่วโมง (thrombolytic treatment)

4) การผ่าตัดเพื่อลดการกดทับสมองจากสมองบวม (hemicraniectomy)

1.3 การดูแลรักษาแบบทั่วไป (general management)

1) การควบคุมความดันโลหิตสูง ในช่วงแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักมีความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้ามีความดันโลหิตสูงมาก (SBP > 220 mmHg, DBP > 120 mmHg) มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงเอออร์ติก มีภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (malignant hypertension) ให้การรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิต ยาไนโตรพรัสไซด์ (nitroprusside) หรือยาไนโตรกลีเซอรีน

(nitroglycerine) ทางหลอดเลือดดำปรับระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับไม่เกิน 220/120 mmHg หรือให้ยาแคปโตพริล (captopril) ทางปาก หลีกเลี่ยงการให้ยาไนเฟดิปีน (nifedipine) อนุมัติสั้น เพราะเสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำมากเกินไป ซึ่งการลดความดันโลหิตช่วงแรก อาจทำให้อาการเลวลงจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้สมองมีการขาดเลือดเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการให้สารน้ำที่เพียงพอและหยุดยาลดความดันโลหิต ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ปัญหานี้ได้

2) การดูแลทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก โดยการติดตามสัญญาณชีพ เช่น อุณหภูมิ การหายใจ ชีพจร และความดันโลหิต แบบต่อเนื่องอย่างน้อย 72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีระดับออกซิเจน น้อยกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน หรือในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงและมีภาวะเขียวจากการขาดออกซิเจน (cyanosis) พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยป้องกันการสำลักและการหายใจล้มเหลวได้

3) การดูแลระบบไหลเวียนเลือดและการเต้นของหัวใจ ในระยะแรกอัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีความผิดปกติหรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram [EKG]) และวัดความดันโลหิตเป็นระยะ

4) การให้สารน้ำ ควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีความเข้มข้นพอ ๆ กับเลือดและไม่มีน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง

5) การดูแลระดับน้ำตาลในเลือด ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน (> 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แต่ถ้าหากมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยกว่า (< 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ควรได้รับการแก้ไขเพราะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจมีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมองได้

6) การรักษาอุณหภูมิ ภาวะไข้ (อุณหภูมิ > 37.5 องศาเซลเซียส) อาจจะมีอาการทางระบบประสาท หรือมีการติดเชื้อได้ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แย่ลง เมื่อมีไข้ควรหาสาเหตุและให้การรักษาโดยลดอุณหภูมิร่างกายและการให้ยาลดไข้

2. การรักษาในระยะยาว

การรักษาที่สำคัญในการรักษาในระยะยาว คือ การฟื้นฟูและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการรักษาด้วยยา และการผ่าตัด ตลอดจนการควบคุมและรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

2.1 การรักษาด้วยยา จากสรุปคำแนะนำทางคลินิกสำหรับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองของมูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical guidelines for stroke management)

(Stroke Foundation, 2017) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ยาที่ใช้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (antithrombotic) และ 2) ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic)

1) กลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ยาในกลุ่มนี้ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) เป็นยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดใช้ในการป้องกันการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ยาแอสไพริน (aspirin), ยาโคลพิโดเกรล (clopidogrel), ยาทิโคลพิดีน (ticlopidine), และยาไดไพริดาโมล (dipyridamole) และ 1.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) เป็นยากลุ่มที่สลายการแข็งตัวของลิ่มเลือด ได้แก่ ยาวาฟาริน (warfarin), ยาเฮพาริน (heparin), และยาอินอกซาพาริน (enoxaparin) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ไม่ได้รับ reperfusion therapy และไม่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตกควรได้รับยาต้านเกล็ดเลือดทันที (Rothwell et al., 2016; Sandercock et al., 2014) โดยที่การให้ยาแอสไพริน (aspirin) ร่วมกับยาโคลพิโดเกรล (clopidogrel) อาจใช้ในระยะสั้นหรือภายใน 3 สัปดาห์แรกในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือหลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือสมองขาดเลือดเล็กน้อย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง (Wong et al., 2013; He et al., 2015; Yi et al., 2014)

2) ยาละลายลิ่มเลือด ยาในกลุ่มนี้ในระยะวิกฤตใช้เพื่อการสลายลิ่มเลือดที่มีการอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและลดการตายของเซลล์เนื้อสมอง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือดอาร์ที-พีเอ (Recombinant tissue plasminogen activator [rt-PA]) ซึ่งออกฤทธิ์จำเพาะในการสลายไฟบรินในบริเวณตำแหน่งที่มีการอุดตันของลิ่มเลือดเท่านั้น โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ (Wardlaw, 2014; Anderson et al., 2016) ขนาดยาที่ให้ 0.9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ซึ่งปริมาณยาคำนวณได้จากน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ซึ่งปริมาณยาสูงสุดที่ให้ต้องไม่เกิน 90 มิลลิกรัม (Wardlaw, 2014; Emberson et al., 2014) มีระยะเวลาในการให้ โดยร้อยละ 10 ของยาคิดเข้าหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า 1 นาที ส่วนที่เหลือร้อยละ 90 หยดเข้าหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง และในขณะเดียวกันการรักษาดังกล่าว แพทย์ต้องพิจารณาผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะ (stroke unite) หรือ หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เพื่อการดูแลและการประเมินอย่างใกล้ชิด และในการให้ยาต้องเลือกผู้ป่วยให้เข้าตามเกณฑ์อย่างเคร่งครัด

2.2 การฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับการฟื้นฟูเร็วที่สุด เมื่ออาการทั่วไปเริ่มคงที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นและมีการพยากรณ์โรคที่ดี แพทย์ผู้รักษา ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยต้องมีโรคทางอายุรกรรมและอาการทางระบบประสาทคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ต้องทำตามคำสั่งได้อย่างต่อเนื่องกัน 2 ขั้นตอน ผู้ป่วยเรียนรู้การฟื้นฟู

สมรรถภาพ ทำตามได้ และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยระหว่างการฟื้นฟูต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเป็นซ้ำได้แม้ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (รุ่งนภาและงามทรัพย์, 2560)

การกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

อุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มวัยอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่ผ่านมาพบผู้สูงอายุมีการกลับเป็นซ้ำของโรคมามากขึ้นถึง 3 เท่าหรือมากกว่าร้อยละ 20 - 30 (Allen et al., 2010; Benjamin et al., 2017) และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่พบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเฉลี่ยมากกว่า 3 ครั้ง และพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำของโรคมามากกว่า 2 ครั้งต่อปี (Allen et al., 2010) มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมามากที่สุดในช่วงเวลา 3 -12 เดือน ร้อยละ 16.6 (Laloux, Lemonnier & Jamart, 2010) ในช่วงเวลา 1 เดือนพบร้อยละ 4 - 11.9 (Laloux, Lemonnier & Jamart, 2010; Leoo, Lindgren, Petersson, & Von Arbin, 2008) และในช่วงเวลา 12 เดือนพบร้อยละ 12 (Leoo et al., 2008) สำหรับประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองของสมศักดิ์ (2554) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 79 ราย พบว่าในช่วงเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 1 ปี ในช่วงเวลา 1 - 5 ปี และในช่วงเวลาหลังจาก 5 ปี พบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 29, 46 และ 25 ตามลำดับ และภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปี เพศชายจะมีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคมามากกว่าเพศหญิงได้ถึงร้อยละ 40 ซึ่งพบโอกาสเกิดเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่ 30 วันแรก (พรภัทร, 2555)

นิยามของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง มีการให้ความหมายโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) ให้ความหมายว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (recurrent stroke) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ในสมองของผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จากความ

ผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่แตกต่างจากการเกิดครั้งแรก (Camara, Vrche, & Ferrando, 2013) มีการเสื่อมสภาพของระบบประสาทส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทลดลง หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง โดยที่การเกิดขึ้นใหม่นี้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริเวณที่มีพยาธิสภาพของโรค การอุดตันของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นใหม่ การขยายบริเวณที่มีการตายของสมอง และการมีเลือดออกในสมอง (Coutts et al., 2008) ส่งผลทำให้เกิดความพิการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าครั้งแรกที่เป็น (Slark & Sharma, 2014) โดยมีอาการนานมากกว่า 24 ชั่วโมง (นิภาศรีและนิจศรี, 2555) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (Moroney et al., 1988 อ้างตามจิราวรรณและชนกพร, 2557) ดังนี้

(1) การกลับเป็นซ้ำระยะแรก (early recurrent stroke) คือ อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายใน 90 วัน

(2) การกลับเป็นซ้ำระยะหลัง (late recurrent stroke) คือ อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกแล้ว 90 วัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เป็นการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (recurrent stroke) ที่เกิดขึ้นใหม่ในสมองของผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีอาการโรคหลอดเลือดสมองนานมากกว่า 24 ชั่วโมง มี 2 ลักษณะ คือ (1) เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลังจากเป็นครั้งแรกภายใน 90 วัน และ (2) เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลังจากเป็นครั้งแรกแล้ว 90 วัน

ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต และเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของโรคลังส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย โดยแบ่งผลกระทบออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ และ (3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงกับเซลล์เนื้อสมอง และเพิ่มความรุนแรงของโรคมากกว่าการเป็นครั้งแรก (Slark & Sharma, 2014) เกิดความพิการสะสมเพิ่มขึ้น (ปัทมาและคณะ, 2557; พรภัทร, 2553) และยังมีโอกาสเสียชีวิตที่สูงขึ้น พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่าเมื่อเทียบกับครั้งแรก และในครั้งที่ 3 สูงถึงร้อยละ 80 (สมศักดิ์, 2554) ซึ่งความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีอาการหลงลืม ความจำเสื่อม ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นปกติ (ทิพพรรณ, 2553)

2. ด้านจิตใจ

โรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากที่เป็นครั้งแรกเมื่อเซลล์เนื้อสมองที่ควบคุมอารมณ์ได้รับความเสียหาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงในวิธีการคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม พบว่า 1 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะประสบปัญหาทางอารมณ์บางอย่าง และมักจะหายไปเมื่อเวลาผ่านไป แต่ในขณะเดียวกันบางรายอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ขึ้นอย่างถาวรมากกว่าคนอื่น ๆ ทำให้ต้องเผชิญปัญหา ความคาดหวัง และอาจต้องได้รับการช่วยเหลือ (Stroke Association, 2012) และจากผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งเป็นความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมร่างกายได้ ก่อให้เกิดเป็นความกลัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกที่ไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ตลอดจนการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ไม่ดี (อ้อมใจ, 2552)

3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม

การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีความพิการสะสมที่เห็นได้ชัด มีการปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัว ทำให้เกิดเกิดความอับอาย ความเครียดและมีความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่อยากร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพกับสังคมเปลี่ยนไป (กวิณทร์นาฏ, 2554) นอกจากนี้ด้านภาพลักษณ์แล้วการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามมาด้วย (ปทิตตาและคณะ, 2557) พบว่าในแต่ละปีรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างน้อยปีละ 100,000 - 1,000,000 บาทต่อคนต่อปี และเมื่อเกิดขึ้นในผู้สูงอายุยิ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (ประเสริฐ, 2552) และเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ที่รุนแรงของโรคมักมากกว่าครั้งแรก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายยิ่งสูงขึ้น (กิ่งแก้ว, 2550)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมาคมแพทย์โรคหัวใจ/สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ ASA, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองออกได้ 3 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ (2) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้หรืออาจปรับเปลี่ยนได้ และ (3) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

(Coutts et al., 2015; Hankey, 2014; Lambert, 2011) ดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้

1.1 อายุ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบสูงในผู้สูงอายุ พบว่า เมื่ออายุ 65 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากการมีสมรรถภาพลดลงตามวัย เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยิ่งส่งผลให้การถดถอยของร่างกายเปลี่ยนแปลงได้เร็วขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าหรือมากกว่าร้อยละ 20 - 30 (Allen et al., 2010; Benjamin et al., 2017) และในการศึกษาทางระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ จำนวน 899 ราย พบว่า อายุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำมากที่สุดมีอายุเฉลี่ยที่ 77 ปี (Leoo, et al., 2008)

1.2 เพศ จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบเพศชายมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี โดย พบว่า หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปี เพศชายมีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าเพศหญิงได้ถึงร้อยละ 40 (พรภัทร, 2555) และพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพศชายมีการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง และในผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยมากกว่า 3 ครั้ง (Allen et al., 2010)

2. ปัจจัยที่สามารถควบคุมหรืออาจปรับเปลี่ยนได้

2.1 ภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของออดูและคณะ (Erdur et al., 2015) ทำการศึกษาจากศูนย์การแพทย์ระดับอุดมศึกษา ของภาควิชาประสาทวิทยาในเมืองเบอร์ลิน ประเทศเยอรมัน 3 วิทยาเขต โดยทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดชั่วคราวระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างปี ค.ศ. 2010 - ค.ศ. 2013 จำนวน 5,106 ราย มีอายุเฉลี่ย 74 ปี และมีระยะเวลาพักรักษาเฉลี่ย 5 วัน พบว่าความถี่ของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 75 สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ (2554) ที่ศึกษาการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในโรงพยาบาลศรีนคริน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตีบซ้ำของหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากผู้ป่วยยังควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ร้อยละ 33.75

2.2 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation [AF]) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้วร่วมด้วย ร้อยละ 29 (Leoo et al., 2008)

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 56 (Leoo et al., 2008) และจากการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงได้ไม่ดี ร้อยละ 20 (สมศักดิ์, 2554)

2.4 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยรองจากโรคหัวใจเต้นพริ้วที่ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 24 (Leoo et al., 2008) และเกิดจากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ร้อยละ 26 (สมศักดิ์, 2554) นอกจากนี้จากศึกษาของเจียและคณะ (Jia et al., 2011) ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3,483 ราย พบว่า ที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิตและมีการกลับมาเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.5 การเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จากการศึกษาในประเทศเยอรมัน พบว่าผู้ป่วยมีการเกิดซ้ำโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 0.8) ส่วนใหญ่มีประวัติเกี่ยวข้องกับสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) และมีการตีบของหลอดเลือดคาโรติก (carotid stenosis) มาก่อนมากกว่าร้อยละ 70 (Erdur et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวีเดนที่ทำการศึกษาระยะยาวและการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ โดยศึกษาจากระบบทวิภาคการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของศูนย์โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล 23 แห่ง จำนวน 899 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีการตีบซ้ำจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ร้อยละ 91) รองลงมาภาวะเลือดออกในสมอง (ร้อยละ 9) และผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมากกว่า 1 ปี ก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 75 จากผู้ป่วยทั้งหมด (Leoo et al., 2008)

3. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

3.1 พฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สมาคมแพทย์โรคหัวใจ/สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ ASA, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมสามารถระบุพฤติกรรมที่ป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การมีพฤติกรรมรับประทานยา พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาอยู่ และเป็นพฤติกรรมที่มีอยู่น้อยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยทำการสรุปไว้ในพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 การรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง/การควบคุมโรคด้วยการรักษา วงจรของเจ็บป่วย ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ โดยที่แต่ละบุคคลจะมีการปรับพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่าง ๆ เพื่อจัดการกับสิ่งคุกคามหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Leventhal et al., 2013; Leventhal et al., 2016) โดยเชื่อว่าหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้วิจัยทำการสรุปไว้ใน การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention of stroke) เป็นแนวทางในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ด้วยการควบคุมพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในระดับทุติยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ และการป้องกันภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองในระยะยาว จากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ข้อมูลรีจิสทรีเปอร์โตริโกระหว่างปี ค.ศ. 2007 - ค.ศ. 2009 ในการป้องกันระดับทุติยภูมิในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อายุเฉลี่ย 70 ปี พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันระดับทุติยภูมิ (ร้อยละ 16) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการป้องกันระดับทุติยภูมิ (ร้อยละ 26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการป้องกันแบบทุติยภูมิจะแตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุและประเภทของยา และ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Rojas, Marsh, Felici-Giovanini, Rodriguez-Benitez, & Zevallos, 2017) เมื่อทบทวนวรรณกรรมปัจจุบันพบว่ามีแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปได้ 2 ระยะ

ได้แก่ (1) ระยะก่อนกลับเป็นซ้ำ (early secondary prevention) ซึ่งเป็นระยะที่เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และ (2) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำระยะยาว (long-term secondary prevention) เป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (AHA/ASA, 2011; Coutts et al., 2015; Hankey, 2014; Lambert, 2011) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในระยะที่ 2 คือ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำระยะยาวสามารถอธิบาย ได้ดังนี้

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำระยะยาว (long-term secondary prevention) เป็นระยะที่เกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในระดับทุติยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ และการป้องกันภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองในระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาเกือบทั้งหมดไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ/ สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ASA, 2011; Coutts et al., 2015; Hankey, 2014; Lambert, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมได้เป็น 6 ด้าน คือ (1) การรับประทานยา (2) การรับประทานอาหาร (3) การออกกำลังกาย (4) การจัดการอารมณ์ (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนี้

1. ด้านการรับประทานยา

สมาคมแพทย์โรคหัวใจ/ สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ASA, 2011) ระบุยาที่ใช้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้ 2 กลุ่ม คือ (1) ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet therapy) และ (2) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) ดังนี้

1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet therapy) ผู้ป่วยทุกรายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หรือ โรคหลอดเลือดขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ที่ได้รับการสันนิษฐานว่ามีสาเหตุจากหลอดเลือดแดง ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด แนะนำให้แอสไพริน (aspirin) 50 - 325 มิลลิกรัมต่อวัน และโคลพิโดเกรล (clopidogrel) 75 มิลลิกรัมต่อวัน หรือการใช้ยาแอสไพรินร่วม (aspirin) กับไดปิริดาโมล (dipyridamole) 200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งเป็นประจำทุกวัน เป็นทางเลือกที่เหมาะสมนอกจากนี้ไม่แนะนำให้ยาแอสไพริน (aspirin) และยาโคลพิโดเกรล (clopidogrel) ในระยะยาวใช้นานมากกว่า 3 เดือน เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเลือดออก (Hankey, 2014)

1.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) ผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด วาฟาริน (warfarin), ดาบิกาทราน (dabigatran), อะพิซาเบน (apixaban), ริวโรซาเบน (rivaroxaban) ยาทั้งหมดเป็นยาที่มีการระบุไว้ผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นพริ้ว (non-valvular atrial fibrillation) ซึ่งในการเลือกยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรเลือกบนพื้นฐานข้อมูลผู้ป่วย การทำงานไต ตับ การมีปฏิกิริยาของยา ความพึงพอใจของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย และตลอดจนความสามารถในการรักษาและลักษณะทางคลินิกอื่นๆ รวมถึงเวลาที่ใช้ในการรักษา และอัตราส่วนถ้าผู้ป่วยได้รับยา วาฟาริน (warfarin) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางราย ความเฉพาะของบุคคล ระดับความพิการ การพยากรณ์โรค และลักษณะทางคลินิกโดยรวมอาจจะมีข้อห้ามในการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกัน ในการให้ยาอะพิซาเบน (apixaban) 2 - 5 มิลลิกรัมวันละสองครั้ง ได้รับการพิจารณาให้เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาด้วยแอสไพรินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการผ่าตัด (valvular atrial fibrillation) ที่ไม่เหมาะสมด้วยการรักษาด้วย vitamin K antagonist therapy หากมีค่า creatinine clearance > 25 ml/min นอกจากนี้ไม่แนะนำให้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นพริ้ว (atrial fibrillation) นอกจากนี้มีข้อบ่งชี้ เช่น มีปัญหาที่ลิ้นหัวใจ มีปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (acute coronary syndrome) หรือในผู้ป่วยมีการใช้ขดลวดต่างขยายหลอดเลือด (coronary stent) (Hankey, 2014) ซึ่งยาทั้ง 2 กลุ่มที่กล่าวมาพบว่าเป็นการศึกษาการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรค เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยาในกลุ่มต้านเกล็ดเลือดเป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือดทำให้การอุดตันลดลง ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ยาชนิดนี้ร่วมกับยาชนิดอื่น ๆ เพื่อป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือดที่อาจเกิดซ้ำ ยาที่นิยมใช้ได้แก่ วาฟาริน (warfarin), ยาอะพิซาเบน (apixaban), ยาดาบิกาทราน (dabigatran), ยาเอโดซาเบน และยา ริวโรซาเบน (rivaroxaban)

จากการรายงานการศึกษาในประเทศจีน ทำการศึกษาในกรณีศึกษา 3 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่าจากการติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 – 7 เดือน ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง (Li, Yang, Wang, Chen, & Zhang, 2017) จึงทำให้การรักษาด้วยยาช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองขาดเลือด และโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ (Gutierrez, 2008) สำหรับในประเทศไทยพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด และโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคดังกล่าวทำให้หลอดเลือดเกิดความเสื่อมร่วมกับมีการเกาะของไขมัน

บริเวณหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น หัวใจต้องออกแรงมากขึ้นในการบีบตัวเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เนื่องจากการตีบแคบลงของหลอดเลือด ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงจะมีค่าความดันซิสโตลิกสูง (systolic pressure) และค่าความดันไดแอสโตลิกต่ำ (diastolic pressure) ซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 74 ปี และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10 และ 24 ตามลำดับ) จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (นิภาและประนอม, 2559)

ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิต (blood pressure) ในผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการลดระดับความดันโลหิตลงเรื่อย ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไปโดยที่ทุกรายต้องให้ความสำคัญกับการลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง (Liu et al., 2009) ระยะเวลาในการเริ่มต้นในการลดความดันโลหิตหลังจากมีโรคหลอดเลือดสมองยังไม่แน่นอน แต่ควรมีการเริ่มให้ก่อนออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้การให้ยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (lacunar stroke) ควรควบคุมความดันซิสโตลิก (systolic pressure) ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท (Benavente et al., 2013) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ควรมีการลดระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ โดยควบคุมความดันซิสโตลิก (systolic pressure) ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานแนะนำการควบคุมความดันเพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหรือเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง โดยการควบคุมความดันซิสโตลิก (systolic pressure) ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทและควบคุมความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) ต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท (Coutts et al., 2015)

รายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบและทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการลดความดันโลหิตในโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก พบว่า กลุ่มผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสามารถลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองและเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Katsanos et al., 2017) แต่ถึงอย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีพฤติกรรมในการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 582 ราย อายุเฉลี่ย 63 ปี พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต และการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาควบคุมความดันโลหิตเป็นประจำได้ ร้อยละ 66 (Goldfinger et al., 2012)

2. ด้านการรับประทานอาหาร

การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการมุ่งเน้นในการปรับพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร 3 ประเภท คือ (1) อาหารประเภทไขมัน (2) อาหารประเภทโซเดียม และ (3) อาหารประเภทผัก

2.1 อาหารประเภทไขมัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการควบคุมไขมัน (lipids) ลดระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและการใช้ชีวิต ตลอดจนการได้รับยาสเตติน (statin therapy) (Hankey, 2014) เพื่อให้ระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) ต่ำกว่า 2 mmol/l หรือลดระดับไขมัน LDL cholesterol ลดลง 50 เปอร์เซ็นต์จากค่าพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของปิติตาและคณะ (2557) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่มีคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารต่ำ 3 อันดับแรก คือ การไม่ใช้น้ำมันในการประกอบอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม และการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ซึ่งทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้

2.2 อาหารประเภทโซเดียม ในการจำกัดโซเดียม (sodium) ในปริมาณที่ต่ำ โดยปริมาณโซเดียมที่แนะนำในแต่ละวันที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีอายุ 9 - 50 ปี คือ 1,500 มิลลิกรัม สำหรับผู้ที่มีอายุ 50 - 70 ให้ลดลงเหลือ 1,300 มิลลิกรัม และในผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ให้ลดลงเหลือ 1,200 มิลลิกรัมต่อวัน (Hankey, 2014) ซึ่งการจำกัดโซเดียมสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 24 (Meschia et al., 2014) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการถดถอยของร่างกายหรือการเสื่อมถอยตามวัย ทำให้ผู้มรับรสชาติอาหาร (taste bud) ที่ลิ้น และเซลล์ประสาทการรับกลิ่นออแลแฟกทอรี บัลบ์ (olfactory bulb) ทำงานลดลง ทำให้มีการรับรู้ (threshold) ในเรื่องของรสชาติและกลิ่นที่สูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุปรุงรสชาติอาหารที่เคยรับประทานด้วยรสชาติที่เข้มข้นขึ้น (เพลินพิศ, 2559) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เข้มข้นขึ้น ผู้สูงอายุจะได้รับเกลือและน้ำตาลมากกว่าปกติ จากการสูญเสียรสเค็มและรสหวาน ซึ่งมีผลในการควบคุมโรคหลอดเลือดสมองได้ (ศิริพันธุ์, 2554) นอกจากนี้การศึกษาของสุกัญญา (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 61 - 80 ปี มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะ โรคอยู่ในระดับปานกลาง คือ ยังมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น กะปิ น้ำปลา ปลาเค็ม น้ำพริก เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2.3 อาหารประเภทผัก ควรให้คำปรึกษาและให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานอาหาร ประเภทผัก ผลไม้สด ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำสารอาหาร และสามารถละลายน้ำได้ เมล็ดธัญพืชและโปรตีนจากพืช ในปริมาณที่สูง และไขมันต่ำ

คอเลสเตอรอล (cholesterol) น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน (Coutts et al., 2015) ในสัดส่วน 400 กรัมต่อวัน (4 - 6 ท้าพีต่อวัน) โดยเลือกให้เป็นผัก และผลไม้หลากหลายสี สลับสับเปลี่ยน หมุนเวียนไป ผักปรุงสุก 80 กรัม 3 ส่วน และ เป็นผลไม้หวานน้อย 80 กรัม 2 ส่วนต่อวัน (Boeing et al., 2012)

3. ด้านออกกำลังกาย

การออกกำลังกายช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ลดความดัน ลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยขยายหลอดเลือด และทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ผู้ที่ค่อนข้าง กระฉับกระเฉงจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย และอยู่หนึ่ง โดยที่มีการกระฉับกระเฉงมากและมีกระฉับกระเฉงปานกลางสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคลดลง (ร้อยละ 27 และ 20 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีโอกาสการเกิดซ้ำสูงถ้าไม่ออกกำลังกายจะทำให้การฟื้นตัวจากภาวะทุพพลภาพของโรคช้าลง และอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากขึ้น (ประเสริฐ, 2552) และเมื่อผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของไขมันในกล้ามเนื้อโดยที่มีไขมันเพิ่มขึ้นแม้ว่าไขมันบริเวณ ใบหน้าจะมีการสูญเสียไป จะมีการสะสมของไขมันบริเวณสะโพกและบริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้น มีผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอ้วนซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร (ศิริพันธุ์, 2554) ซึ่งการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการออกกำลังกายมากขึ้นอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน (ก้องเกียรติ, 2553)

การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีได้รับการออกกำลังกาย (physical activity) โดยการส่งเสริมให้เริ่มการออกกำลังกายเป็นประจำ ภายใต้การดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัด โดยการสนับสนุนให้มีออกกำลังกายในระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ หรือการออกกำลังกายแบบไดนามิกอื่นๆ นาน 30 - 60 นาทีใน 4 - 7 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อยวันละ 30 นาที (Coutts et al., 2015) ร่วมกับการควบคุมน้ำหนัก (bodyweight) โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีควบคุมน้ำหนักดัชนีมวลกายให้อยู่ในช่วง 18.5 - 24.9 กก/ตร.ม. และเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตรสำหรับผู้หญิง และน้อยกว่า 94 เซนติเมตรสำหรับผู้ชาย (Hankey, 2014) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 45,615 ราย มีอายุเฉลี่ย 72.3 ปี มีติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ 8 - 9 ปี โดยใช้แบบจำลองแบบถดถอย (Cox regression models) นำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการกลับมารักษาซ้ำจากการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเท่ากับ 23 ตลอด

การติดตามมีผู้เสียชีวิต (ร้อยละ 26.9) และมีการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 8.3) (Andersen, & Olsen, 2015)

4. ด้านการจัดการอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อยจากการเกิดโรคหรือจากการกระทบกระเทือนจิตใจในผู้สูงอายุ (ผ่องพรรณ, 2554) ประกอบกับเมื่อป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสมองในการทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม บริเวณสมองลิมบิกและเทมโปรอล โดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Association, 2012) ระบุว่า ถ้าสมองในส่วนที่ควบคุมอารมณ์ได้รับความเสียหายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงในวิธีการคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลกระทบที่ซ่อนอยู่ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่มักจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีรายงานว่า 1 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตประสบปัญหาทางอารมณ์บางอย่างหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมักจะหายไปเมื่อเวลาผ่านไปและเมื่อเริ่มรู้สึกกลับมาเป็นเหมือนเดิม แต่ในขณะเดียวกันบางรายการเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดขึ้นถาวรมากกว่าคนอื่น ๆ อาจต้องเผชิญปัญหา ความคาดหวัง และอาจต้องได้รับการช่วยเหลือซึ่งพบมากที่สุดในด้านอารมณ์หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะซึมเศร้า และมีการเปลี่ยนแปลงอื่นที่อาจพบได้ คือ (1) ความวิตกกังวล (2) ตื่นเต้น คือ มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ (3) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และ (4) ความโกรธ

ตัวอย่าง เช่น ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ที่มีการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจไปสู่สถานการณ์ที่น่ากลัว ทำให้มีการเพิ่มขึ้นในการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับปฏิกิริยา มีเหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ เวียนศีรษะ และอาการอื่น โดยความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ทันทีหรือเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือใช้ระยะเวลายาวนานโดยธรรมชาติแล้วจะมีความวิตกกังวลในช่วงสถานการณ์ที่เครียด แต่หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองอาจพบความวิตกกังวลหรือความกลัวที่เชื่อมต่อกับสุขภาพในด้านอื่น ๆ ซึ่งความกลัวเหล่านี้มักจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่คนเดียว โดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแนะนำว่าการเริ่มต้นที่ดีในการลดความรู้สึกของความวิตกกังวล คือ การแสวงหาข้อมูล อย่าไปกลัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Stroke Association, 2012) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดพบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลเมื่อเกิดอาการและกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการซึ่งมีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษา (ฉันทรัฐา, 2556)

5. ด้านการงดสูบบุหรี่

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเลิกสูบบุหรี่ ควรได้รับการพิจารณาในการบำบัดทดแทนสารนิโคติน และการบำบัดพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ (Hankey, 2014) จากการศึกษาอย่างเป็นระบบและทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ในการสูบบุหรี่ระหว่างปริมาณการตอบสนองต่อยาและค่าใช้จ่าย รวมทั้งอันตรายทั้งตัวบุคคลและสังคมโดยรวมได้สรุปรายงานหลังการหยุดสูบบุหรี่ ดังนี้ พบว่า หากหยุดสูบบุหรี่ภายใน 20 นาที ความดันโลหิตจะลดลงเท่ากับความดันโลหิตก่อนการสูบบุหรี่ม้วนสุดท้าย หากหยุดสูบบุหรี่ภายใน 8 ชั่วโมง ปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ (carbonmonoxide) จะกลับเข้าสู่ระดับปกติ หากหยุดสูบบุหรี่ภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง หากหยุดสูบบุหรี่ภายใน 2 อาทิตย์ ถึง 3 เดือน พบว่า การทำงานของปอดจะดีขึ้นและการไหลเวียนเลือดดีขึ้น หากหยุดสูบบุหรี่ภายใน 1 - 2 เดือน พบว่า ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดมีการแข็งตัวที่ผิดปกติจะกลับมาเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และหากมีการหยุดสูบบุหรี่ที่นานขึ้น ภายใน 1 ปี สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจลงครึ่งหนึ่ง และหากหยุดภายใน 15 ปี สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจลงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Shah, & Cole, 2010)

จากรายงานข้างต้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ถึงร้อยละ 9.4 (จิราวรรณและชนกพร, 2557) และจากการทำการศึกษาย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคม 2556 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์การแพทย์แห่งเดียว ในโรงพยาบาลชวณู จำนวน 1,792 รายซึ่งได้รับยา clopidogrel 75 มิลลิกรัมต่อวัน และยาแอสไพริน (aspirin) 100 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 59.5) จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และพบยังอุบัติการณ์เลือดออกในสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) (Zhang et al., 2017)

6. ด้านการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2 แบบ คือ ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มยิ่งสูง ยิ่งมีโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดในสมองเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว หากยังมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเพิ่มสูงขึ้น การหยุดและลดปริมาณการดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะช่วยป้องกันการ

เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (วีระศักดิ์, 2552) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรมีการจำกัดไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน (Coutts et al., 2015) หรือน้อยกว่า 14 แก้วต่อสัปดาห์สำหรับผู้ชายและน้อยกว่า 9 แก้วต่อสัปดาห์สำหรับผู้หญิง (Hankey, 2014) จากการศึกษาของไวโลพร (2557) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ในขณะเดียวกันเมื่อศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.89 ไม่เห็นเห็นด้วยว่าการงดหรือการลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจำกัดการดื่มไม่เกิน 2 แก้ว/วัน ในผู้ชายและไม่เกิน 1 แก้ว ในผู้หญิง ว่าเป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (หัตยาพร, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ด้านคือ (1) การรับประทานอาหาร (2) การรับประทานยา (3) การออกกำลังกาย (4) การจัดการอารมณ์ (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับพฤติกรรมดังกล่าวก็ย่อมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษา พบว่า อายุ ประสิทธิภาพที่ผ่านมาเกี่ยวกับโรค และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. อายุ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นวัยที่มีประสิทธิภาพชีวิตมามาก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมภายหลังจากที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชาวอเมริกันผิวขาวและผิวดำ ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 75 ปี สามารถควบคุมระดับระดับไขมันในเลือดได้ดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุระหว่าง 45 - 54 ปี (Brenner et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรัชรา, วันเพ็ญ และวิษชุดา (2557) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป พบว่า อายุเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอธิบายว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับมากด้วยเช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักมีรับประทานยา ไม่สามารถรับประทานยาตามเวลาที่กำหนดได้ และมีอย่างอื่นที่ต้องทำ เช่น การรีบไปทำงาน เป็นต้น (O'Carroll et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของออสเตอร์และคณะ (Ostergaard et al., 2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดเลือดชั่วคราวที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดในระยะยาว จำนวน 594 ราย โดยช่วงที่ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นเวลา 180 วันนับจากวันแรกที่เริ่มรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มยาต้านเกล็ด

2. ประสพการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองในคนผิวดำและผิวขาวชาวสเปนที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบและสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 817 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 63 ปี อธิบายว่าประสพการณ์ที่เลวร้ายมีความเกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคที่สูงเกิน โดยปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น (Boden-Albala, Carman , Moran, Doyle , & Paik, 2011) ได้แก่ การมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสองอย่างหรือมากกว่า และการมีปัญหากับความจำ สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาพรและรุ่งระวี (2558) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือน ถึง 1 ปี ผู้ป่วยจะมีประสพการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรค จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้แนวโน้มการปรับตัวด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยอยู่ในทิศทางที่ดี

3. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลจากการเจ็บป่วยหรือความพิการที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดด้านร่างกายความสามารถในการทำกิจกรรม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง และขณะที่ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรุนแรงของโรคมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยวัยอื่น ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพ (Jullamate, Azaredo, Paul, & Subgranon, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีระดับคะแนนความสามารถที่สูงจะมีจะมีการพึ่งพาผู้ดูแลน้อย ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และในทางกลับกันผู้ที่มีระดับความพิการที่หลงเหลืออยู่มากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะส่งผลกระทบต่อดูแลที่ให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลที่เกิดผลกระทบไม่รุนแรง (ธารินทร์, 2556) เนื่องจากผลของความเจ็บป่วยหรือความ

พิการที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพ (Jullamate et al., 2006) ผู้วิจัยจึงทำการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นคะแนนสะท้อนถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงแบบประเมินโดยสุทธิชัยและคณะ (Jitapunkul et al., 1994) โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปคือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ หรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดมาเป็นเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ/ สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ ASA, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม (Coultts et al., 2015; Hankey, 2014; Lambert, 2011) ได้แนวทางประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน คือ (1) การรับประทานยา (2) การรับประทานอาหาร (3) การออกกำลังกาย (4) การจัดการอารมณ์ (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง มีเพียงเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาสำหรับการศึกษานั้น ๆ โดยเฉพาะ ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของสุทัตตะ (2557) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากการศึกษาของสุพร (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ และดัดแปลงจากการศึกษาของขวัญ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ จำนวน 130 คน โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 3 ข้อ และด้านดูแลสุขภาพทั่วไป 2 ข้อ คำถามที่ข้อความเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ และคำถามที่มีข้อเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ 1 - 40 คะแนน โดยมีระดับการให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติปฏิบัติมานานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content

Validity Index [CVI]) ระหว่าง 0.8 - 0.96 และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence [IOC] ระหว่าง 0.6 - 1 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .79

2. แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของอุมพร (2552) โดยแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดียนและคณะ (Pandian et al., 2005) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ จำนวน 85 คน ซึ่งประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านควบคุมน้ำหนัก ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0 - 18 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) มีระดับการให้คะแนน 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .85

3. แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของวัลยา (2554) ใช้เพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) มีระดับการให้คะแนน 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติบางวัน และไม่ปฏิบัติเลย มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0 - 24 คะแนน ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .75

4. แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของจิราวรรณและชนกพร (2557) ใช้ประเมินในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 ราย พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Report Scale [MARS-5]) ของโฮน (Horn, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การลืมรับประทานยา การปรับขนาดยา การเลิกรับประทานยาเป็นบางช่วง การหยุดรับประทานยาบางตัว และการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เป็นข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0 - 5 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) มีระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่า 1.0 และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .85 และตอนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 12 ข้อ และข้อความด้านลบ 8 ข้อ มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0 - 80 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) มีระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ หากวัดดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่า .95 และหากวัดความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .87

ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ความสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ/ สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา (AHA/ ASA, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือ (1) การรับประทานยา (2) การรับประทานอาหาร (3) การออกกำลังกาย (4) การจัดการอารมณ์ (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย

แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย ได้พัฒนาขึ้นโดยลีเวนทาลและคณะ เมื่อปี ค.ศ. 1970 (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีความกลัว - แรงขับ (Fear - Drive) ของดอลลาร์ดและมิลเลอร์ (Dollard & Miller, 1950) ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต็อก (Rosenstok, 1974) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาต่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีการให้คำที่หลากหลายในความหมายเดียวกัน ได้แก่ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self - Regulation Model) แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Representation Model) แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness Perceptions Model) ทฤษฎีการตอบสนองคู่ขนาน (Parallel Process Model) แนวคิดสามัญสำนึกในการจัดการด้วยตนเอง (The Common-Sense Model of Self - Regulation) หรือ แนวคิดลีเวนทาล (Leventhal's Model) (Hale et al., 2007) ซึ่งทุกแนวคิดให้ความสำคัญต่อการรับรู้การเจ็บป่วยเหมือนกัน

แนวคิดสามัญสำนึกในการจัดการด้วยตนเอง (The Common-Sense Model of Self-Regulation [CSM]) ของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003; Leventhal, Phillips, & Burns, 2016) ใช้อธิบายการรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (illness representation) ซึ่งเป็นการรับรู้และให้ความหมายในลักษณะทั่วไปโดยที่ไม่จำเป็นต้องถูกต้องตามหลักวิชาการเสมอไป โดยที่การรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของบุคคลแต่ละบุคคลก็จะสะท้อนไปถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆตอบสนองออกมาในลักษณะต่าง ๆ เพื่อจัดการกับสิ่งคุกคามสามารถประเมินได้จากผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น เช่น คุณภาพชีวิต (quality of life) หรือ ศักยภาพแห่งตน (self-efficacy) อธิบายการรับรู้การเจ็บป่วยว่าประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การรับรู้การเจ็บป่วยและให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (illness representations) ระยะที่ 2 การจัดการพฤติกรรมปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (coping procedures) และ ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมปรับตัว (appraisal) อธิบายได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หลังจากบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่คุกคามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย บุคคลมีการประมวลข้อมูลจากสิ่งกระตุ้นภายในบุคคล (inner stimuli) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา และสิ่งกระตุ้นภายนอก (outer stimuli) ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วยที่ครอบคลุมการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (cognitive representations) และการรับรู้ทางอารมณ์ (emotion representations) ซึ่งประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (2) การรับรู้สาเหตุของโรค (3) การรับรู้ช่วงเวลาการเจ็บป่วย (4) การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และ (5) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง/ควบคุมโรคด้วยการรักษา (6) การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย (7) การรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย และ (8) การรับรู้ทางอารมณ์ ซึ่งทั้ง 8 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (identity) เป็นรับรู้ที่อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ที่เคยประสบโดยตรงของตนเองหรือจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

1.2 การรับรู้สาเหตุของโรค (causes) เป็นการรับรู้ที่โรคมานจากสาเหตุใด ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงตามหลักวิชาการเสมอไป เช่น กรรมพันธุ์ สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม สภาพอารมณ์ และจิตใจ เป็นต้น

1.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (timeline) เช่น เป็นโรคเฉียบพลัน (acute) หรือ โรคเรื้อรัง (chronic) รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีช่วงเวลายาวนานเพียงไร

1.4 การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย (consequences) เป็นการรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ตามมาจากการเจ็บป่วย เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นต้น

1.5 การรับรู้ความสามารถในควบคุมโรค (curability/ controllability) หมายถึง การรับรู้การเจ็บป่วยสามารถควบคุมได้ แบ่งได้ 2 ส่วน คือ

(1) ความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเอง (personal control) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองสามารถมีบทบาทในการควบคุมโรคได้ถึงแม้ว่าโรคนั้นจะมีวิธีการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ก็ตาม

(2) ความสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา (treatment control) เป็นการรับรู้ของบุคคลรู้ว่าโรคนั้น ๆ สามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการรักษา อาจจะด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพื่อให้มีการชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลงหรือเพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค

1.6 การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย (timeline cyclical) เป็นการรับรู้การดำเนินของโรคว่าอาการของโรคจะทรงตัว ดีขึ้นหรือแย่ลง ไม่หายขาด

1.7 การรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย (illness coherence) เป็นการเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของโรค

1.8 การรับรู้ทางอารมณ์ (emotional representations) เป็นการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย ได้แก่ หดหู่ หวาดกลัว อารมณ์เสีย วิตกกังวล และโกรธ หรือ ไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

ระยะที่ 2 การมีพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (coping procedures) เป็นการกระทำหรือการจัดการพฤติกรรมของบุคคลเพื่อเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคามสุขภาพ

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการปรับตัว (appraisal) ในการเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคามสุขภาพ ว่าสำเร็จหรือล้มเหลวหากสำเร็จก็จะมีปฏิบัติตามแผนต่อไป แต่หากไม่ประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะกลับไปยังระยะที่ 1 ใหม่ และมีการทบทวนค้นหาปัญหาใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยมาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย จึงสรุปได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ เมื่อเผชิญกับภาวะคุกคามต่าง ๆ บุคคลจะรวบรวม วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลที่ได้อาจการรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยนั้นออกมา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งนำไปสู่การปรับพฤติกรรม

ของบุคคลในการป้องกันโรค โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณอยู่ในสภาวะของโรคเรื้อรังซึ่งต้องใช้เวลานานในการรักษาที่ยาวนาน และหากจะสามารถควบคุมอาการหรือป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในอนาคตจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาจากการศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาในผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (O'Carroll et al, 2011) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณโรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาหรือควบคุมได้จากการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพจะช่วยให้ความเจ็บป่วยดีขึ้นหรือรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการรับประทานยา จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาที่สม่ำเสมอเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (จารย์, 2554; นันทิยาและคณะ, 2554) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาเพื่อคาดการณ์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เป็นการรับรู้ว่าคุณอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจรับรู้จากการเจ็บป่วยของตนเองหรือการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น การศึกษาของจารย์ (2554) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ลักษณะอาการของโรคว่าอาการแขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกมากที่สุด (ร้อยละ 87.5) รองลงมาคือ อาการเดินเซ (ร้อยละ 81.2) และอาการพูดไม่ชัด (ร้อยละ 75) ตามลำดับ จากการศึกษานี้เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อาการน้อยที่สุดคือ อาการอาเจียนพุ่ง และจากการศึกษาของวิภาวดี (2558) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและชนิดแตกมีอายุเฉลี่ย 63.06 ปี พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 22.4 นอกจากนี้จากการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63 ปี ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคเบาหวาน โรคหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดคาโรติคตีบ โรคหัวใจสันปลิว และมีประวัติสูบบุหรี่

บุหรี ระบุว่าเมื่ออาการอ่อนแรงหรือชาเป็นสัญญาณเตือน (ร้อยละ 72.1) และ 1 ใน 3 มีการระบุว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็น (ร้อยละ 34.1) อาการเวียนศีรษะหรือมีปัญหาในการทรงตัว (ร้อยละ 33.6) อาการปวดหัว (ร้อยละ 32.2) หรือมีอาการชัก (ร้อยละ 26) (Dearborn, & McCullough, 2009) และนอกจากนี้การศึกษาของซุงซุกยูนและคณะ (Sung Sug Yoon et al., 2015) ทำการสำรวจทางโทรศัพท์ในประชาชนของประเทศออสเตรเลีย อายุ 18 - 80 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุอาการโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นการมองเห็นภาพไม่ชัดและการมองเห็นภาพซ้อนหรือการสูญเสียการมองเห็น (ร้อยละ 24.1)

2. การรับรู้สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของสโลมา, แบคแลนด์, สเตรนเดอร์และสกานเนอร์ (Sloma, Backlund, Strender, & Skaner, 2010) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 240 ราย โดยสอบถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยระบุว่าโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และน้อยกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าโรคหัวใจล้มเหลว และโรคเบาหวาน ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้มีผู้ป่วยส่วนน้อยร้อยละ 3 - 6 ที่ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาจากการเคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองขาดเลือดชั่วคราวมาก่อน จากการศึกษาของซุงซุกยูนและคณะ (Sung Sug Yoon et al., 2015) ทำการสำรวจทางโทรศัพท์ในประชาชนของประเทศออสเตรเลีย อายุ 18 - 80 ปี จำนวน 822 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 39.4) และจากความเครียด (ร้อยละ 33.7) และจากการศึกษาของวินเซน-โอนาบajo และโมเซส (Vincent-Onabajo & Moses, 2016) ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไนจีเรีย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 49.7 ปี พบว่าผู้เข้าร่วมร้อยละ 49.4 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบปัจจัยเสี่ยงที่มีการตอบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิต (ร้อยละ 39.1) และมีผู้เข้าร่วมถึงร้อยละ 24.6 ที่ไม่สามารถตอบถึงปัจจัยเสี่ยงใดๆที่ไม่เหมาะสมได้

นอกจากนี้การศึกษาของคาร์ยู (2554) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการรับรู้สาเหตุอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุว่าสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการไม่เอาใจใส่ในการดูแลตนเองและการทำงานหนัก และเมื่ออธิบายเป็นรายชื่อพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงค่อนข้างต่ำ เช่น การรับรู้สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ แต่การศึกษาของนันทิยาและคณะ (2554) ในผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อายุเฉลี่ย 61.3 ปี พบว่าผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิตมากที่สุด เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมัน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และปัจจัยด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด แต่จากการศึกษาของเดียร์บอร์และแม็กคัลลือฟ (Dearborn, & McCullough, 2009) ทำการศึกษาในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อายุเฉลี่ย 63 ปี ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคเบาหวาน โรคหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดคาโรติกตีบ โรคหัวใจล้มเหลว และมีประวัติสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 64.6 รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของดาร์ญ (2554) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วย ป่วยด้วยโรคนี้ระหว่าง 2-5 ปี มีการรับรู้ในช่วงเวลาของการเป็นโรคในระดับปานกลาง ผู้ป่วยรับรู้ว่า ระยะเวลาของการเกิดโรคไม่นาน แต่ต้องมีการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง แต่ก็พบว่า ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่ง (ค่าเฉลี่ย 2.9) ไม่รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาของกุลวธรณ (2554) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง การต้องมาตรวจติดตามอาการ และการรับประทานยาเป็นประจำทำให้ผู้ป่วยรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันน่าจะเป็นถาวรมากกว่าเป็นชั่วคราว เป็นต้น

4. การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้โรคที่เป็นรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทได้น้อยลงและการทำหน้าที่ของตนเองลดลงด้วย จากการศึกษาของดาร์ญ (2554) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดความสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย มีผลกระทบต่อรายได้ และความเป็นอยู่ของครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติและยังต้องเป็นภาระให้กับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของพรปวิณ์และสุมาลี (2557) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีอัมพาตของแขนขาหลงเหลือจากโรคหลอดเลือดสมอง อายุเฉลี่ย 59.02 ปี จำนวน 15 ราย พบว่าในระยะที่ไม่สามารถรับความพิการได้ ผู้ป่วยมีการรับรู้ทำให้เกิดความพิการที่อาจรักษาไม่หาย และอาจจะมี ความรุนแรงเพิ่มจากการดำเนินของโรค ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของลอเรนซ์, เคอร์, วัตสัน, ปาดัน, และเอลลิส (Lawrence, Kerr, Watson, Paton, & Ellis, 2010) ในการติดตามเรื่องพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคคลในครอบครัว มีผู้ป่วยหลายรายอ้างว่า ผลกระทบทางลบจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอุปสรรคในการ

ดำเนินชีวิตบางอย่าง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษา โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยการรับประทานยาไปตลอดชีวิต ร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาของคาร์ธู (2554) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการได้รับการรักษาที่ตนได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพช่วยให้ความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากร

6. การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอะโครเมกาลี พบว่า ผู้ป่วยรับรู้วงจรการเจ็บป่วยว่ามีทั้งอาการที่ดีขึ้นและแย่ลง (นิชชาพัศ , 2560)

7. การรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอะโครเมกาลีมีการรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี ทำให้มีการจัดการกับการเจ็บป่วยได้ดี (นิชชาพัศ, 2560)

8. การรับรู้ทางอารมณ์ จากการศึกษาของวิภาวดีและคณะ (2558) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและชนิดแตก ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเกฟเนอร์, โซเรียโน, เปเรซ, วิลล่า และโรดริกกู (Geffner, Soriano, Perez, Vilar, & Rodriguez, 2012) และจากการศึกษาของพรปวีณ์และสุมาลี (2557) ในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและมีอัมพาตของแขนขาหลงเหลือจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ในระยะที่ไม่สามารถรับความรู้สึกได้ ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตใจและไม่สามารถเผชิญหรือมีการปรับตัวได้ทัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อชีวิตตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช (2557) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล จำนวน 10 ราย ภายหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ตนเองรู้สึกกลัว กลัวไม่หาย รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ ว่าแห้ว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลเกิดจากปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ สามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ออกเป็น 2 ลักษณะ (กันยา, 2554) ดังนี้

1. ลักษณะของสิ่งเร้าหรือปัจจัยภายนอก

ลักษณะของสิ่งเร้า หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวบุคคล จะทำให้เกิดการ

รับรู้ เช่น สถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมรอบกายที่เป็น คน สัตว์ และสิ่งของ ซึ่งสิ่งเร้าที่มีลักษณะแตกต่างกันย่อมมีผลต่อการรับรู้ เช่น มีผลต่อการแปลความหมาย การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อน - หลัง มาก - น้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยเพียงใด

2. ลักษณะของผู้รับหรือปัจจัยภายใน

เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ทำให้การรับรู้ของบุคคลมีความแตกต่างกันแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสรีระกับด้านจิตวิทยา ดังนี้

2.1 ด้านสรีระ หมายถึง อวัยวะสัมผัส ถ้ามีความผิดปกติหรืออ่อนสมรรถภาพย่อมทำให้การสัมผัสผิดไป เช่น ผู้สูงอายุ สายตาสั้น หูตึง เป็นต้น ถ้าอวัยวะสัมผัสสมบูรณ์ก็จะรับรู้ได้ดี

2.2 ด้านจิตวิทยา เช่น ความจำ อารมณ์ สติปัญญา ประสบการณ์เดิม วัฒนธรรม ค่านิยม เป็นต้น โดยเป็นผลมาจากการเรียนรู้เดิม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านจิตวิทยา ได้แก่ (1) ประสบการณ์เดิม (2) ความปรารถนาและความต้องการ (3) ภาวะของอารมณ์หรือสภาพจิตใจ สภาพอารมณ์ของบุคคล (4) ความสนใจหรือความตั้งใจ (5) ความคาดหวัง (6) แรงจูงใจ (7) สติปัญญา และ (8) การให้คุณค่า

ตามแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย บุคคลมีการรับรู้การเจ็บป่วยโดยได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยภายในและภายนอกของตัวบุคคล ซึ่งปัจจัยภายในเป็นลักษณะภายในตัวบุคคลเป็นลักษณะที่ติดตัวมาหรือลักษณะเฉพาะตัวบุคคล เช่น ลักษณะทางกาย และทางจิตใจ ซึ่งผลต่อกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคล การเรียนรู้และประสบการณ์ชีวิต และการรับรู้การเจ็บป่วย ตลอดจนการเผชิญปัญหาต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย ดังนี้

1. อายุ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มวัยที่มีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างของร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของสมองก็ลดลงและเมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองย่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง มีผลต่อความคิดและการจดจำ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2. ระดับการศึกษา จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความรู้ของแต่ละบุคคลจะช่วยให้มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดีขึ้น จากการศึกษาของวินเซน- โอนาบาโจและ โมเซ (Vincent-Onabajo & Moses, 2016) ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ซึ่งระดับการศึกษาความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ซึ่งระดับการศึกษาความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมองสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. ประสบการณ์เดิม เป็นประสบการณ์เดิมด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลรับรู้ที่แตกต่างกันจากการศึกษาของ โบดีน-อัลบาลา, คาแมน, มอราน, ดอยล์และเพค (Boden-Albala, Carman, Moran, Doyle, & Paik, 2011) ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองในคนผิวดำและผิวขาว ชาวสเปนที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบและสมองขาดเลือดซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ พบว่าประสบการณ์ที่เลวร้ายมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น

4. ความสนใจ เป็นความสนใจที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยความสนใจเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่มากระตุ้นมากหรือน้อยเพียงใด การศึกษาของฮง, คิม, คิม, อาน และฮง (Hong, Kim, Kim, Ahn, & Hong, 2010) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่เข้ารับการรักษาในเวลาที่แตกต่างกัน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มารับการรักษาล่าช้า และกลุ่มที่ไม่ล่าช้าในการมารับการรักษา โดยที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาภายในเวลา 2 ชั่วโมง และผู้ป่วยต้องสามารถรับรู้ได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นอาการใดเป็นอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง และต้องมีการประเมินความรุนแรงของอาการ ซึ่งผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการที่รับรู้ได้ว่าจะรอดอาการหรือไปรับการรักษา พบว่า กลุ่มที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า ผู้ป่วยมักมีอาการที่บ้าน และมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองมาจากบุคคลในครอบครัวและญาติ (ร้อยละ 90.8) นอกจากนี้จากการศึกษาของดวงทิพย์ (2555) พบว่า อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของอ่อนแรงทันทีทันใด เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลร้อยละ (59.21)

5. สรีระวิทยาของสมองที่เปลี่ยนแปลง ภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้การทำหน้าที่ของสมองลดลง โดยผลกระทบที่เกิดกับการทำงานของสมองซีกขวา ทำให้มีความผิดปกติและมีปัญหาในการคิดและการจดจำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีรับรู้ในระยะสั้นหรือความจำสั้น ซึ่งมีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย จากการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสมองมา 15 เดือน จำนวน 180 ราย พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนในการรู้คิดต่ำทำให้การรับรู้การเจ็บป่วยได้ไม่ดี มีผลทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ (O'Carroll et al., 2011) แต่จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า การทำหน้าที่ของการรู้คิดไม่มีความแตกต่างในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำและผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือใน

การรักษาสูง (Chambers et al., 2011)

นอกจากนี้ปัจจัยที่ผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย มาจากอิทธิพลสภาพความเป็นอยู่ของสังคมและลักษณะของค่านิยม จารีต ประเพณี และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของตัวบุคคล ทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (กันยา, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ที่ดี มีการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ทั้งสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือในความจำเป็นในการรับทราบยาตลอดจนการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี หรือการได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์และถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ถึงแม้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากก็ตาม และในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการรับรู้และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Chambers et al., 2011)

จากที่กล่าวมาในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างของร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของสมองก็ลดลงและเมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองย่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง มีผลต่อความคิดและการจดจำซึ่งส่งผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงทำการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นคะแนนสะท้อนถึงความสามารถในการรับรู้และให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Thai Mini -Mental Stat Examination [MMSE], 1975) ที่พัฒนาโดยโฟลสไตน์และคณะ (Folstein et al., 1975) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (MMSE –Thai, 2002) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถประเมินสมรรถภาพเบื้องต้นของสมองได้โดยใช้เวลาในการทดสอบน้อยประมาณ 5 - 10 นาที เข้าใจง่าย และมีการนำไปใช้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาเกือบทั้งหมด ไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาด้านใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีการใช้เครื่องมือในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย พบว่ามีการใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 3 แบบ คือ (1) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire [IPQ]) (Weinman, Petrie, Moss-morris, & Horn, 1996) (2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised [IPQ-R]) (Moss-morris et al., 2002) และ (3) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire [Brief-IPQ]) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) โดยแบบประเมิน ทั้ง 3 มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire [IPQ]) สร้างโดยเวนแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) โดยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดการจัดการตนเอง (self-regulatory model) ของลีเวนทาลและเนเรนซ์ (Leventhal & Nerenz, 1984) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย 5 องค์ประกอบ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยสามารถเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วยที่ต้องการศึกษาได้ (Weinman et al., 1996) โดยมีระดับการให้คะแนน 4 ระดับ เริ่มตั้งแต่ อาการเป็นตลอดเวลา อาการเป็นบ่อยๆ อาการเป็นบางครั้ง และอาการนั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย และในส่วนของ 4 องค์ประกอบ ที่เหลือของการรับรู้การเจ็บป่วยที่คลบรวมกัน มีระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในส่วนของการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรับรู้การรักษาและการควบคุมโรค ในบางข้อคำถามมีการกลับคะแนนเพื่อความเหมาะสม จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อแต่ละองค์ประกอบ และในส่วนสาเหตุของโรคไม่เหมาะสมที่จะนำมารวมกันทุกข้อ เนื่องจากในบางข้อแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ที่เฉพาะ ซึ่งนักวิจัยนำไปวิเคราะห์เป็นรายข้อ หรือแยกเป็นปัจจัยภายในและภายนอก

เวนแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (IPQ) ไปทดสอบในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังได้รับการผ่าตัด 3 เดือน จำนวน 143 ราย โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ดังนี้ คือ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .82 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .73 การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย

ได้ค่าความเที่ยง .82 และการรับรู้การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .73

เป็น (2550) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (IPQ) ไปทดสอบในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.82 และแบบสอบถามวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำ (percent of agreement) เท่ากับ 0.92

2. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised [IPQ-R]) สร้างโดยมอส-มอร์ริสและคณะ (Moss-morris et al., 2002) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อมาจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire [IPQ]) ของแวนแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) สร้างขึ้นจากแนวคิดของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย 5 องค์ประกอบ เนื่องจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับเดิม มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับช่วงเวลาของการเป็นโรคและการรักษา/การควบคุม มีค่าความเที่ยงต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นๆ มอส-มอร์ริสและคณะ (Moss-morris et al., 2002) จึงได้พัฒนาเพิ่มองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย 3 องค์ประกอบ คือ วงจรของการเจ็บป่วย (timeline cyclical) ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย (illness coherence) และการรับรู้การเจ็บป่วยทางอารมณ์ (emotional representations) โดยการเพิ่มจำนวนข้อเข้าไปในทุกองค์ประกอบเพื่อให้มีค่าความเที่ยงที่ดีขึ้น รวมทั้งหมดเป็น 8 องค์ประกอบ ใช้ในการประเมินการรับรู้ 2 ส่วน คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้อาการและอาการแสดงของโรค มีทั้งหมด 14 ข้อคำถาม เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบว่าตนเองเคยมีอาการนี้ตั้งแต่เกิดอาการป่วยและอาการนี้เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน โดยให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยในส่วนี้ผู้วิจัยสามารถปรับข้อคำถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงให้มีความเฉพาะต่อการเจ็บป่วยที่ต้องการศึกษาได้ (Moss-morris et al., 2002) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย มีทั้งหมด 19 ข้อคำถาม แบ่งเป็นคำถามปลายปิด 18 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรค โดยมีระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 ข้อคำถามปลายเปิดให้ระบุเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย และในส่วของการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหลืออีก 6 องค์ประกอบ มีการคละรวมกัน มีทั้งหมด 38 ข้อคำถาม โดยมีระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในส่วของการรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเองและการรักษา การเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยและการ

รับรู้การเจ็บป่วยทางอารมณ์ ในบางข้อคำถามจะมีการกลับค่าคะแนนเพื่อความเหมาะสม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละองค์ประกอบ

มอส-มอร์ริสและคณะ (Moss-morris et al., 2002) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (IPQ-R) แบ่งเป็นแบบสอบถามการรับรู้อาการของโรค จำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย จำนวน 19 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหลืออีก 6 องค์ประกอบมีการคลบรวมกัน จำนวน 38 ข้อ ไปทดสอบในผู้ป่วย 8 กลุ่มโรคได้แก่ โรคหอบหืด 86 ราย โรคเบาหวาน 73 ราย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 76 ราย โรคปอดเรื้อรัง 63 ราย โรคเฉียบพลัน 35 ราย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 47 ราย โรคที่มีการตีบของหลอดเลือดหลาย ๆ ตำแหน่ง 170 ราย และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี 161 ราย นำไปทดสอบหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ดังนี้ การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .89 การรับรู้วงจรการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .79 การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .84 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเองได้ค่าความเที่ยง .81 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษาเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .80 การเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .87 และการรับรู้การเจ็บป่วยทางอารมณ์ได้ค่าความเที่ยง .88

ศิริลักษณ์ (2549) ทำการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (IPQ-R) ของมอส-มอร์ริสและคณะ (Moss-morris et al., 2002) แบ่งเป็นแบบสอบถามการรับรู้อาการ จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามสาเหตุของโรค จำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย จำนวน 38 ข้อ ไปทดสอบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยสูงอายุ จำนวน 200 คน โดยหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้วยสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson [K-R 20]) ในการรับรู้อาการต่างๆที่ผ่านมาในระยะเวลา 1 เดือน มีค่าความเที่ยง .76 การรับรู้อาการเกี่ยวกับโรคได้ค่าความเที่ยง .91 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient ในการรับรู้ระยะเวลาของโรคมีได้ค่าความเที่ยง .76 การรับรู้ผลที่เกิดภายหลังเป็นโรคได้ค่าความเที่ยง .76 การรับรู้การรักษาและการควบคุมโรคได้ค่าความเที่ยง .75 และการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคได้ค่าความเที่ยง .70

ศรินทร์น์ (2552) นำไปใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 180 และเมื่อหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ในการรับรู้สาเหตุได้ค่าความเที่ยง .76 การรับรู้ช่วงเวลาได้ค่าความเที่ยง .80 การรับรู้วงจรการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .66 การรับรู้ผลกระทบจากการเป็นโรคได้ค่าความเที่ยง .78 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมด้วยตนเอง/ การควบคุมด้วยการรักษา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 และ .79 ตามลำดับ การรับรู้

ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยง .85 และการรับรู้ทางอารมณ์ ได้ค่าความเที่ยง .86

ขนิษฐา, วิราพรรณ, นารีรัตน์, และคณิงนิจ (2559) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (IPQ-R) โดยศิริลักษณ์ สุทธรัตน์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเครื่องมือไปทดสอบในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .80 และค่าความเที่ยง .84 และการรับรู้การเจ็บป่วยรวมทั้งหมด 38 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบภายหลังการเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุม/การรักษา และการรับรู้ทางอารมณ์ที่เกิดจากโรค ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .82 และได้ค่าความเที่ยง .76

3. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire [Brief-IPQ]) สร้างขึ้นโดยบรอดเบนต์และคณะ (Broadbednt et al., 2006) โดยพัฒนาต่อมาจากการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perceotion Questionnaire [IPQ]) ของแวนแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) สร้างขึ้นจากแนวคิดของลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ครอบคลุมองค์ประกอบการรับรู้การเจ็บป่วย 5 องค์ประกอบของแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย โดยปรับให้มีความกระชับและสะดวกในการใช้ยิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่เป็นการรับรู้การเจ็บป่วย 6 ข้อ การตอบสนองทางอารมณ์ 2 ข้อ และเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยจำนวนอีก 1 ข้อ ซึ่งในส่วนของการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณเชิงเส้นตรง (continuous liner scale) คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน เป็นข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วย 1.1 การรับรู้การเจ็บป่วยลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถาม 2 ข้อ 1.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม/การรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ 1.3 การรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้ข้อคำถาม 1 ข้อ และ 1.4 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้ข้อคำถาม 1 ข้อ และ 2) การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional representation) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินจากระดับความกังวลและอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย มีข้อคำถาม 2 ข้อ

บรอดเบนต์และคณะ (Broadbednt et al., 2006) ได้นำไปทดสอบใช้ในผู้ป่วย 6 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 103 ราย โรคหอบหืด 309 ราย โรคไต 132 ราย โรคเบาหวาน 199 ราย การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ ภูมิแพ้ และหวัด 166 ราย และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่มารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจ (stress exercise testing) 62 ราย โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าเที่ยงอยู่ระหว่าง .42 - .75

โอ คาร์รอลและคณะ (O'Carroll et al., 2011) ได้นำไปทดสอบใช้ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 180 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

จิราวรรณและชนกพร (2557) ได้นำไปทดสอบใช้ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 ราย เมื่อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1.0 และหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .74

ตาณิกา (2558) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (Brief-IPQ) ไปทดสอบใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 ราย ทำการทดสอบความเที่ยงโดยการหาความคงที่ (stability reliability) โดยการวัดซ้ำ (test-retest method) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 2 ครั้งในระยะห่างกัน 1 วัน จากนั้นนำข้อมูลที่วัดได้ในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .95

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised [IPQ-R]) ของมอสมอร์ริสและคณะ (Moss-morris et al., 2002) ทำการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสิริลักษณ์ (2549) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดได้ทั้งการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับรู้ทางอารมณ์ และมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคปวดเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำมาวัดการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบของการรับรู้ รวมทั้งหมด 68 ข้อคำถาม

ความสัมพันธ์การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รายงานการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว มีเพียงการศึกษาเฉพาะการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการศึกษาค้นคว้าเพื่อคาดการณ์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับรู้ว่าจะเกิดขึ้นหลังจากเกิดอาการรุนแรงมาก ไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ทำให้มีความวิตกกังวล และความกลัวในระดับสูงทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว (จิณัฐตา, 2556) และในการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ของชนิษฐา (2559) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่า การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .486, p < .01$) กล่าวคือ ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคสูงทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

2. การรับรู้สาเหตุของโรค การที่บุคคลรับรู้สาเหตุของโรคเป็นกระบวนการที่บุคคลส่วนใหญ่ค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สาเหตุของโรคว่ามีต้นเหตุมาจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเองว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จึงคาดว่าตนเองจะสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่มีผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในด้านบวก (นันทิยาและคณะ, 2554)

3. ช่วงเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่พบรายงานการศึกษา แต่มีการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น การศึกษาของชนิษฐา (2559) ที่ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ช่วงเวลาการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น ยาวนานขึ้นไม่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38, p < .01$) แต่ในการศึกษาของนิชชาพัช (2560) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคอะโครเมกาลี พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าช่วงเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคอะโครเมกาลีมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานทำให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.37, p < .05$)

4. การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาจากการเป็นโรค หากผู้ป่วยรับรู้ว่าจะผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก ทำให้มีพฤติกรรมปรับตัวต่อการเจ็บป่วยมาก จากการศึกษาของลอเรนซ์และคณะ (Lawrence, et al., 2010) ในการสำรวจการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมดำเนินชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคคลในครอบครัว มีผู้ป่วยหลายรายอ้างว่า ผลกระทบทางลบจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตบางอย่าง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางรายอธิบายถึงความสัมพันธ์

ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี หรือการเคลื่อนไหวร่างกายสำหรับการออกกำลังกาย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการออกกำลังกายโดยตรง แต่มีงานวิจัยที่อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ อินทิตรา, วันเพ็ญ, ศศิมา, และศรัณยา (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการออกกำลังกาย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60 มีการรับรู้ว่าตนเองสามารถออกกำลังกายด้วยการเดินได้ แม้ว่าตนเองยังมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสามารถออกกำลังกายด้วยการเดิน ได้นานมากกว่า 30 นาที ร้อยละ 29.5 และนอกจากมีการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาของชนินฐาและคณะ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) กล่าวคือ การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาเป็นประจำ ต้องมาตรวจตามนัดทุกเดือน การเลือกชนิดอาหาร และการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง/ความสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาได้ด้วยยา เพื่อจะทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (นันทิยาและคณะ, 2554) แต่จากการศึกษาของนิรัชราและคณะ (2557) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่ายาที่ได้รับประทานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมาก ทำให้บางครั้งลืมหรือรับประทานยาหรือทานยาไม่ครบ และจากการศึกษาของจิราวรรณและชนกพร (2557) ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$) แต่หากผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวคอยช่วยเหลือในการรับประทานยา ทำผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาสูง และในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือต่ำ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยา หรือได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Chambers et al., 2011) สอดคล้องกับศึกษาของบุนเนลล์และคณะ (Bushnell et al., 2011) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้

หลังจากที่เป็นโรคมมาแล้ว 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากญาติจะมีผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

6. การรับรู้วงจรกิจการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่พบรายงานการศึกษา แต่มีการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบเพียงการศึกษาในผู้ป่วยอะโครเมกาลีของนิซซาพัส (2560) พบว่า การรับรู้วงจรกิจการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา กล่าวคือ ผู้ป่วยรับรู้วงจรกิจการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีทั้งดีขึ้นและแย่ลงแต่ไม่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น

7. การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่พบรายงานการศึกษา แต่มีการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบเพียงการศึกษาในผู้ป่วยอะโครเมกาลีของนิซซาพัส (2560) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาด้วยการลงมือจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .38, p < .05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาพการของการเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี จึงมีการลงมือจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยได้ดี

8. การรับรู้ทางอารมณ์ ผู้ป่วยมีการรับรู้ทางอารมณ์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ อารมณ์หดหู่ หวาดกลัว อารมณ์เสีย วิตกกังวล และโกรธ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่อการจัดการกับสถานการณ์คุกคามที่เกิดขึ้นจากรายงานการศึกษาพบแต่การศึกษาที่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาเร็ว ที่ไม่ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับรู้และแปลผลต่อความเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตจะเกิดความกลัว หรือวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยนั้น จากการศึกษาของเกฟเนอร์และคณะ (Geffner et al., 2012) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับโรคสูงจะไปรับการรักษาเร็ว ทำให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับจากการศึกษาของวิภาวดีและคณะ (2558) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดขาดเลือดและชนิดแตก ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความวิตกกังวล ($r = -.23, p < .05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลเร็ว อย่างไรก็ตามจากรายงานการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น เช่น ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของพิมพา (2553) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำนายอำนาจการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย พบว่า ระดับการตอบสนองทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19$) แต่การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ทางอารมณ์ที่เกิดจากโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมดูแลตนเอง เนื่องจากลักษณะการดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไปไม่วิกฤตเฉียบพลันพอที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ เมื่อเปรียบเทียบกับโรคร้ายแรงอื่น ๆ (จนินฐา, 2559)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้เป็นอันดับต้น ๆ ของโรคติดต่อไม่เรื้อรัง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองพบมากในวัยผู้สูงอายุ เมื่อผู้อายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น และส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ การเสียชีวิต การเกิดภาวะทุพพลภาพหรือความพิการถาวร ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่นอีกด้วย ตลอดจนเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะยิ่งทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมากกว่าการเป็นครั้งแรก โดยการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ ด้วยการมีพฤติกรรมรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งการมีพฤติกรรมดังกล่าวที่เหมาะสมนั้นผู้ป่วยต้องมีการรับรู้และให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เหมาะสม ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญ หากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง เช่น อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วย และความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตัวเอง/ควบคุมโรคด้วยการรักษา วงจรของการเจ็บป่วย การเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ และมีการปรับพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสม แต่จากการ ทบทวนวรรณกรรมรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีการศึกษาที่ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย เช่น การรับรู้วงจรการเจ็บป่วย ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ และไม่ครบทุกด้านของพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การงดการสูบบุหรี่ และงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุพบเพียงการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตลอดจนเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกกลุ่มอายุ มีเพียงการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อปรับการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (descriptive correlation research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวิธีการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 105 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าศึกษา (inclusions criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 เดือน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภายหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 เดือน เริ่มมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด เข้าใจภาษาไทย สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. ผ่านการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น โดยแบบประเมินของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับภาษาไทย (Thai Mini-Mental State Examination [MMSE-Thai], 2002) ตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าอยู่ในกลุ่มไม่มีแนวโน้มโอกาสสมองเสื่อม คือ ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุเรียนประถมศึกษา มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าประถมศึกษา

มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มวัยที่มีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของสมองก็ลดลงและเมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองย่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง มีผลต่อความคิดและการจดจำ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงทำการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมการวิจัย จากการประเมินสมรรถภาพเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสมรรถภาพสมองเบื้องต้นมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 92.4) รองลงมา มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนนขึ้นไป และมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป เท่ากัน (ร้อยละ 3.8)

5. ผ่านการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมาโฮนีและบาร์เชล (Barthel index Activities of Daily Living Index [Barthel ADL Index]) (Mahoney & Barthel, 1965) ที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงแบบประเมินโดยจิตตพันธุ์กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994) โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ จนถึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด เนื่องจากผลของการเจ็บป่วยหรือความพิการที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพ (Jullamate, Azaredo, Paul, & Subgranon, 2006) ผู้วิจัยจึงประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้สามารถศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุม จากการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่า มีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) และผู้ป่วยที่เหลือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด (ร้อยละ 41)

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusions criteria)

ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีอาการรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการเข้าร่วมวิจัย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจากการเก็บข้อมูลไม่มีผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ สหสัมพันธ์ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1987 อ้างตามบุญใจ, 2553) โดยกำหนด ความคลาดเคลื่อนที่ระดับ $\alpha = .05$ และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบการศึกษาที่คล้ายคลึงกันของชนิษฐาและคณะ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การรับรู้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .38, p < .01$) เมื่อเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้เกินกว่าที่คำนวณได้ร้อยละ 20 (ชูศรี, 2552) ซึ่งเท่ากับ 17 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 105 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลระดับชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แบ่งโรงพยาบาลระดับชุมชนออกเป็น 5 โซน คือ โซนกลาง โซนเหนือ โซนตะวันออก โซนตะวันตก และโซนใต้ โดยใช้ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) ได้โรงพยาบาลระดับชุมชนโซนตะวันตก ประกอบด้วย 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม โรงพยาบาลเคียนซา และโรงพยาบาลวิภาวดี ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ประจำปี พ.ศ. 2560 ทั้ง 5 โรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 แห่ง รวมกันทั้งหมด จำนวน 882 คน (ดังตาราง 1)

2. จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 105 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร (proportion to size) (หทัยชนก, 2555) โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

ตาราง 1

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละโรงพยาบาล (N = 105)

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ก) ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับภาษาไทย (Thai Mini-Mental State Examination [MMSE-Thai], 2002) (ภาคผนวก ก) มีข้อคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคิดแยกตามระดับการศึกษาเป็น 3 กลุ่ม มีการให้ความหมายของคะแนนไว้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน น่าจะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน น่าจะมีโอกาสสมองเสื่อม

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน น่าจะมีแนวโน้มสมองเสื่อม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีแนวโน้มสมองเสื่อมเข้าร่วมการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาต้องผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องมีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ

14 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงแบบประเมินโดยจิตตพันธุ์ กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994) (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การล้างหน้า หวีผม แปรงผมและโกนหนวด (3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (4) การใช้ห้องสุขา (5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (6) การสวมใส่เสื้อผ้า (7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (8) การอาบน้ำ (9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ (10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ แต่ละกิจกรรมมีคะแนนขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ๆ โดยการสอบถามและให้คะแนนตามลำดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เมื่อนำคะแนนทั้ง 10 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ จนถึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และ (2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติโรคร่วม ประวัติการรับประทานยา ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินด้วยแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised [IPQ-R]) ที่สร้างโดยมอส-มอร์ริสและคณะ (Moss-morris et al., 2002) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเครื่องมือโดยสิริลักษณ์ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 68 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุของโรค จำนวน 18 ข้อ และตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยจำนวน 38 ข้อ โดยการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรับรู้สาเหตุของโรคนำไปวิเคราะห์

เป็นรายด้าน ไม่ได้นำมารวมกับการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหลือ มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ เกี่ยวกับอาการทั่วไปของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยสามารถเพิ่มเติมอาการที่เฉพาะเจาะจงกับโรคที่ต้องการศึกษาลงไปในรูปแบบสอบถามได้ สิริลักษณ์ (2549) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงไปใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมี 20 อาการที่เกี่ยวข้องโรคเบาหวาน ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงโดยตัด 12 อาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองออก ยังคงข้อความอาการจากต้นฉบับไว้ จำนวน 8 อาการ และได้เพิ่มอาการที่เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 อาการ จึงมีข้อความอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคทั้งหมด 12 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเลือกตอบแต่ละอาการใน 2 คำถาม คือ (1) อาการที่ตนเองมีในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และ (2) อาการที่ตนเองคิดว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรคผู้วิจัยจึงเพิ่มคำถามอีก 1 ข้อ คือ (3) อาการที่ตนเองมีขณะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง คือใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 อาการ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ 0

กับ 1 คือตอบใช่ได้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ขึ้นไปได้อยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุของโรค ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง สิริลักษณ์ (2549) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมี 20 สาเหตุที่อาจเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงโดยตัดข้อความที่ไม่ใช่สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองออก 2 ข้อ จึงมีข้อความที่อาจเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ กรรมพันธุ์ 1 ข้อ (ข้อ 2) การได้รับการดูแลรักษาในอดีต 1 ข้อ (ข้อ 6) พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ 5 ข้อ (ข้อ 4, 8, 11, 14, และ 15) สภาพอารมณ์และจิตใจ 4 ข้อ (ข้อ 1, 9, 10, และ 12) สรีรวิทยา 4 ข้อ (ข้อ 13, 16, 17, และ 18) สิ่งแวดล้อม 2 ข้อ (ข้อ 3 และ 7) และความเชื่อ 1 ข้อ (ข้อ 5) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
3 คะแนน	หมายถึง	เฉยเฉย
2 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบ่งระดับการรับรู้สาเหตุของโรคเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามอันตรภาคชั้น คือค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับการแบ่งที่ต้องการ (บุญใจ, 2553) ดังนี้

1.00-2.33	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้สาเหตุของโรคในระดับต่ำ
2.34-3.67	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้สาเหตุของโรคในระดับปานกลาง
3.68-5.00	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้สาเหตุของโรคในระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 38 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37 และ 38 และข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27 และ 36 ผู้วิจัยปรับข้อความในแบบสอบถามจากคำว่า “โรคเบาหวาน” เป็น “โรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยที่ศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ สำหรับข้อคำถามด้านลบจะมีการกลับค่าคะแนน ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
เฉยเฉย	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับการรับรู้แต่ละด้านเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามอันตรภาคชั้นของคะแนนรวมเฉลี่ย คือค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับการแบ่งที่ต้องการ (บุญใจ, 2553) ดังนี้

1.00 - 2.33	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับต่ำ
2.34 - 3.67	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
3.68 - 5.00	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง

รายละเอียดจำนวนข้อและการแปลผลคะแนนการรับรู้ด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (timeline) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3 และ 5 ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4 และ 18 ผู้ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนี้จะคงอยู่กับตนเองอย่างถาวรเป็นเวลานานมากกว่าเป็นชั่วคราว

2. การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย (consequences) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 9, 10 และ 11 ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8 ผู้ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตตนเองเป็นอย่างมาก

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรค ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.1 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง (personal control) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13, 14 และ 16 ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 และ 17 ผู้ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าคุณเองสามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองที่เป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย

3.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษา (treatment control) จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20, 21 และ 22 ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19 และ 23 ผู้ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าการรักษาที่คุณเองได้รับสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของโรคให้ดีขึ้นได้

4. การรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย (illness coherence) จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28 ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24, 25, 26 และ 27 ผู้ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้สภาพของการเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้น

5. การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย (time cyclical) จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 29, 30, 31 และ 32 ผู้ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้มีทั้งช่วงเวลาที่ดีขึ้นและแย่ลง

6. การรับรู้ทางอารมณ์ (emotional representation) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33, 34, 35, 37 และ 38 ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 36 ผู้ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึง การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัว วิตกกังวล อารมณ์เสีย และโกรธ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้ (1) การรับประทานยา (2) การรับประทานอาหาร (3) การออกกำลังกาย (4) การจัดการอารมณ์ (5) การงดสูบบุหรี่ และ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 6, 7, 8, 10 และ 12 และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,

3, 4, 5, 9, 11, 13, 14 และ 15 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ สำหรับข้อคำถามด้านลบจะมีการกลับค่าคะแนน ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	การให้ความหมาย
0 คะแนน	4 คะแนน	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคยปฏิบัติเลย
1 คะแนน	3 คะแนน	ปฏิบัติกิจงาน ๆ ครั้งหรือสัปดาห์ละ 1-2 วัน
2 คะแนน	2 คะแนน	ปฏิบัติกิจบางครั้งหรือสัปดาห์ละ 3-4 วัน
3 คะแนน	1 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้งหรือสัปดาห์ละ 5-6 วัน
4 คะแนน	0 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่หรือสัปดาห์ละ 7 วัน

แบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามอันตรภาคชั้นของคะแนนรวมเฉลี่ย คือค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับการแบ่งที่ต้องการ (บุญใจ, 2553) ดังนี้

0.00 - 1.33	คะแนน หมายถึง	มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับต่ำ
1.34 - 2.67	คะแนน หมายถึง	มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับปานกลาง
2.68 - 4.00	คะแนน หมายถึง	มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ (1) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลที่ความรู้ความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้อำนาจแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงต่อไป

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการทดสอบวัดซ้ำ (test-retest reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้ (1) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุของโรคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 และแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามมีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมโรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม โรงพยาบาลเคียนซา และโรงพยาบาลวิภาวดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งขออนุญาตดูแฟ้มประวัติผู้ป่วย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติตามที่กำหนด

2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างและแนะนำผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรู้จัก หลังจากได้รับการแนะนำกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเชิญชวนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัยโดยมีการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามและขออนุญาตในการจดบันทึก ผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์จะทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับแรกเพื่อป้องกันข้อมูลส่วนอื่นไปมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ ตามลำดับ ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดซึ่งแต่ละแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที รวมเวลาทั้งหมด 40 - 60 นาที จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 65 ราย และผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง จำนวน 40 ราย

2.4 ภายหลังจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลหากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยสามารถเก็บจากแฟ้มประวัติหรือสอบถามผู้ป่วยอีกครั้ง เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อ่านไปวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เลขที่ PST IRB 2018 - NSt 004 ภายหลังจากที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างและแนะนำผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรู้จัก เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ได้แนะนำตัวชี้วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง หากขณะสอบถามกลุ่ม

ตัวอย่างมีอาการกำเริบหรือมีอาการรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออาการผิดปกติใด ๆ ผู้วิจัยหยุดสอบถามและให้การช่วยเหลืออย่างทันที หรือหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกสะเทือนใจหรือมีความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถบอกผู้วิจัยได้ โดยมีการให้หยุดพักรอจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะพร้อมในการที่จะตอบแบบสอบถามอีกครั้ง หรือหากไม่พร้อมสามารถนัดใหม่อีกครั้งได้ หรือสามารถออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา และมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าข้อมูลที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ - สกุล และนำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือแสดงความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง 105 ราย มาดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจะนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วน และมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยการแจกแจงจำนวน และร้อยละ ยกเว้นข้อมูลอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 คะแนนการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยการแจกแจงจำนวน และร้อยละ ตอนที่ 2 คะแนนการรับรู้สาเหตุของโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตอนที่ 3 คะแนนรับรู้การเจ็บป่วย นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกำบังการกำบังการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมกำบังการกำบังการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation co-efficient) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย และข้อมูลพฤติกรรมกำบังการ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (ภาคผนวก ข) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบการกระจายข้อมูลแบบปกติ (normal distributions)

- ตรวจสอบด้วย Visual inspection โดยดูจาก Histogram พบว่า ข้อมูลที่ได้เป็นรูประฆังคว่ำ มีลักษณะของข้อมูลสมมาตร แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

- ตรวจสอบค่าความเบ้ของข้อมูล (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ต้องมีค่าระหว่าง ± 3.29 (Kim, H. Y., 2013) พบว่า ข้อมูลที่ได้มีค่าความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ของข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear relationship) พบว่า ข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย และข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง ถือว่าผ่านการทดสอบเบื้องต้น (บุญใจ, 2553)

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (homoscedasticity) โดยพิจารณาการกระจาย (scatter plot) พบว่า ทุก ๆ ค่าที่มีการกระจายของข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย จะต้องมีการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ใกล้เคียงกันถือว่าผ่านการทดสอบเบื้องต้น (บุญใจ, 2553)

หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วยและข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยใช้เกณฑ์ของชูศรี (2544) ดังนี้

ค่า r สูงกว่า 0.90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่า r สูงกว่า .070 - 0.90	มีความสัมพันธ์ในระดับมาก
ค่า r อยู่ระหว่าง 0.30 - 0.70	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่า r มีค่าใกล้ 0.00 (ประมาณ 0.30 และต่ำกว่า)	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (descriptive correlation research design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 105 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ระดับการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ระดับการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย 6 ด้าน คือ (1) ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย

(2) ผลกระทบของการเจ็บป่วย (3) ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง/ควบคุมโรคด้วยการรักษา (4) วงจรของการเจ็บป่วย (5) ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย และ (6) การรับรู้ทางอารมณ์

ส่วนที่ 3 ระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 เพศชาย ร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 69.5) อายุเฉลี่ย 68.83 ปี ($SD = 7.54$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 92.4) กว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.4) มีเพียงส่วนน้อยประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 37.1 และ 7.6 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 74.3) ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 105$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	55	52.4
ชาย	50	47.6
อายุ (ปี) ($M = 68.83$, $SD = 7.54$, $Min = 60.00$, $Max = 91.10$)		
60 - 70 ปี	73	69.5
71 - 80 ปี	28	26.7
81 - 90 ปี	3	2.9
มากกว่า 90 ปี	1	1.0
สถานภาพสมรส		
คู่	73	69.5
หม้าย	28	26.7
หย่าร้าง	4	3.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.8
ประถมศึกษา	97	92.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	3	2.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	1.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	55	52.4
เกษตรกรรม	39	37.1
ค้าขาย	8	7.6
รับจ้าง	3	2.9
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	78	74.3
5,000 - 10,000	15	14.3
10,001 - 20,000	8	7.6
20,001 - 50,000	4	3.8

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

ข้อมูลภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีน้ำหนักเกิน ตั้งแต่ระดับ 1 - 3 (ร้อยละ 52.3) ที่เหลือมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติและผอม (ร้อยละ 37.1 และ 10.5 ตามลำดับ) ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 4.73 ปี ($SD = 4.42$) โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดอยู่ในช่วง 1- 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.9) มีประวัติโรคร่วมด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 96.2, 53.3 และ 27.6 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (ร้อยละ 98.1) และยาควบคุมความดันโลหิต (ร้อยละ 96.2) กว่าครึ่งไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 59.0) และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 66.7) ดังตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ ($N = 105$)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก./ ตารางเมตร) ($M=23.77$, $SD=4.48$, $Min=15.77$, $Max=35.63$)		
น้อยกว่า 18.50 น้ำหนักน้อย/ผอม	11	10.5
18.50 - 22.90 ปกติ	39	37.1
23 - 24.90 ท้วม อ้วนระดับ 1	20	19.0
25 - 29.90 อ้วน อ้วนระดับ 2	23	21.9
มากกว่า 30 อ้วนมาก อ้วนระดับ 3	12	11.4
ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ปี) ($M=4.73$, $SD=4.42$, $Min=0.00$, $Max=20$)		
น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี	29	27.6
มากกว่า 1 ปี - 5 ปี	44	41.9
มากกว่า 5 ปี - 10 ปี	23	21.9
มากกว่า 10 ปี - 15 ปี	5	4.8
มากกว่า 15 ปี	4	3.8
ประวัติโรคร่วม*		
โรคความดันโลหิตสูง	101	96.2
โรคไขมันในเลือดสูง	56	53.3
โรคเบาหวาน	29	27.6
โรคหัวใจ	11	10.5
โรคภูมิแพ้	3	2.9
โรคไต	2	1.9
โรคหอบหืด	2	1.9
โรคเกาต์	2	1.9
โรคกระเพาะ	2	1.9
โรคต่อมลูกหมากโต	1	1.0
โรคพาร์กินสัน	1	1.0

หมายเหตุ: *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ, M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการรับประทานยา*		
ยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด	103	98.1
ยาควบคุมความดันโลหิต	101	96.2
ยาบำรุง	94	89.5
ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด	76	72.4
ประวัติการสูบบุหรี่		
ยังคงสูบบุหรี่	6	5.7
เคยสูบบุหรี่แล้ว	37	35.2
ไม่เคยสูบบุหรี่	62	59.0
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ยังคงดื่ม	5	4.8
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	30	28.6
ไม่เคยดื่ม	70	66.7

หมายเหตุ: *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ, M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการที่หลงเหลือหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ อาการอ่อนแรงแขน-ขาครึ่งซีกมากที่สุด รองลงมา คือ อาการพูดไม่ชัด มีปัญหาในการพูด และใบหน้าเบี้ยว (28.6, 17.1 และ 13.3 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง คืออาการอ่อนแรงแขน - ขาครึ่งซีก และพูดไม่ชัดมีปัญหาในการพูด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ อาการใบหน้าเบี้ยว เหน็บชาตามร่างกายครึ่งซีก และสูญเสียการทรงตัว เดินเซ (ร้อยละ 99.0, 98.1 และ 96.2 ตามลำดับ) ดังตาราง 4

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง (N=105)

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

หมายเหตุ: *ตอบได้มากกว่า 1

ระดับการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องการ โรคหลอดเลือดสมองจากหลายสาเหตุ การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ($M = 4.13$, $SD = 0.69$) (2) พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ($M = 3.92$, $SD = 0.80$) และ (3) อาหารหรือพฤติกรรมการกิน ($M = 3.83$, $SD = 0.96$) ส่วนการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ (1) โขลร้าย ($M = 2.84$, $SD = 1.03$) (2) ทักษะการคิดของตัวเอง ($M = 2.79$, $SD = 1.05$) และ (3) เชื้อโรคหรือการติดเชื้อไวรัส ($M = 2.56$, $SD = 0.96$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
($N = 105$)

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

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระดับการรับรู้การเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58$, $SD = 0.28$) คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นยาวนาน ไม่หายขาดและเป็นตลอดชีวิต อาการต่าง ๆ ของโรคที่เกิดขึ้นจะเป็น ๆ หาย ๆ ทำให้ตนเองได้รับผลกระทบอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การรักษาที่ได้รับไม่

สามารถรักษาโรคนี้นี้ให้หายขาด แต่สามารถควบคุมโรคได้ โดยการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้อาการของตนดีขึ้น อาการของโรคที่เกิดขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพและเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน และรับรู้ว่าการเป็นโรคนี้นี้ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ อารมณ์เสีย โกรธ วิตกกังวล และหวาดกลัว เมื่อพิจารณาการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษามากที่สุด ($M = 3.82, SD = 0.43$) รองลงมาคือการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย ($M = 3.79, SD = 0.51$) และการรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยน้อยที่สุด ($M = 3.32, SD = 0.52$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($N = 105$)

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

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

ส่วนที่ 3 ระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.16, SD = 0.39$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเกือบทุกด้านในระดับสูง โดยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 3.91, SD = 0.28$) รองลงมาคือด้านการงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($M = 3.85, SD = 0.63$) และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.53, SD = 1.54$) ดังตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($N = 105$)

พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับประทานยา	3.91	0.28	สูง
การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.85	0.63	สูง
การงดสูบบุหรี่	3.38	0.84	สูง
การจัดการอารมณ์	3.02	0.76	สูง
การรับประทานอาหาร	2.91	0.51	สูง
การออกกำลังกาย	2.53	1.54	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวม	3.16	0.39	สูง

หมายเหตุ: *M* = ค่าเฉลี่ย, *SD* = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา (ดังตาราง 8) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

4.1 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ)

4.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรค ซึ่งการรับรู้ในการควบคุมโรคแบ่งได้ 2 ส่วน คือ (1) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .01$) และ (2) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01, r = .21, p < .05$ และ $r = .30, p < .01$ ตามลำดับ)

4.3 การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการจัดการอารมณ์และพฤติกรรมงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .01$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ)

4.4 การรับรู้ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05, r = .20, p < .05$ และ $r = .17, p < .05$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$)

ในส่วนของการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน

ตาราง 8

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การรับรู้การเจ็บป่วย	พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ						
	การรับประทานยา	การรับประทานอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการอารมณ์	การงดสูบบุหรี่	การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	พฤติกรรมโดยรวม
ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	.18*	.16	-.03	.21*	.12	.12	.21*
ผลกระทบของการเจ็บป่วย	.13	-.00	.04	.15	.03	.13	.08
ความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเอง	.15	.12	.24**	.12	.04	.12	.21*
ความสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา	.25**	.21*	.04	.30**	-.82	.14	.23**
วงจของการเจ็บป่วย	.34**	.14	-.01	.23**	-.10	.21*	.17*
ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย	.01	-.02	-.07	.02	.10	.01	-.01
การรับรู้ทางอารมณ์	.21*	.20*	.04	.17*	.10	.33**	.26**
การรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม	.35**	.23*	.06	.33**	.08	.30**	.33***

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาในประเด็น ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี เฉลี่ย 68.83 ปี สอดคล้องกับรายงานของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization [WSO], 2013) ที่ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบมากตามอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เป็นสาเหตุการตาย

อันดับ 2 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจากการเปลี่ยนแปลงและมีการเสื่อมถอยตามวัยในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 4.73 ปี (SD = 4.42) พบระยะที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1 - 5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.9 สอดคล้องกับการศึกษาของคารัญ (2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่าง 2 - 5 ปี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติโรคร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 96.2, 53.3 และ 27.6 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีประวัติโรคหัวใจ (ร้อยละ 10.5) เนื่องจากโรคร่วมดังกล่าวมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดมีการหนาตัวขึ้น ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดเกิดความผิดปกติ ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงหรือมีการอุดตันได้ และยังมีส่วนทำให้หลอดเลือดมีโอกาสโป่งพองและแตกได้ง่าย ซึ่งทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่มประวัติโรคร่วมมาก่อน (ก้องเกียรติ, 2553; เกรียงศักดิ์, 2553; จรรยา, 2554; ผ่องพรรณและวัลย์ลดา, 2553; รัชฎา, 2556; วราภรณ์, 2556) ขณะเดียวกันจากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมีไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การศึกษาของออดูและคณะ (Erdur et al., 2015) ที่ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (ischemic stroke) และสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5,106 ราย พบว่าความถี่ของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย จำนวน 40 ราย มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 75 และการศึกษาของลีโอ, ลินด์เกรน, ปีเตอร์ส์สัน, และวอนอาร์บิน (Leo, Lindgren, Petersson, & Von Arbin, 2008) พบไขมันในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 56 และ 24 ตามลำดับ) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (ischemic stroke) และสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยยาต้านเกล็ดเลือด (ร้อยละ 98.1) ยาควบคุมความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96.2) และยาควบคุมไขมันในเลือด (ร้อยละ 72.4) ทั้งนี้การรักษาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยยาดังกล่าวเป็นแนวทางที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยยาในปัจจุบัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2556) สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษาจำนวน 3 ราย ของลี, หยาง, หวัง, เฉิน, และซาง (Li, Yang, Wang, Chen, & Zhang, 2017) จากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าการรับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด และยาด้านการแข็งตัวของเลือด ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้การรักษาด้วยยาช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองขาดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง

ลงได้ (Gutierrez, 2008)

ก่อนการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 35.2) และเนื่องจาก บุหรี่เป็นสาเหตุที่เลิกได้ยาก มีสารนิโคติน เมื่อสูบบุหรี่ไปสักระยะจะทำให้ความไวของตัวรับสาร นิโคตินและอะซิติลโคลีนในสมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่ยังต้องการนิโคตินเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้สมองได้ทำงานตามปกติ (รักษา, บุญบา และกาญจนา, 2550) จึงพบว่าปัจจุบันกลุ่มตัวอย่าง ส่วนน้อยยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 5.7) (ตาราง 3) อาจเป็นเพราะมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ เห็นด้วยและไม่แน่ใจว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (ร้อยละ 8.6 และ 24.8 ตามลำดับ) ถึงอย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่แล้ว และมีส่วนน้อย ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ก็ยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชางและคณะ (Zhang et al., 2017) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่สูงถึง (ร้อยละ 59.5) และพบว่าผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

กลุ่มตัวอย่างเคยมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 28.6) และ ปัจจุบันยังคงพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ (ร้อยละ 4.8) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง บางส่วนไม่เห็นด้วยและไม่แน่ใจว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือด สมอง (ร้อยละ 9.5 และ 23.8 ตามลำดับ) จึงยังคงมีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ สอดคล้องกับการศึกษา ของหัสยาพร (2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.89 ไม่เห็นด้วยว่าการงดหรือการลดการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และด้วยเหตุผลเดียวกับการ สูบบุหรี่คือแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดทำให้เลิกดื่มได้ยาก

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 2013; Leventhal et al., 2016) อธิบายว่าเมื่อ บุคคลมีการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ของตนเองที่ต้องเผชิญกับ ความเจ็บป่วย-ร่วมกับการได้รับสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอก หลังจากนั้นบุคคลมีการ ปรับพฤติกรรมเพื่อนำไปจัดการแก้ไขการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพตลอดจนการจัดการกับอารมณ์ ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยได้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้การเจ็บป่วยและมีการปรับพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการ เจ็บป่วยที่เป็นอยู่เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองว่ามีอาการอ่อนแรงแขน - ขาครีงซีก และพูดไม่ชัดมีปัญหาในการพูด (ร้อยละ 100) รองลงมา รับรู้ว่ามีอาการ ใบหน้าเบี้ยว เหน็บชาตามร่างกายครึ่งซีก และสูญเสียการทรงตัว เดินเซ (ร้อยละ 99.0, 98.1 และ 96.2 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของคาร์ยู (2554) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการรับรู้ อาการแขนขาอ่อนแรงหรือขาครึ่งซีกมากที่สุด (ร้อยละ 87.5) รองลงมาคือ อาการเดินเซ และอาการพูดไม่ชัด (ร้อยละ 81.2 และ 75.0 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีอาการอ่อนแรงหรือขาเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (ร้อยละ 72.1) (Dearborn, & McCullough, 2009)

การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวสอดคล้องกับพยาธิ สรีรวิทยาของโรคที่มีการขาดเลือดหรือมีการแตกของหลอดเลือด การถูกกดของสมอง ระยะเวลาที่ สมองมีการขาดเลือด ซึ่งอาจทำให้มีอาการเพียงเล็กน้อยหรือรุนแรงแล้วแต่กรณี มีทั้งที่เป็นลักษณะ อาการที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรงอย่างเฉียบพลัน การพูดลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด หรือสับสนมีปัญหาในการพูดอย่างฉับพลัน อาการชาตามใบหน้า/แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่าง เฉียบพลัน สายตามีปัญหาอย่างฉับพลัน การทรงตัว/การเดินมีปัญหาหรือรู้สึกมึนงงอย่างฉับพลัน และปวดศีรษะอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน และที่เป็นลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เป็นอาการที่ คล้ายกับโรคส่งผลทำให้การวินิจฉัยล่าช้า ได้แก่ อาการอ่อนแรง อาการวิงเวียน บ้านหมุน อาเจียน และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก ซึ่งอาการเหล่านี้อาจมีเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเกิด ร่วมกันก็ได้ (ก้องเกียรติ, 2553; เกรียงศักดิ์, 2553; ประเสริฐ, 2552; รัชฎา, 2556; วราภรณ์, 2556; วัลย์สดา, 2553;)

การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองที่พบน้อยที่สุด คือ อาการ อาเจียน (ร้อยละ 53.3) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากอาการอาเจียนไม่ใช่อาการเฉพาะของโรค แต่เป็น ผลมาจากสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้ปวดศีรษะและอาเจียน พบได้ใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (เกรียงศักดิ์, 2553) นอกจากนี้อาการ อาเจียนเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรงค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 6.7) จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ อาการดังกล่าวค่อนข้างน้อยไปด้วย และร้อยละที่พบอาการอาเจียนเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของ ชิเงมาทสุและคณะ (Shigematsu et al., 2012) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอาเจียนเพียง (ร้อยละ 14.5) ซึ่งค่อนข้างน้อยเช่นเดียวกับการศึกษาคั้งนี้ อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.2 - 100) เป็นอาการที่อยู่ในช่องทางเร่งด่วน โรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke fast

track) ได้แก่ (1) แขนขา ชา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง (2) พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ (3) เดินเซ เวียนศีรษะ (4) ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีมัวข้างใดข้างหนึ่ง และ (5) ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) ซึ่งอาการดังกล่าวได้มีการประชาสัมพันธ์ และมีการรณรงค์จากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการประชาสัมพันธ์และการรณรงค์ดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการให้ความหมายเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง

นอกจากนั้นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองยังสอดคล้องกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างยังคงมีอยู่ในปัจจุบันและอาการที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตาราง 9 ในภาคผนวก จ) ซึ่งเป็นการรับรู้จากปัจจัยภายในหรือประสบการณ์ตรงของตนเอง (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003)

2. การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะเกิดจากความคิดปกติของหลอดเลือดสมองมากที่สุด ($M = 4.13, SD = 0.69$) รองลงมารับรู้ว่าจะเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ออกกำลังกาย ($M = 3.92, SD = 0.80$) อาหารหรือพฤติกรรมกิน ($M = 3.83, SD = 0.96$) ความเครียดหรือความกังวล ($M = 3.73, SD = 0.95$) การสูบบุหรี่ ($M = 3.71, SD = 0.96$) และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($M = 3.70, SD = 0.94$) ซึ่งการรับรู้สาเหตุของโรค เป็นกระบวนการที่บุคคลส่วนใหญ่ค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเกิดจากสาเหตุการรับประทานอาหารที่มีไขมัน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด (นันทิยาและคณะ, 2554; ดารัญญและคณะ, 2554) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ และความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 39.4 และ 33.7 ตามลำดับ (Sung Sug Yoon et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคที่อธิบายว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของสมองโดยตรง อาจมีการตีบ ตัน และแตกของหลอดเลือด ส่งผลให้สมองที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของร่างกายหยุดทำงาน ทำให้เกิดอัมพาตของร่างกาย (ก้องเกียรติ, 2553; เกียรติศักดิ์, 2553; รัชฎา, 2556; วราภรณ์, 2556) และพฤติกรรมที่สามารถทำให้เกิดโรคได้ เช่น การไม่ออกกำลังกาย เนื่องด้วยการออกกำลังกายช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยขยายหลอดเลือด และทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายและอยู่นิ่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีโอกาสเกิดซ้ำสูง ถ้าไม่ออกกำลังกายจะทำให้การฟื้นตัวจากภาวะทุพพล

ภาพของโรคซ้าลง และอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากขึ้น (ประเสริฐ, 2552) และความเครียดหรือความกังวล ซึ่งเป็นผลการเปลี่ยนแปลงของสมองในการทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม บริเวณสมองลิมบิกและเทมโพรอล ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในวิธีการคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลกระทบที่ซ่อนอยู่ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์-ที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า แต่มักจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่อาจสื่อความหมายทั้งหมดได้เป็นอย่างดี (Stroke Association, 2012)

การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ เช่น ข้อมูลที่ถูกต้องซึ่งอาจมาจากหลายช่องทาง ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากแพทย์/พยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการคลินิกเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจัดบริการเฉพาะ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนสุขศึกษา และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเองจากแพทย์และพยาบาล หรือการได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารทางราชการที่เผยแพร่ข้อมูลวิชาการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับกัญญา (2544) ที่กล่าวว่า สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวบุคคล เช่น สถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมรอบกายที่เป็นคน สัตว์ และสิ่งของ ทำให้เกิดการรับรู้ ตลอดจนส่งผลต่อการรับรู้สิ่งใดก่อน หลัง และมากน้อยเพียงใด

ส่วนการรับรู้สาเหตุของโรคในระดับปานกลาง ได้แก่ การทำงานหนัก มลพิษต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม การได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน กรรมพันธุ์ โศคร้าย ทัศนคติของตนเองต่อสิ่งต่าง ๆ และเชื่อโรคหรือการติดเชื้อไวรัส เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวไม่ใช่สาเหตุเฉพาะของการเกิดโรค

3. การรับรู้การเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยและให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยรวมครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58$, $SD = 0.28$) (ตาราง 6) ผลการศึกษาที่พบอธิบายได้ว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งกระตุ้นภายในบุคคล (internal stimuli) ให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และให้ความหมายการเจ็บป่วยตามสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Leventhal et al., 2003) กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วจึงรับรู้ความเจ็บป่วยได้ค่อนข้างชัดเจน ประกอบกับการได้รับข้อมูลจากข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค จากแพทย์พยาบาล และสื่อประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการและเอกชนเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอก

(outer stimuli) (Leventhal et al., 2003) ร่วมกับในปัจจุบันมีการจัดทำช่องทางเร่งด่วนโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน (acute stroke fast track) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) ออกมาประชาสัมพันธ์โดยหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องทันเวลา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยได้มากขึ้น แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 92.4) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยได้เพียงระดับปานกลาง โดยเฉพาะการรับรู้ที่เป็นภาพรวมของการเจ็บป่วยซึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรมที่ยากต่อการเข้าใจได้แก่ ช่วงเวลาการเจ็บป่วย สภาพของการเจ็บป่วย วงจรของการเจ็บป่วย การรักษา และอารมณ์ ($M = 3.53, SD = 0.61, M = 3.32, SD = 0.52, M = 3.39, SD = 0.67, M = 3.53, SD = 0.61$ และ $M = 3.43, SD = 0.62$ ตามลำดับ) ในทางตรงข้าม กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ที่เป็นประสบการณ์ตรงที่มีความเป็นรูปธรรมมากกว่าในระดับสูง ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และความสามารถในการควบคุมโรค ทั้งควบคุมด้วยการรักษาที่ได้รับ และการควบคุมด้วยตนเอง ($M = 3.79, SD = 0.51, M = 3.75, SD = 0.34, M = 3.70, SD = 0.38$ และ $M = 3.82, SD = 0.43$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาของกุลวรรณ (2554) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง การต้องมาตรวจติดตามอาการ และการรับประทานยาเป็นประจำทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรคน่าจะเป็นถาวรมากกว่าเป็นชั่วคราว เป็นต้น การศึกษาของอ้อมใจ (2552) พบว่า ผลกระทบจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมร่างกายได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าวมีผลให้การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อให้เกิดเป็นความกลัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกที่ไม่แน่นอน ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งส่งผลการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และความสามารถในการดูแลตนเองได้ไม่ดี และการศึกษาของกวิรินทร์นาฏ (2554) พบว่า จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการสะสมที่เห็นได้ชัดทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัว ทำให้เกิดความอับอาย ความเครียดและมีความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่อยากร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพกับสังคมเปลี่ยนไป

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นอันดับแรก รองลงมาคือองค์ประกอบที่มีแอลกอฮอล์ การงดการสูบบุหรี่ การจัดการอารมณ์ และการรับประทานอาหาร ตามลำดับ มีเฉพาะพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเท่านั้นที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 4.73 ปี ($SD = 4.42$) โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.9) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาบ่อยครั้งเพื่อตรวจติดตามอาการ และมารับยารับประทานอย่างต่อเนื่อง และด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการคลินิกเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจัดบริการเฉพาะผู้ป่วย ทำให้ได้รับการสอนสุขศึกษาและได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเองจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารทางราชการที่เผยแพร่ข้อมูลวิชาการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอธิบายได้ว่า สิ่งกระตุ้นภายใน (ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง) และสิ่งกระตุ้นภายนอก (คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และสื่อต่าง ๆ) เป็นปัจจัยส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และสะท้อนไปถึงพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่กลุ่มตัวอย่างสนองตอบออกมาเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยซึ่งเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) สอดคล้องกับการรับรู้การเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถควบคุมได้ด้วยรักษาที่ได้รับและการควบคุมด้วยตนเองหรือการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (ตาราง 6) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาสม่ำเสมอ (Chamber et al., 2011) และการศึกษาของ นันทิยาและคณะ (2557) พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีอาการของโรคที่ชัดเจน และรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นสามารถรักษาได้ด้วยการรับประทานยา ทำให้มีความตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในด้านบวก จึงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 68.83 ปี และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กล่าวคือ ร้อยละ 59 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่ ที่เหลือร้อยละ 41 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด (ตาราง 3) รวมทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีอาการเจ็บป่วยที่ยังหลงเหลืออยู่ที่เป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ได้แก่ อาการอ่อนแรงแขน - ขาครีงซึก (ร้อยละ 28.6) อาการเหน็บชาตามร่างกายครีงซึก (ร้อยละ 17.1) และสูญเสียการทรงตัว เดินเซ (ร้อยละ 13.3) (ตาราง 9 ใน ภาคผนวก จ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรุนแรงของของโรคมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยวัยอื่น ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพ และนอกจากนี้ผลกระทบภายหลังจากเป็น โรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยยังมีอาการหรือความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย (Jullamate, Azaredo, Paul, & Subgranon, 2006)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001$) หมายความว่า การรับรู้การเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นด้วย อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่คุกคามชีวิต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก (WSO, 2017) ผู้ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยมาแล้วจะเห็นภาพและเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน รับรู้ได้ว่าต้องใช้เวลายาวนานในการรักษา อาการของโรคที่เกิดขึ้นมีทั้งช่วงเวลาอาการดีขึ้นและแย่ลง มีผลกระทบอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีความพิการหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และให้ความหมายกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะมีการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามที่ได้รับคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดการสูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 2013; Leventhal et al., 2016) ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ของตนเองที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการได้รับ

ถึงกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค ทั้งจากตัวบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว และจากทีมสุขภาพ ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล หรือการได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารทางราชการที่เผยแพร่ข้อมูลวิชาการ จากนั้นบุคคลมีการปรับพฤติกรรมเพื่อนำไปจัดการแก้ไขการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งการปรับหรือจัดการกับอารมณ์ให้สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยได้

แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีปัจจัยหรือตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาศึกษา จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยรายด้านกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) กล่าวคือ การรับรู้ว่าช่วงเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสม และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยา และการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 2013; Leventhal et al., 2016) ที่กล่าวว่า ผู้ที่รับรู้ว่าเป็นโรคนานจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมานาน ($M = 57.47, SD = 52.32$) (ตาราง 3) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นตลอดชีวิต เมื่อได้รับข้อมูล คำแนะนำในการปฏิบัติตนเองจากแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ตาราง 17 ในภาคผนวก จ) เห็นได้จากผู้ป่วยไม่เคยหยุดยา ($M = 3.92, SD = 0.26$) และรับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษา ($M = 3.89, SD = 0.33$) และนอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดจะไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว ($M = 3.34, SD = 0.89$) และมีการปรับตัวด้วยการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ ($M = 2.70, SD = 1.08$) นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการรับรู้อีกว่าผลกระทบจากโรคนี้นำให้ตนเองเกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในระดับปานกลาง ($M = 3.43, SD = 0.67$) (ดังตาราง 67) เช่น หดหู่ อารมณ์เสีย โกรธ วิตกกังวล และหวาดกลัว ซึ่งเกิดจากการรับรู้อาการของโรคที่ไม่หายขาด อาการ

แสดงไม่ได้ทำให้ดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างเห็นได้ชัด เพียงแต่อาการของโรคทุเลาลง จึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับอารมณ์ของตนเองได้ ไม่ใส่ใจความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในการรับประทานยา และการจัดการอารมณ์ที่ดี การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น เช่น ในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่า การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ($r = -.381, p < .01$) (ขนิษฐา, 2559) และการศึกษาของฮาตและกรินเดล (Hart & Grindel, 2010) พบว่า การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยให้เหตุผลว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ยาวนาน อาการไม่ดีขึ้น แต่อาการไม่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง เช่น มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) กล่าวคือ การรับรู้ที่โรคหลอดเลือดสมองสามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .01$) อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของตนเองในระดับสูง ($M = 4.03, SD = 0.64$) (ตาราง 12 ในภาคผนวก จ) หรือรับรู้ที่โรคสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง และรับรู้ที่โรคนี้เกิดจากพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายในระดับสูง ($M = 3.92, SD = 0.80$) (ตาราง 5) ทำให้เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .01$) กล่าวคือ การรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับสามารถควบคุมโรคได้ จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01, r = .21, p < .05$ และ $r = .30, p < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 2013; Leventhal et al., 2016) ที่อธิบายว่า ผู้ที่รับรู้ที่โรคสามารถรักษาหรือควบคุมได้มากจะให้ความสำคัญกับการมารับการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยาและคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาได้ด้วยยาหรือช่วยให้

อาการเจ็บป่วยของคนดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$) กล่าวคือ การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วยว่ามีทั้งช่วงที่ดีขึ้นและแย่ลง จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าการรับรู้วงจรของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการจัดการอารมณ์ และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .01$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนหมุนเวียนกันทั้งดีขึ้นและแย่ลง ($M = 6.68, SD = 0.80$) และเอาแน่เอานอนไม่ได้ ($M = 3.59, SD = 0.88$) (ตาราง 14 ในภาคผนวก จ) และด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง อาการของโรคเด่นชัดและการได้การวินิจฉัยที่แน่ชัดตั้งแต่ครั้งแรกที่เป็นโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักในการดูแลสุขภาพของตน โดยการมีพฤติกรรมรับประทานยาและงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพยายามจัดการกับอารมณ์ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของนิซซาพัส (2560) ในผู้ป่วยอะโครเมกาเลียที่พบว่า การรับรู้วงจรการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเผชิญปัญหาโดยให้เหตุผลว่าอาการของโรคไม่แน่ชัดการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจึงขึ้นกับอาการเจ็บป่วยที่มี

การรับรู้ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .01$) กล่าวคือ การรับรู้ทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัว วิตกกังวล อารมณ์เสีย และโกรธ จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05, r = .20, p < .05$ และ $r = .17, p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัวและวิตกกังวลต่อการรับรู้อาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงจะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในด้านการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น งดอาหารทะเล งดดื่มเครื่องดื่มปรุงรส และงดอาหารแปรรูป เป็นต้น รวมทั้งมีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น เมื่อเกิดความเครียดจะไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว จะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนิซซา

(2559) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่า การรับรู้ทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ทางอารมณ์ด้านลบที่มากพอจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้าน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ผลกระทบของความเจ็บป่วยสูงมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่ำ ซึ่งขัดแย้งกับลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 2013; Leventhal et al., 2016) ที่กล่าวว่า การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้มีพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของจันฐตา (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมาก ไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ ทำให้มีความวิตกกังวลและความกลัวในระดับสูง จึงตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว รวมทั้งการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น เช่น การศึกษาในผู้ป่วยอะโครเมกาลีที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมีผลกระทบต่อตนเอง บุคคลในครอบครัวและการเงินเป็นอย่างมาก ทำให้มีการเผชิญปัญหาด้วยการวางแผนเผชิญการเจ็บป่วยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .42, p < .05$) (นิษฐ์ชาพัศ, 2560) และการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานของนิษฐา (2559) พบว่า การรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .243, p < .05$) กล่าวคือผู้ป่วยมีการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่สูง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงชีวิตไปจากเดิม เช่น รับประทานยาทุกวัน เดินทางเพื่อมาตรวจตามนัดทุกเดือน เป็นต้น

การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยสูงมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีความสับสนในการตอบแบบสอบถาม จึงตอบว่าเห็นภาพหรือเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตนเองดี ($M = 3.50, SD = 0.75$) แต่ไม่เข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ($M = 2.73, SD = 0.43$) โรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก ($M = 2.73, SD = 0.43$) อาการต่าง ๆ สร้างความงุนงงสับสนให้ตนเอง ($M = 3.21, SD = 0.99$) และการเจ็บป่วยไม่ได้มีความหมายต่อตนเอง ($M = 3.84, SD = 0.66$) จึงไม่สนใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นผลให้การรับรู้ความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น เช่น ในผู้ป่วยอะโครเมกาลีที่มีการรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี ทำให้มีการจัดการกับการเจ็บป่วยได้ดี (นิชชาพัศ, 2560)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (descriptive correlation research design) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 105 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและ ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficients) แบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค แบบสอบถามรับรู้สาเหตุของโรค และแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย เท่ากับ .90, .83 และ .86 ตามลำดับ และแบบสอบถามส่วนที่ 3 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 ราย วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและ ภาวะสุขภาพ ระดับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation co-efficient)

ผลการศึกษา พบว่า

1. การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาตามองค์ประกอบรายด้าน ดังนี้

1.1 การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่ามีอาการอ่อนแรงแขน - ขาค้างซีก และพูดไม่ชัดหรือมีปัญหาในการพูด (ร้อยละ 100) รองลงมารับรู้ว่ามีอาการใบหน้าเบี้ยว เหน็บชาตามร่างกายครึ่งซีก และสูญเสียการทรงตัว เดินเซ ร้อยละ 99.0, 98.1 และ 9.2 ตามลำดับ

1.2 การรับรู้สาเหตุของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองว่าเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง 3 อันดับแรกได้แก่ (1) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ($M = 4.13, SD = 0.69$) (2) พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ($M = 3.92, SD = 0.80$) และ (3) อาหารหรือพฤติกรรมการกิน ($M = 3.83, SD = 0.96$)

1.3 การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = 0.28$) มีรายละเอียดรายด้าน ดังนี้

1.3.1 รับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.53, SD = 0.61$)

1.3.2 การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบที่รุนแรงอยู่ในระดับสูง ($M = 3.79, SD = 0.51$)

1.3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเองและควบคุมโรคด้วยการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมโรคด้วยตนเองที่เป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย และรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับสามารถควบคุมโรคและการเจ็บป่วยของโรคให้ดีขึ้นอยู่ในระดับสูง ($M = 3.70, SD = 0.38$ และ $M = 3.82, SD = 0.43$ ตามลำดับ)

1.3.4 การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นมีทั้งช่วงที่อาการดีขึ้นและแย่ลงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.39, SD = 0.67$)

1.3.5 การรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.32, SD = 0.52$)

1.3.6 การรับรู้ทางอารมณ์ พบว่า ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัว วิตกกังวล อารมณ์เสียและโกรธอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.43, SD = 0.62$)

2. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.16, SD = 0.39$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.91, SD = 0.28$) รองลงมาด้านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($M = 3.85, SD = 0.63$) และด้านงดสูบบุหรี่ ($M = 3.38, SD = 0.84$) และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.53, SD = 1.54$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001$) มีรายละเอียดรายด้าน ดังนี้

3.1 การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ)

3.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .01$)

3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01, r = .21, p < .05$ และ $r = .30, p < .01$ ตามลำดับ)

3.4 การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการจัดการอารมณ์และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .01$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ)

3.5 การรับรู้ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$ และมี

ความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมมารับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจัดการ อารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05, r = .20, p < .05$ และ $r = .17, p < .05$ ตามลำดับ)

ในส่วนของ การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรับรู้ความเข้าใจ สภาพของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันการ กลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะการรับรู้ วงจรของการเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ เนื่องจากการรับรู้ดังกล่าวมีความสัมพันธ์ระดับปาน กลางกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้านการ รับประทานยาและด้านการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและปรับ การรับรู้การเจ็บป่วยให้เหมาะสมซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โรคหลอดเลือด สมอง

2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ทางอารมณ์ด้านลบ เช่น เมื่อนึกถึงโรค หลอดเลือดสมอง จะมีความรู้สึกหดหู่ อารมณ์เสีย โกรธ กังวลใจ วิตกกังวล และหวาดกลัว ควรมี การจัดการที่เหมาะสม เช่น การส่งต่อไปยังทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ หรือรับการดูแลให้ คำปรึกษาจากนักจิตวิทยา

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการบริหารการพยาบาล

ควรมีการจัดอบรมพยาบาลให้มีความสามารถในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย ของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

- กวิณทร์นาถ บุญชู. (2554). *ประสบการณ์เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). *รายงานประจำปี 2558*
 สืบค้นด้วยคำ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2560 จาก
<http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วย*
ด้วยโรค ไม่ติดต่อ และอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข
ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559. สืบค้นด้วยคำ สถิติโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย
 เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2560 [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fd282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa15f85178a05b665ae986bd467)
[formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fd282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fd282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa15f85178a05b665ae986bd467)
[15f85178a05b665ae986bd467](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fd282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa15f85178a05b665ae986bd467).
- ก้องเกียรติ ภูษณ์กัณฑ์กร. (2553). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพมหานคร: พรานเพรส (2002).
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: เอ็น.
 พี. เพรส.
- กิตติกร นิลมานัต, รัศมี เวชประสิทธิ์, นิภา นิยมไทย และประนอม หนูเพชร. (2559). *การพยาบาล*
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 1 (เล่ม 1). สงขลา: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กุลธิดา กีฬาแปง. (2557). *ผลการสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อการปฏิบัติกิจวัตร*
ประจำวันและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กุลวรรณ ทองมาก. (2554). *การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟู*
สมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์พยาบาล
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เกรียงศักดิ์ ลัมพัสถาน. (2553). *โรคหลอดเลือดสมอง*. เชียงใหม่: หน่วยประสาทศัลยศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา ขลังธรรมนิยม, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และคณินิจ พงศ์ถาวรภมล.
 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแล
 ตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. (2559). *วารสาร*

พยาบาลทหารบก, 17(2), 135-144.

- จรรยาพร วงศ์จิต และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 27(3), 80-92.*
- ฉิมฐิตา คำสารีรักษ์. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบุรลย์ และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ประโยชน์ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(2), 34-44.*
- จิรศักดิ์ กาญจนางสงกุล. (2556). *ภาวะพิษต่อระบบประสาท*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- จรรยา สันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: ตรีภูมิตไทย.
- โจเซ, เอ็ม. แบ็ค. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 3 หนังสือแปลฉบับภาษาไทย* [Medication-surgical nursing clinical management for positive outcome]. (ผ่องศรี และวัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิช ผู้แปลและเรียบเรียง). กรุงเทพมหานคร: ไอกรุป เพรส. (ต้นฉบับพิมพ์ปี พ.ศ. 2544).
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2552). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่). กรุงเทพมหานคร: เทพนิมิตการพิมพ์.
- ดารัญ วงศ์อนุชิต. (2554). *การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสหพันธ์จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ตานิภา หลานวงศ์. (2558). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เน้นการออกกำลังกายและความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). *การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิษฐ์ชาพัส (2560). *การรับรู้การเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลี*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลรามาชิตี*, 20(2), 236-248.
- นิภา นิยมไทย และประนอม หนูเพชร. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการไอ้ชา. ใน กิตติกร นิลมานัต และรัตติ เเวชประสิทธิ์ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1 (หน้า 327-349)*. สงขลา: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิภาศรี ชัยสินอนันต์กุล และนิจศรี ชาญณรงค์. (2555). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคซ้ำ (High Risk Stroke Patients). ใน ชัยภัทร ชุนทรัพย์, ธีรพลสุธารชาติ, อรุมา ชุตินทร และนิจศรี ชาญณรงค์ (บรรณาธิการ), *Basic and Clinical Neuroscience 4 (หน้า 96-108)*. กรุงเทพมหานคร: คลาสสิกสแกน จำกัด.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, สติมา กุสุมา ณ อุษยา, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และชัชชัช นิลนนท์. (2557). ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน. *วารสารพยาบาล*, 41(2), 61-71.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอมีเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง และเจียมจิต แสงสุวรรณ. (2557). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 9-25.
- ประไพ กิตติบุญถวัลย์ ศรีนทร ยิ่งแรงเรง และศุภลักษณ์ ศรีชัยญา. (2557). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 132-141.

- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี คลั่งมัน และเจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 3(4), 141-146.
- เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ การนำไปใช้ประเด็นทางจิตสังคม*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และวัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิช. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 3 หนังสือแปลฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพมหานคร: โอกรูป เพรส
- เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นานนท์. (2559). *การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พรวิณี ชื่นใจเรือง และสุมาลี เอี่ยมสมัย. (2557). การให้ความหมายและการจัดการความทุกข์ทรมานจากความพิการในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(4), 170-177.
- พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2553). *ประสาทวิทยาทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: จรัสนิทวงศ์การพิมพ์.
- รัชฎา แก่นสารี. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท*. ใน คณะจารย์สถาบันพระราชชนก โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1 (หน้า 440-558)*. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์ การพิมพ์จำกัด.
- รัชชอุท ธนปิยชัยกุล และนิจศรี ชาญณรงค์. (2558). โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้อย่างไร. ใน ลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์ (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งรู้เร็ว ยิ่งรอด ไว ยิ่งห่างไกลจากอัมพาต ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (หน้า 69-83)*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง

แอนด์พับลิชซิง.

รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, งามทรัพย์ ทองจันทร์. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน. ใน มนันชยา กองเมืองปัก, กรุณา ชูกิจ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศรัณยา โฆสิตะมงคล (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล* (หน้า 217-218). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ชีรธร พูลเกษ, กนกวรรณ บุญญพิสิฎฐ์ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2557).

ตำราประสาทวิทยาคลินิกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*.

สืบค้นด้วยคำว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย วันที่ 21 ธันวาคม 2559 จาก

http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf.

วารลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนานาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์.

(2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอลำลูกเกดบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 72-84.

วารภรณ์ บุญเชียง และวิลาวัลย์ เตื่อนราษฎร์. (2556). *การรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น*. เชียงใหม่:

ศูนย์บริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิภาวดี โพธิโสภา, เกศรินทร์ อทริยะประสิทธิ์ และศิริอร สินธุ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการ

ตอบสนองต่ออาการและระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(1), 9-20.

วิไลพร พุททวงศ์, วิริณห์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิวาวรรณ และ โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2557). ปัจจัย

เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(1), 30-45.

วิรัชตรา ประภาพักตร์. (2554). *ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และ*

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัส

สันตชัย (บรรณาธิการ). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (หน้า 247-276). กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.

- ศิรินาถ ตงศิริ. (2556). บุหรี่กับโรคหลอดเลือดสมอง: ยิ่งสูบยิ่งเสี่ยง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(3), 296-321.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.
- สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2552). *การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคสืบค้นด้วยคำ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อวันที่วันที่ 21 ธันวาคม 2559 จาก http://www.interfetphailand.net/forecast/files/report_2014/report_2014_no20.pdf.
- สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556). *แนวปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับแพทย์ (Clinical practice guideline for hemorrhagic stroke)*. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรสจำกัด.
- สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical nursing practice guidelines for stroke) (ฉบับสมบูรณ์ 2558)*. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส จำกัด
- สุกัญญา เหมะ. (2553). *ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์. (2554). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุขปีงบประมาณ 2554*. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย: กรุงเทพมหานคร.
- สุทัสสะ ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีสเคียน, กรุงเทพมหานคร.

- สรยุทธ ชำนาญเวช. (2556). *คู่มือความรู้ภาคประชาชน เรื่องเลือดออกในสมอง*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยะพรหม. (2550). พิชัยบุหรี. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ). *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโรคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ (หน้า 145-173)*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). Recurrent ischemic stroke in srinagarind hospital. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 4(3), 31-38.
- หทัยชนก พรคเจริญ. (2555). *เทคนิคการเลือกตัวอย่าง*. สำนักนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักสถิติแห่งชาติสืบค้นด้วยคำ proportion to size เมื่อวันที่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2560 จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/Toneminute/files/55/0203-5.pdf>.
- หัสยาพร มะโน. (2552). *การรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอง จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2552). *การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพมหานคร.
- อินทรา ไชยณรงค์, วันเพ็ญ ภิญ โญภาสกุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธา, และศรีธยา โฆสิตะมงคล. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการออกกำลังกาย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 178-185.
- อุมาพร แซ่กอ. (2552). *การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- Allen, N. B., Holford, T. R., Bracken, M. B., Goldstein, L. B., Howard, G., Wang, Y., & Lichtman, J. H. (2010). Geographic variation in one-year recurrent ischemic stroke rates for elderly Medicare beneficiaries in the USA. *Neuroepidemiology*, 34(2), 123-129. doi.10.1159/000274804.

- American Heart Association/American Stroke Association. (2011). Guidelines on Prevention of recurrent stroke 2011. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/2011/0415/p993.pdf>.
- American Stroke Association. (2013). Stroke risk factor. Retrieved from <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>.
- Andersen, K. K., & Olsen, T. S. (2015). The obesity paradox in stroke: lower mortality and lower risk of readmission for recurrent stroke in obese stroke patients. *International Journal of Stroke, 10*(1), 99-104. doi:10.1111/ijvs.12016.
- Alvarez-Sabín, J., Maisterra, O., Santamarina, E., & Kase, C. S. (2013). Factors influencing haemorrhagic transformation in ischaemic stroke. *The Lancet Neurology, 12*(7), 689-705. doi:10.1016/S1474-4422(13)70055-3.
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., ... & Isasi, C. R. (2017). Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American heart association. *Circulation, 135*(10), e146-e603.
- Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., ... & Shughnessy, M. (2014). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Stroke, 45*(8), 2532-2553. doi: 10.1161/STR.0000000000000022.
- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., ... & Stehle, P. (2012). Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *European Journal of Nutrition, 51*(6), 637-663.
- Boden-Albala, B., Carman, H., Moran, M., Doyle, M., & Paik, M. C. (2011). Perception of recurrent stroke risk among black, white and Hispanic ischemic stroke and transient ischemic attack survivors: the SWIFT study. *Neuroepidemiology, 37*(2), 83-87. doi:10.1159/000329522.
- Brenner, D. A., Zweifler, R. M., Gomez, C. R., Kissela, B. M., Levine, D., Howard, G., ... & Howard, V.J. (2010). Awareness, treatment, and control of vascular risk factors among stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 19*(4), 311-320. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.07.001.

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(6), 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
- Bushnell, C. D., Olson, D. M., Zhao, X., Pan, W., Zimmer, L. O., Goldstein, L. B., ... & Kidwell, C. (2011). Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology, 77*(12), 1182-1190.
- Camara, 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*. doi:10.5171/2013.264063.
- 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. doi: 10.1348/2044-8287.002000.
- 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. *Stroke, 39*(9), 2461-2466. doi:10.1161/STROKEAHA.107.513234.
- Coutts, S. B., Wein, T. H., Lindsay, M. P., Buck, B., Cote, R., Ellis, P., ... & Kwiatkowski, B. (2015). Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke guidelines, update 2014. *International Journal of Stroke, 10*(3), 282-291. doi:10.1111/ijvs.12551.
- 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. doi:10.1161/STROKEAHA.108.543272.
- Ellis, C., Barley, J., & Grubaugh, A. (2013). Poststroke knowledge and symptom awareness: a global issue for secondary stroke prevention. *Cerebrovascular Diseases, 35*(6), 572-581. doi:10.1159/000351209.
- Erdur, H., Scheitz, J. F., Ebinger, M., Rocco, A., Grittner, U., Meisel, A., ... & Nolte, C. H. (2015). In-hospital stroke recurrence and stroke after transient ischemic attack. *Stroke, 46*(4), 1031-1037. doi:10.1161/STROKEAHA.114.006886.

- Fournaise, A., Skov, J., Bladbjerg, E. M., & Leppin, A. (2015). Stroke risk perception in atrial fibrillation patients is not associated with clinical stroke risk. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *24*(11), 2527-2532.
doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.06.040.
- Geffner, D., Soriano, C., Pérez, T., Vilar, C., & Rodríguez, D. (2012). Delay in seeking treatment by patients with stroke: who decides, where they go, and how long it takes. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, *114*(1), 21-25. doi: 10.1016/j.clineuro.2011.08.014.
- 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 Trials*, *33*(5), 1065-1073.
doi:10.1016/j.cct.2012.06.003.
- Hankey, G. J. (2014). Secondary stroke prevention. *The Lancet Neurology*, *13*(2), 178-194.
doi: 10.1016/S1474-4422.
- Hart, P. L., & Grindel, C. G. (2010). Illness representations, emotional distress, coping strategies, and coping efficacy as predictors of patient outcomes in type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, *2*(3), 225-240. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01062.
- Hong, E. S., Kim, S. H., Kim, W. Y., Ahn, R., & Hong, J. S. (2010). Factors associated with prehospital delay in acute stroke. *Emergency Medicine Journal*, *emj-2011;28;790-793*.
doi:10.1136/emj.2010.094425.
- Hose, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ireland, S. E., Arthur, H. M., Gunn, E. A., & Oczkowski, W. (2011). Stroke prevention care delivery: predictors of risk factor management outcomes. *International journal of nursing studies*, *48*(2), 156-164. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.07.003.
- 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. doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.024.

- Jullamate, P., de Azeredo, Z., Paul, C., & Subgranon, R. (2006). Informal stroke rehabilitation: what do Thai caregivers perform?. *International Journal of Rehabilitation Research, 29*(4), 309-314. doi: 10.1097/MRR.0b013e328010f507.
- Katsanos, A. H., Filippatou, A., Manios, E., Deftereos, S., Parissis, J., Frogoudaki, A., ... & Voumvourakis, K. (2016). Blood pressure reduction and secondary stroke prevention. *Hypertension*. doi:10.1161 /HYPERTENSIONAHA. 116.08485.
- Kiernan, R. J., Mueller, J., Langston, J. W., & Van Dyke, C. R. A. I. G. (1987). The Neurobehavioral Cognitive Status Examination: A brief but differentiated approach to cognitive assessment. *Annals of Internal Medicine, 107*(4), 481-485.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics, 38*(1), 52-54.
- 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. doi:10.1186/1471-2458-7-39.
- Laloux, P., Lemonnier, F., & Jamart, J. (2010). Risk factor and treatment of stroke at the time of recurrence. *Acta Neurologica Belgica, 110*(4), 299-302.
- Lambert, M. (2011). AHA/ASA guidelines on prevention of recurrent stroke. *American Family Physician, 83*(8).
- Lawrence, M., Kerr, S., McVey, C., & Godwin, J. (2012). The effectiveness of secondary prevention lifestyle interventions designed to change lifestyle behavior following stroke: summary of a systematic review. *International Journal of Stroke, 7*(3), 243-247. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00771.x.
- Lawrence, M., Kerr, S., Watson, H., Paton, G., & Ellis, G. (2010). An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members. *BMC Family Practice, 11*(1), 97.
- Leoo, T., Lindgren, A., Petersson, J., & Von Arbin, M. (2008). Risk factors and treatment at recurrent stroke onset: results from the Recurrent Stroke Quality and Epidemiology (RESQUE) Study. *Cerebrovascular Diseases, 25*(3), 254-260. doi:10.1159/000113864.

- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, EA. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/284686251_The_Common_Sense_Model_of_Self-Regulation_of_Health_and_Illness_The_Self-Regulation_of_Health_and_Illness_Behaviour
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(6), 935-946. doi:10.1007/s10865-016-9782-2.
- Li, J., Yang, X. Z., Wang, Y. P., Chen, X. L., & Zhang, X. (2017). Three-case report of embolic stroke of undetermined source. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 26*(7), 133-137. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.04.009.
- Liu, L., Wang, Z., Gong, L., Zhang, Y., Thijs, L., Staessen, J. A., & Wang, J. (2009). Blood pressure reduction for the secondary prevention of stroke: a Chinese trial and a systematic review of the literature. *Hypertension Research, 32*(11), 1032-1040.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state Medical Journal, 14*, 61-65.
- Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., ... & Goldstein, L. B. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, STR-0000000000000046*.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494.
- Muangpaisan, W., Hinkle, J. L., Westwood, M., Kennedy, J., & Buchan, A. M. (2008). Stroke in the very old: clinical presentations and outcomes. *Age and Ageing, 37*(4), 473-475. doi: 10.1093/ageing/afn096.

- 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. doi:10.1007/s12160-010-9257-6.
- Ostergaard, K., Madsen, C., Liu, M. L., Bak, S., Hallas, J., & Gaist, D. (2014). Long-term use of antiplatelet drugs by patients with transient ischaemic attack. *European Journal of Clinical Pharmacology, 70*(2), 241-248. doi: doi:10.1007/s00228-013-1609-2.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th edition, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Rojas, M. E., Marsh, W., Felici-Giovanini, M. E., Rodríguez-Benitez, R. J., & Zevallos, J. C. (2017). Impact of secondary prevention on mortality after a first ischemic stroke in puerto rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal, 36*(1).
- Saposnik, G., Cote, R., Phillips, S., Gubitz, G., Bayer, N., Minuk, J., & Black, S. (2008). Stroke outcome in those over 80. *Stroke, 39*(8), 2310-2317. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.511402.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazrus, A. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 318-406.
- Schepers, V., Post, M., Visser-Meily, A., van de Port, I., Akhmouch, M., & Lindeman, E. (2009). Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41*(11), 930-935. doi:10.2340/16501977-0446.
- Shah, R. S., & Cole, J. W. (2010). Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Review of Cardiovascular Therapy, 8*(7), 917-932. doi:10.1586/erc.10.56.
- Shigematsu, K., Shimamura, O., Nakano, H., Watanabe, Y., Sekimoto, T., Shimizu, K., ... & Makino, M. (2012). Vomiting should be a prompt predictor of stroke outcome. *Emergency Medicine Journal, emermed-2012*.
- Sit, J. W., Yip, V. Y., Ko, S. K., Gun, A. P., & Lee, J. S. (2007). A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. *Journal of Clinical Nursing, 16*(2), 272-281. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01522.x.

- Sjolander, M., Eriksson, M., & Glader, E. L. (2013). The association between patients' beliefs about medicines and adherence to drug treatment after stroke: a cross-sectional questionnaire survey. *BMJ Open*, *3*(9), e003551. doi:10.1136/bmjopen-2013-003551.
- Slark, J., & Sharma, P. (2014). Risk awareness in secondary stroke prevention: a review of the literature. *JRSM Cardiovascular Disease*, *3*, 2048004013514737.
- Sloma, A., Backlund, L. G., Strender, L. E., & Skaner, Y. (2010). Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: a questionnaire study. *BMC Family Practice*, *11*(1), 47. doi:10.1186/1471-2296-11-47.
- Stroke Foundation. (2017). DRAFT Clinical guidelines for stroke management 2017. Retrieved from https://www.opalinstitute.org/uploads/1/5/3/9/15399992/draft_clinical_guidelines_for_stroke_management_2017_summary_of_recommendations_public_consultation__1_.pdf.
- Stroke Association. (2012). Emotional changes after stroke. Retrieved from <http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Emotional%20changes20after%20stroke.pdf>.
- Valls, J., Peiro-Chamarro, M., Cambray, S., Molina-Seguín, J., Benabdelhak, I., & Purroy, F. (2017). A current estimation of the early risk of stroke after transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis of recent intervention studies. *Cerebrovascular Diseases*, *43*(1-2), 90-98. doi: 10.1159/000452978.
- Vincent-Onabajo, G., & Moses, T. (2016). Knowledge of stroke risk factors among stroke survivors in nigeria. *Stroke Research and Treatment*, *2016*. doi: 10.1155/2016/1902151.
- Wade, D. T. (1992). Measurement in neurological rehabilitation. *Current Opinion in Neurology*, *5*(5), 682-686.
- Weinman, j., Petrie, K. j., & Moss-Morris, R. (1996). Questionnaire a new method for passing the cognitive representatio of illness. Retrieved from <http://www.uib.no/ipq/>
- World Health Organization. (2013). The WHO SREPwise approach to stroke surveillance. Retrieved from http://www.who.int/ncd_surveillance/en/step_stroke_manual_v1.2.pdf.
- World Health Organization. (2015). World Stroke Campaign. Retrieved from <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>.

World Stroke Organization. (2017). Campaign Advocacy Brochures. Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures-2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf.

Yew, K. S., & Cheng, E. M. (2015). Diagnosis of acute stroke. *American Family Physician, 91*(8)

Zhang, Q., Wang, Y., Song, H., Hou, C., Cao, Q., Dong, K., ... & Ji, X. (2017). Clopidogrel and ischemic stroke outcomes by smoking status: Smoker's paradox. *Journal of the Neurological Sciences, 373*, 41-44. doi:10.1016/j.jns.2016.12.025.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย 2 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

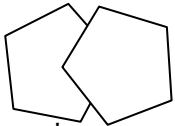
เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการให้ความหมายและทำความเข้าใจ

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
<p>1. Orientation for time (5 คะแนน)</p> <p>(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)</p> <p>1.1 วันนี้วันที่เท่าไร</p> <p>1.2 วันนี้วันอะไร</p> <p>1.3 เดือนนี้เดือนอะไร</p> <p>1.4 ปีนี้ปีอะไร</p> <p>1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร</p>		
<p>2. Orientation for place (5 คะแนน)</p> <p>(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)</p> <p>2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและชื่อว่าอะไร</p> <p>2.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร</p> <p>2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ</p> <p>2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร</p> <p>2.5 ที่นี่ภาคอะไร</p>		
<p>3. Registration (3 คะแนน)</p> <p>ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียวไม่มีการบอกซ้ำ เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณพูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันถามซ้ำ</p> <p>*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)</p> <p>3.1 ดอกไม้</p> <p>3.2 แม่น้ำ</p> <p>3.3 รถไฟ</p>		

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
<p>4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)</p> <p>4.1 คิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ (อย่าลืมถามว่าคิดเลขในใจเป็นหรือไม่) โดยให้เอา 100 ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร และบันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้งทั้งที่ตอบถูกและตอบผิด ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ให้คะแนนจำนวนครั้งที่ถูกต้อง มากที่สุด คือ 5 ลบผิด 1 ครั้ง แต่ว่าคำตอบไปมีค่าน้อยกว่าผลลัพธ์ที่ผิดพลาดนั้นอยู่ 7 ก็ให้นับเป็นผิดพลาดครั้งเดียว</p> <p>4.2 ในกรณีคิดเลขในใจไม่เป็น ให้สะกดคำว่ามะนาว ให้ฟังแล้วสะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะอะ นอหนูสระอะ - วอแหวน แล้วให้ลองสะกดถอยหลังให้คะแนนจำนวนตัวอักษรที่เรียงอย่างถูกต้อง ยกตัวอย่าง เช่น “ วานะม ” = 5, “ าวนะม ” = 3</p>		
<p>5. Recall (3 คะแนน) เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)</p> <p>5.1 ดอกไม้</p> <p>5.2 แม่น้ำ</p> <p>5.3 รถไฟ</p>		
<p>6. Naming (2 คะแนน) (ตอบถูกได้ 1 คะแนน)</p> <p>6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”</p> <p>6.2 ชี้นำพิกาช้อมือให้ผู้ทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”</p>		

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
<p>7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน) “ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณพูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีวเดียว” “ใครใครขายไข่ไก่”</p>		
<p>8. Verbal command (3 คะแนน) “ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ รับด้วยมือขวา พบครึ่ง แล้ววางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เียง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับให้ ผู้ถูกทดสอบ 8.1 รับด้วยมือขวา 8.2 พับครึ่ง 8.3 วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เียง)</p>		
<p>9. Written command (1 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนด้วยตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ อ่านแล้ว ทำตาม คุณจะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดง กระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”</p>		
<p>10. Writing (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค” 0 ไม่มีการพยายาม ทำเพียงขีด เขียนบนกระดาษหรือมองเห็นว่าพยายามและอ่านได้อยู่แต่ไม่ใช่ 1 และ 1 ประโยคประกอบด้วยประธานและกริยา</p>		
<p>11. Vasoconstriction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ให้ดูรูป 5 เหลี่ยม 2 รูป ตรงที่ 2 รูปนี้เหลื่อมกันจะเป็นรูป สี่เหลี่ยม ข้าวหลามตัด จัดหาดินสอดและกระดาษให้ด้วย)  ให้ 1 คะแนนถ้ารูป 5 เหลี่ยม แต่ละรูปมี 5 ด้าน ตรงที่เหลื่อมกัน เป็นรูป ข้าวหลามตัด (รูปสี่ด้าน) นอกเหนือจากนี้แล้วจะให้คะแนน 0</p>		

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับในการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน เมื่อนำผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนน 12 - 20 คะแนน จึงนำเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

สำหรับผู้วิจัย

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว
 - 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 รับประทานอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2 รับประทานอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 ทำได้เอง
4. การใช้ห้องสุขา
 - 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 ช่วยตัวเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือ
 - 2 ช่วยตัวเองได้หมด
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - 0 ไม่สามารถเดินไปไหนได้
 - 1 ใช้รถเข็นจัดการเองได้ และเข้ามุมห้อง ออกประตูได้
 - 2 เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง
 - 3 เดินได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า
- 0 ใส่เองไม่ได้ ต้องมีคนสวมใส่ให้
- 1 พอใส่เองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องการคนช่วยเหลือ
- 2 ใส่ได้เอง ติดกระดุม รูดซิปได้เอง
7. การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น
- 0 ทำเองไม่ได้
- 1 ต้องการคนช่วยพยุง
- 2 ขึ้นลงบันไดได้เอง
8. การอาบน้ำ
- 0 ต้องการคนช่วยเหลือหรือทำให้
- 1 อาบน้ำได้เอง
9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ
- 0 กลั้นไม่ได้
- 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั้นได้เป็นปกติ
10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
- 0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ
- 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั้นได้เป็นปกติ

คะแนนรวม.....คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	
1. เพศ	
<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
2. อายุ.....ปี	
3. สถานภาพ	
<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา	
<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา/ อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 4. สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....	
5. อาชีพ	
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	
<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 5,000	<input type="checkbox"/> 2. 5,001 - 10,000
<input type="checkbox"/> 3. 10,001 - 20,000	<input type="checkbox"/> 4. 20,001 - 50,000
<input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 50,001	

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อมูลสุขภาพ	
1.	น้ำหนักปัจจุบัน.....กก. น้ำหนักก่อนการเจ็บป่วย.....กก.
2.	ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI.....กก./ม. ²
3.	ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (ระยะเวลา.....ปี.....เดือน)
4.	ประวัติโรคประจำตัวร่วม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
	<input type="checkbox"/> 1. โรคความดันโลหิตสูง BP.....
	<input type="checkbox"/> 2. โรคเบาหวาน BS/HbA1c.....
	<input type="checkbox"/> 3. โรคไขมันในเลือดสูง LDL/cholesterol
	<input type="checkbox"/> 4. โรคหัวใจ.....
	<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....
5.	ประวัติการรับประทานยา
	<input type="checkbox"/> 1. ยากลุ่มเกล็ดเลือด (ระบุ).....
	<input type="checkbox"/> 2. ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด (ระบุ).....
	<input type="checkbox"/> 3. ยาต้านลิ่มเลือด (ระบุ).....
	<input type="checkbox"/> 4. ยาควบคุมความดันโลหิต (ระบุ).....
	<input type="checkbox"/> 5. ยาอื่นๆ (ระบุ).....
6.	ประวัติการสูบบุหรี่
	<input type="checkbox"/> 1. ยังคงสูบ จำนวน.....มวนต่อวัน ระยะเวลา...ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)
	<input type="checkbox"/> 2. เคยสูบแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน) ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่.....ปี
	<input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยสูบ
7.	ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
	<input type="checkbox"/> 1. ยังคงดื่ม จำนวน.....แก้วต่อวัน ระยะเวลา...ปี (ตั้งแต่เริ่มดื่มจนถึงปัจจุบัน)
	<input type="checkbox"/> 2. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่ดื่ม.....ปี (ตั้งแต่เริ่มดื่มจนถึงปัจจุบัน) ระยะเวลาที่เลิกดื่ม.....ปี
	<input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยดื่ม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน โปรดระบุว่าท่านเคยมีประสบการณ์อาการเหล่านี้หรือไม่ และตามความคิดเห็นของท่านอาการเหล่านี้เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ โปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

อาการ	ฉันมีอาการนี้ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา		อาการนี้เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองของฉัน		ตอนที่ป่วยด้วยโรคนี้ฉันมีอาการเหล่านี้
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
1. อ่อนแรงแขน-ขาครึ่งซีก					
2. ใบหน้าเบี้ยว					
3. มีอาการเหน็บชาตามร่างกายครึ่งซีก					
4. กลืนลำบาก					
5. พูดไม่ชัด มีปัญหาในการพูด เช่น ออกเสียงลำบาก พูดลิ้นคับปาก					
6. เห็นภาพซ้อน ภาพมัวหรือมืดลงอย่างฉับพลัน					
7. สับสนอย่างฉับพลัน					
8. วิงเวียนศีรษะอย่างฉับพลัน					
9. ปวดศีรษะรุนแรงอย่างฉับพลัน					
10. อาเจียน					
11. สูญเสียการทรงตัว เดินเซ					
12. มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวอย่างฉับพลัน					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: แบบสอบถามส่วนนี้ต้องการทราบความคิดเห็นว่าอะไรที่อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยของท่าน แต่ละคนอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ และท่านอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างจากแพทย์ พยาบาล หรือคนในครอบครัวของท่าน ไม่มีคำว่าผิดหรือถูกในการแสดงความคิดเห็นของท่าน ข้อความต่อไปนี้อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย โปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบมีเกณฑ์ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง เฉยเฉย
- 4 หมายถึง เห็นด้วย
- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เฉยเฉย (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
1. ความเครียดหรือความกังวล					
2. กรรมพันธุ์					
3. เชื้อโรคหรือการติดเชื้อไวรัส					
4. อาหารหรือพฤติกรรมการกิน					
5. โฆษร้าย					
6. ไม่ได้ได้รับการรักษาที่ดีพอในอดีต					
7. มลพิษต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม					
8. พฤติกรรมของฉันทัน เช่น การไม่ออกกำลังกาย					
9. ทักษะจิตใจของตนเองต่อสิ่งต่างๆ เช่น การมองโลกในแง่ร้าย					
10. ปัญหาในครอบครัว หรือความกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในครอบครัว					
11. การทำงานหนัก					

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เฉยเฉย (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
12. สภาวะทางอารมณ์ เช่น รู้สึกแย่ รู้สึก เหงา ว้าเหว่ กังวล อ้างว้าง เปล่าเปลี่ยว					
13. การมีอายุมากขึ้นหรือความชรา					
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
15. การสูบบุหรี่					
16. การได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ					
17. ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง					
18. ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

คำชี้แจง: โปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยเลือกตอบได้

เพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบมีเกณฑ์ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง เฉยเฉย
- 4 หมายถึง เห็นด้วย
- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	เฉย เฉย (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
1. การเจ็บป่วยของฉันจะหายในเวลาอันสั้น					
2. การเจ็บป่วยของฉันอาจจะเป็นตลอดไปมากกว่าเป็นชั่วคราว					
3. การเจ็บป่วยของฉันใช้เวลานานกว่าจะหาย					
4. ฉันจะผ่านการเจ็บป่วยไปได้อย่างรวดเร็ว					
5. ฉันคิดว่าฉันคงจะป่วยอย่างนี้ไปตลอดชีวิต					
6. การเจ็บป่วยของฉันเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง					
7. การเจ็บป่วยของฉันมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของฉัน					
8. การเจ็บป่วยของฉันไม่ได้มีผลกระทบต่อชีวิตฉัน					
9. การเจ็บป่วยของฉันมีผลกระทบอย่างมากต่อการมองของบุคคลอื่นต่อฉัน					
10. การเจ็บป่วยของฉันก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินแก่ฉันอย่างมาก					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	เฉย เฉย (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
11. การเจ็บป่วยของฉันทำให้บุคคลใกล้ชิด เกิดความยุ่งยาก					
12. มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำได้เพื่อควบคุม อาการของฉัน					
13. การเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นหรือแย่ลง ขึ้นอยู่กับอาการของฉัน					
14. การเจ็บป่วยของฉันขึ้นอยู่กับปฏิบัติ ตัวของฉัน					
15. ไม่ว่าฉันจะทำอย่างไรก็มีผลต่อการ เจ็บป่วยของฉัน					
16. ฉันมีความสามารถที่จะควบคุมการ เจ็บป่วยของฉันได้					
17. การกระทำของฉันไม่ได้มีผลต่อการ เจ็บป่วยที่ฉันเป็นอยู่					
18. การเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นในเร็ววันนี้					
19. มีวิธีการที่น้อยมากที่สามารถทำได้เพื่อ ช่วยให้การเจ็บป่วยของฉันดีขึ้น					
20. การรักษาที่ฉันได้รับจะช่วยรักษาโรคของ ฉันได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
21. ผลเสียจากการเจ็บป่วยของฉัน สามารถ ป้องกันได้ (หรือหลีกเลี่ยง) ได้ด้วยการรักษา					
22. การรักษาที่ฉันได้รับสามารถควบคุมการ เจ็บป่วยของฉันได้					
23. ไม่มีสิ่งใด ๆ ที่จะช่วยให้ฉันดีขึ้นได้					
24. อาการต่าง ๆ ของฉันสร้างความงุนงง สับสนให้แก่ฉัน					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เฉย เฉย (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)
25. การเจ็บป่วยของฉันเป็นเรื่องที่เข้าใจยากสำหรับฉัน					
26. ฉันไม่เข้าใจการเจ็บป่วยของฉัน					
27. การเจ็บป่วยของฉันไม่มีความหมายกับฉันเลย					
28. ฉันมองเห็นภาพหรือเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของฉันอย่างชัดเจน					
29. อาการต่าง ๆ จากการเจ็บป่วยของฉันเปลี่ยนแปลงอย่างมากแบบวันต่อวัน					
30. อาการต่าง ๆ ของฉันเป็น ๆ หาย ๆ หมุนเวียนเปลี่ยนไป					
31. การเจ็บป่วยของฉันเอาแน่เอานอนไม่ได้					
32. ฉันผ่านการเจ็บป่วยที่หมุนเวียนกันไป มีทั้งดีขึ้นและแย่ลง					
33. ฉันรู้สึกหดหู่เมื่อคิดถึงการเจ็บป่วยของฉัน					
34. เมื่อใดก็ตามที่คิดถึงการเจ็บป่วยของฉัน ฉันรู้สึกอารมณ์เสีย					
35. การเจ็บป่วยที่ฉันเป็นทำให้ฉันรู้สึกโกรธ					
36. การเจ็บป่วยของฉัน ไม่ได้ทำให้ฉันรู้สึกกังวลใจ					
37. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ฉันรู้สึกวิตกกังวล					
38. การเจ็บป่วยของฉันทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นการสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ตอบโปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องขวามือตามระดับพฤติกรรมที่ท่านได้ปฏิบัติจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบคำถาม ดังนี้

- (0) ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลย
- (1) ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเป็นส่วนน้อย หรือสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน
- (2) ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือสัปดาห์ละ 3 - 4 วัน
- (3) ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นสม่ำเสมอหรือ สัปดาห์ละ 5 - 6 วัน
- (4) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันหรือ สัปดาห์ละ 7 วัน

ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (1)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (4)
1. ท่านรับประทานยา ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลา ตามแผนการรักษาของแพทย์					
2. ท่านหยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์					
3. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือป่น เพิ่มในอาหารที่ปรุงสำเร็จมาก่อนแล้ว					
4. ท่านรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาซึ่ม แหนม ไส้กรอกอีสาน รวมทั้งอาหารกระป๋อง และบะหมี่สำเร็จรูป					

ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (1)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ เป็นประจำ (4)
5. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น หมีก กุ้ง หอย ปู					
6. ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง แทนการรับประทานอาหารประเภททอด					
7. ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ โดยตัดหรือเลาะส่วนที่ติดมันออก เช่น หนังไก่ เนื้อหมูติดมัน					
8. ท่านรับประทานผัก ในสัดส่วน 400 กรัม ต่อวัน (4 - 6 ทัพพีต่อวัน)					
9. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน ทองหยิบ ทองหยอด น้ำอัดลม น้ำหวาน					
10. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาทีและอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์					
11. เมื่อเผชิญเรื่องเครียดท่านจะเก็บตัวนั่งเงียบอยู่คนเดียว					
12. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลาย ด้วยการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์					
13. ท่านสูบบุหรี่					
14. ท่านได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น					
15. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อ โครงการวิจัย	การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวอรุมา คงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
สถานที่วิจัย	โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม โรงพยาบาล เคียนซา และ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนการรับรู้การเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุ เพื่อลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำ และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ท่านทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ โดยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 40 - 60 นาที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิที่จะบอกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลตามสิทธิ์ที่ท่านควรจะได้รับ หากขณะที่ท่านเข้าร่วมวิจัยอยู่มีอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยทำ

การหยุดการสอบถามและได้รับการรักษาทันที ท่านจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทบเฉพาะกรณีที่เกิดเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น หากท่านมีความสงสัยประการใดสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลาระหว่างเก็บข้อมูลทางเบอร์โทรศัพท์ 095 - 4283090

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียนได้ที่ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7428-6475 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ chayanit.p@psu.ac.th

ในโอกาสนี้ดิฉันขอขอบพระคุณท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ลายเซ็นผู้วิจัย.....

(นางสาวอรอมา คงแก้ว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2018 NSt – Qn 006
ชื่อโครงการ: การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2018 – NSt 004
ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวอรอุมา คงแก้ว
หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง: 22 มกราคม 2561
วันที่หมดอายุ: 22 มกราคม 2563

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ง
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรแต่ละตัว (normal distribution)

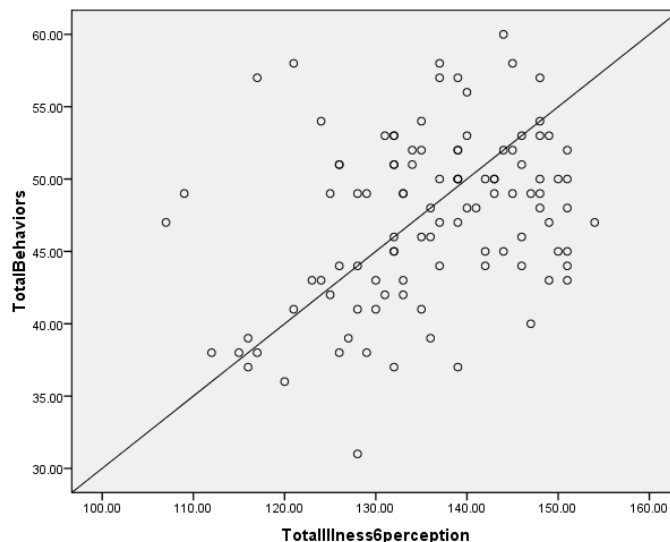
Assumption of Normality by Skewness and Kurtosis of Variability

	Skewness	Std. Error	Kurtosis	Std. Error	Z Skewness	Z Kurtosis
1. ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	-.08	.24	-.17	.47	-0.34	-0.36
2. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย	-1.13	.24	1.56	.47	-4.71	3.32
3. การควบคุมโรคด้วยตนเอง	-.23	.24	.04	.47	-0.96	.09
4. การควบคุมโรคด้วยการรักษา	-.16	.24	.34	.47	-0.67	.72
5. วงจรของการเจ็บป่วย	-.41	.24	-.56	.47	-1.71	-1.91
6. ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย	.59	.24	.25	.47	2.46	.53
7. การรับรู้ทางอารมณ์	-.42	.24	-.28	.47	-1.75	-.60
8. รับประทานยา	-3.24	.24	10.26	.47	-13.5	21.82
9. รับประทานอาหาร	-.12	.24	-.41	.47	-.50	-.87
10. ออกกำลังกาย	-.47	.24	-1.34	.47	-1.96	-2.85
11. การจัดการอารมณ์	-.56	.24	.04	.47	-2.34	0.09
12. งดสูบบุหรี่	-2.09	.24	4.91	.47	-8.71	10.44
13. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	-4.99	.24	26.49	.47	-20.79	56.36

(Skewness, kurtosis \pm 3.29)

ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

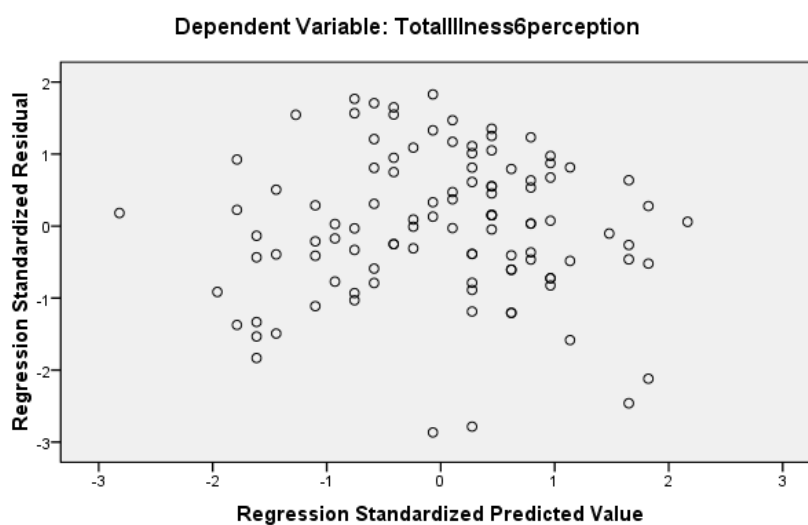
การรับรู้การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง ดังนี้



ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (homoscedasticity)

พิจารณาการกระจาย (scatter plot) ทุก ๆ ค่าที่มีการกระจายของข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย มีการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตามที่ใกล้เคียงกัน แสดงการทดสอบ ดังนี้

Scatterplot



ภาคผนวก จ
ผลการศึกษาเพิ่มเติม

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของการรับรู้อาการขณะที่ป่วยและอาการที่ยังมีอยู่ในปัจจุบันในผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมอง (N = 105)

อาการ*	อาการขณะที่ป่วย		อาการปัจจุบัน ที่ยังมีอยู่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ่อนแรงแขน-ขาครึ่งซีก	79	75.2	30	28.6
มีอาการเหน็บชาตามร่างกายครึ่งซีก	69	65.2	18	17.1
สูญเสียการทรงตัว เดินเซ	46	43.8	14	13.3
พูดไม่ชัด มีปัญหาในการพูด	44	41.9	12	11.4
ใบหน้าเบี้ยว	37	35.2	4	3.8
วงเวียนศีรษะอย่างฉับพลัน	27	25.7	5	4.8
กลืนลำบาก	18	17.1		ไม่มี
ปวดศีรษะรุนแรงอย่างฉับพลัน	18	17.1	3	2.9
มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก	16	15.2		ไม่มี
เห็นภาพซ้อน ภาพมัวหรือมืดลง	8	7.6	1	1.0
สับสนอย่างฉับพลัน	7	6.7	1	1.0
อาเจียน	7	6.7	1	1.0

*ตอบได้มากกว่า

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (N = 105)

การรับรู้ช่วงเวลา	M	SD	ระดับ
ความเจ็บป่วยของฉันใช้เวลานานกว่าจะหาย	3.96	0.85	สูง
ฉันคิดว่าฉันคงจะป่วยอย่างนี้ไปตลอดชีวิต	3.57	0.98	ปานกลาง
ความเจ็บป่วยของฉันอาจจะเป็นตลอดไปมากกว่าเป็นชั่วคราว	3.57	1.01	ปานกลาง
ความเจ็บป่วยของฉันจะหายในเวลาอันสั้น	3.43	1.00	ปานกลาง
ฉันจะผ่านความเจ็บป่วยไปได้อย่างรวดเร็ว	3.43	1.01	ปานกลาง
ความเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นในเร็ววันนี้	3.20	1.03	ปานกลาง

ตาราง 11

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย (N = 105)

การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย	M	SD	ระดับ
ความเจ็บป่วยของฉันมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของฉัน	4.09	0.79	สูง
ความเจ็บป่วยของฉันทำให้บุคคลใกล้ชิดเกิดความยุ่งยาก	3.90	0.97	สูง
ความเจ็บป่วยของฉันไม่ได้มีผลกระทบต่อชีวิตฉัน	3.84	0.69	สูง
ความเจ็บป่วยของฉันก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินแก่ฉันอย่างมาก	3.79	1.03	สูง
ความเจ็บป่วยของฉันเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง	3.70	0.87	สูง
ความเจ็บป่วยของฉันมีผลกระทบอย่างมากต่อการมองของบุคคลอื่นต่อฉัน	3.40	0.75	ปานกลาง

ตาราง 12

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามการรับรู้ความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเอง (N = 105)

การรับรู้ความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเอง	M	SD	ระดับ
การเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับการทำงานของฉัน	4.03	0.64	สูง
ความเจ็บป่วยของฉันขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของฉัน	3.97	0.64	สูง
มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำได้เพื่อควบคุมอาการของฉัน	3.91	0.71	สูง
ฉันมีความสามารถที่จะควบคุมความเจ็บป่วยของฉันได้	3.73	0.81	สูง
ไม่ว่าฉันจะทำอย่างไรก็มิผลต่อความเจ็บป่วยของฉัน	3.28	0.87	ปานกลาง
การทำงานของฉันไม่ได้มีผลต่อความเจ็บป่วยที่ฉันเป็นอยู่	3.28	0.94	ปานกลาง

ตาราง 13

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามการรับรู้ความสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา (N = 105)

การรับรู้ความสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษา	M	SD	ระดับ
การรักษาที่ฉันได้รับสามารถควบคุมความเจ็บป่วยของฉันได้	3.99	0.70	สูง
ไม่มีสิ่งใด ๆ ที่จะช่วยให้ฉันดีขึ้นได้	3.96	0.69	สูง
การรักษาที่ฉันได้รับจะช่วยรักษาโรคของฉันได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.90	0.78	สูง
ผลเสียจากความเจ็บป่วยของฉันสามารถป้องกันได้ ด้วยการรักษา	3.89	0.70	สูง
มีวิธีการที่น้อยมากที่สามารถทำได้เพื่อช่วยให้ความเจ็บป่วยของฉันดีขึ้น	3.35	0.90	ปานกลาง

ตาราง 14

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามการรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย (N = 105)

การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย	M	SD	ระดับ
ฉันผ่านการเจ็บป่วยที่หมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง	3.68	0.80	สูง
ความเจ็บป่วยของฉันเอาแน่เอานอนไม่ได้	3.59	0.88	ปานกลาง
อาการต่าง ๆ ของฉันเป็น ๆ หาย ๆ หมุนเวียนเปลี่ยนไป	3.31	0.95	ปานกลาง
อาการต่าง ๆ จากความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างมากแบบวันต่อวัน	2.99	0.88	ปานกลาง

ตาราง 15

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามการรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย (N = 105)

การรับรู้ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย	M	SD	ระดับ
ความเจ็บป่วยของฉันไม่มีความหมายกับฉันเลย	3.84	0.66	สูง
ฉันมองเห็นภาพหรือเข้าใจสภาพการความเจ็บป่วยของฉัน	3.50	0.75	ปานกลาง
ฉันไม่เข้าใจความเจ็บป่วยของฉัน	3.30	1.01	ปานกลาง
อาการต่าง ๆ ของฉันสร้างความงุนงง สับสนให้แก่ฉัน	3.21	0.99	ปานกลาง
ความเจ็บป่วยของฉันเป็นสิ่งที่เข้าใจยากสำหรับฉัน	2.73	0.43	ปานกลาง

ตาราง 16

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามการรับรู้ทางอารมณ์ (N = 105)

การรับรู้ทางอารมณ์	M	SD	ระดับ
ความเจ็บป่วยของฉันไม่ได้ทำให้ฉันรู้สึกกังวลใจ	3.67	0.87	ปานกลาง
ฉันรู้สึกหดหู่เมื่อคิดถึงความเจ็บป่วยของฉัน	3.51	0.86	ปานกลาง
ความเจ็บป่วยของฉันทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว	3.43	0.97	ปานกลาง
ความเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ฉันรู้สึกวิตกกังวล	3.40	0.93	ปานกลาง
เมื่อใดก็ตามที่คิดถึงความเจ็บป่วยของฉัน ฉันรู้สึกอารมณ์เสีย	3.35	0.91	ปานกลาง
ความเจ็บป่วยที่ฉันเป็นทำให้ฉันรู้สึกโกรธ	3.19	0.98	ปานกลาง

ตาราง 17

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105)

พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD	ระดับ
ไม่เคยหยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์	3.92	0.26	สูง
รับประทานยาถูกต้องครบถ้วนและตรงเวลาตามแผนการรักษา	3.89	0.33	สูง
งดดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.84	.63	สูง
งดสูบบุหรี่	3.77	.82	สูง
เมื่อเผชิญเรื่องเครียดจะไม่เก็บตัวนั่งเงียบอยู่คนเดียว	3.34	.89	สูง
งดรับประทานอาหารทะเล เช่น หมึก กุ้ง หอย ปู	3.29	0.74	สูง
งดดื่มเครื่องดื่มปรุงรส ในอาหารที่ปรุงสำเร็จมาก่อนแล้ว	3.21	1.04	สูง
งดรับประทานอาหารแปรรูป	3.08	0.73	สูง
ไม่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น	2.99	1.21	สูง
รับประทานอาหารประเภท คัม นึ่ง ย่าง แทนอาหารประเภททอด	2.95	0.73	สูง
รับประทานผักในสัดส่วน 400 กรัมต่อวัน	2.85	1.18	สูง
งดรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน	2.85	.82	สูง
เมื่อไม่สบายใจ จะผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น พุดคุย นั่งสมาธิ	2.70	1.08	สูง
ออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์	2.53	1.53	ปานกลาง
รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์โดยเลาะส่วนที่ติดมันออก	2.12	1.60	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยรวม	3.16	0.39	สูง

ตาราง 18

จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อตามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (N = 105)

พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
รับประทานยา ถูกต้อง ครบถ้วน และตรง เวลาตามแผนการรักษาของแพทย์	-	-	-	8 (7.6)	97 (92.4)
หยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์	95 (90.5)	9 (8.6)	1 (1.0)	-	-
เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือป่น เพิ่มในอาหารที่ปรุงสำเร็จมาก่อนแล้ว	58 (55.2)	22 (21.0)	18 (17.1)	4 (3.8)	3 (2.9)
รับประทานอาหารแปรรูป เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาสาม แหนม ไส้กรอกอีสาน รวมทั้ง อาหารกระป๋อง และขนมสำเร็จรูป	27 (25.7)	64 (61.0)	12 (11.4)	-	2 (1.9)
รับประทานอาหารทะเล เช่น หมึก กุ้ง หอย ปู	44 (41.9)	52 (49.5)	6 (5.7)	2 (1.9)	1 (1.0)
รับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง แทนการรับประทานอาหารประเภททอด	-	-	31 (29.5)	48 (45.7)	26 (24.8)
รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดย ตัดหรือเลาะส่วนที่ติดมันออก เช่น หนังไก่ เนื้อหมูติดมัน	27 (25.7)	15 (14.3)	14 (13.3)	16 (15.2)	33 (31.4)
รับประทานผัก ในสัดส่วน 400 กรัมต่อ วัน (4 - 6 ทัพพีต่อวัน)	4 (3.8)	12 (11.4)	22 (21.0)	24 (22.9)	43 (41.0)
รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน ทองหยีบ ทองหยอด น้ำอัดลม น้ำหวาน	17 (16.2)	65 (61.9)	17 (16.2)	3 (2.9)	3 (2.9)

ตาราง 18 (ต่อ)

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำใน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์	16 (15.2)	16 (15.2)	15 (14.3)	12 (11.4)	46 (43.8)
เมื่อเผชิญเรื่องเครียดท่านจะเก็บตัวนั่ง เงียบอยู่คนเดียว	60 (57.1)	27 (25.7)	12 (11.4)	6 (5.7)	-
เมื่อไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลาย ด้วย การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์	2 (1.9)	13 (12.4)	30 (28.6)	29 (27.6)	31 (29.5)
สูบบุหรี่	95 (90.5)	4 (3.8)	2 (1.9)	-	4 (3.8)
ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น	43 (41.0)	41 (39.0)	8 (7.6)	3 (2.9)	10 (9.5)
ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	97 (92.4)	5 (4.8)	2 (1.9)	-	1 (1.0)

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์จิตติกร ผลแก้ว

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์

อาจารย์ประจำสาขาภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พว. อума จันทวิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวอรอุมา คงแก้ว	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5910420052	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	2552

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) โรงพยาบาลพนม อ.พนม จ. สุราษฎร์ธานี

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ประจำปีการศึกษา 2561 ได้รับจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงาน

อรอุมา คงแก้ว, ขนิษฐา นาคะ, และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (กำลังรอตีพิมพ์). การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.

