



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Factors Related to Eating Behaviors in Stroke Patients

จรรยาพร วงศ์จิต, พย.ม. (Charuayporn Wongkachit, M.N.S.)*

รุ่งระวี นาวิเจริญ, ปร.ด. (Rungrawee Navicharern, Ph.D.)**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีการปรับตัวด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 1 ปี จำนวน 121 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท หน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการกลืนทางคลินิก แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85, .94, .94, .97 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงด้วยความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย:

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 102.47$, $SD = 3.30$) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า หมวดไขมัน อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 24.64$, $SD = 4.81$) หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ และหมวดเครื่องปรุงรส อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 14.95$, $SD = 3.55$, $\bar{X} = 23.70$, $SD = 4.22$, $\bar{X} = 25.24$, $SD = 5.33$ และ $\bar{X} = 10.94$, $SD = 2.57$ ตามลำดับ) และหมวดเครื่องดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 1.75$)

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



2. ภาวะกลืนลำบากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.20$ และ $r = -.48$)

4. สัมพันธภาพในครอบครัวและการพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .42$ และ $r = .28$)

สรุป: ควรมีการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลควรส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคที่อยู่ในระดับดีทุกด้าน และรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Purpose: To explore eating behaviors and factors related to eating behaviors in stroke patients.

Design: Descriptive correlational research.

Method: Subjects were 121 patients who had been diagnosed with stroke for 1 to 12 months at neurological clinic, out-patient department of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Phramongkutklao Hospital, and Rajavithi Hospital. Data were collected using a demographic data form, assessment form for clinical swallowing, depression questionnaire, family relationship questionnaire, patients' self-dependence questionnaire, and eating behavior questionnaire. Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .85, .94, .94, .97, and .84, respectively. Frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze data.

Results:

1. Overall eating behaviors of stroke patients was at good level ($\bar{X} = 102$, $SD = 3.30$). Regarding its dimension of eating behaviors, fat consumption was at excellent level ($\bar{X} = 24.64$, $SD = 4.81$), starch, meat, fruit, vegetable and seasoned food consumption were at good level ($\bar{X} = 14.95$, $SD = 3.55$, $\bar{X} = 23.70$, $SD = 4.22$, $\bar{X} = 25.24$, $SD = 5.33$, and



$\bar{X} = 10.94$, $SD = 2.57$, respectively), and beverage consumption was at fair level ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 1.75$).

2. Dysphasia was not related to eating behaviors in stroke patients.
3. Severity of stroke and depression were negatively and significantly associated with eating behaviors ($r = -.20$ and $r = -.48$, $p < .05$).
4. Family relationship and self-dependence were positively and significantly correlated with eating behaviors of stroke patients ($r = .42$ and $r = .28$, $p = .05$).

Conclusion: Patients with stroke should be evaluated for eating behaviors and nurses should promote their eating behaviors at excellent level. Factors related to eating behaviors, severity of disease, depression, family relationship, and self-dependence should be concerned.

Keywords: Eating behaviors/Stroke patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ มีรายงานว่าในแต่ละปีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6 ล้านคน (World Stroke Day, 2011) สำหรับประเทศไทยมีรายงานว่าปี พ.ศ. 2552 มีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 21/100,000 คน (37 คน/วัน) และมีหลักฐานจากองค์การอนามัยโลกประมาณว่า ปี 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 150,000 ราย (World Health Organization, 2013) ซึ่งผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ มักจะมีความพิการที่อาจคงอยู่

ความพิการที่หลงเหลืออยู่หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปรับตัวหลายด้าน ได้แก่ อาจพบมีความบกพร่องการกลืนซอมนเร้น หรือมีภาวะกลืนลำบาก สัมพันธภาพในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น และพฤติกรรม

การบริโภคเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ การปรับตัวของผู้ป่วยด้านร่างกายเกิดจากความพร่องทางระบบประสาทในบริเวณที่มีการดูดซับของหลอดเลือดโดยพบว่า ผู้ป่วยมักมีความสามารถในการรับรู้ลดลง และการสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับการเคลื่อนไหวลดลง มีอาการแขนขาอ่อนแรง ร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีความผิดปกติของการพูด (สุชาติ กาสิวงศ์, 2545) ผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานานจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2547) ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าวหากไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบถึงร้อยละ 71.43 (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550) และอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำหรือการ



ปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวันแบบเข้มงวดตามหลักโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อันประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 6 หมวด ได้แก่ หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม หมวดเครื่องปรุงรส โดยพิจารณาชนิดของอาหารและปริมาณอาหารที่บริโภคซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารนี้จัดเป็นการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีแรก หากผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจทำให้เกิดเป็นโรคนี้ซ้ำได้ (สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2555) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่กลับไปอยู่ที่บ้านมักมีปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังที่ Alexander et al. (1994) ระบุว่า พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 22 ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงฟื้นสภาพ (Post Stroke)

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy and Andrews, 1999) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการปรับตัวของบุคคล กล่าวคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าการปรับตัวด้านโภชนาการ ซึ่งอยู่ในการปรับตัวด้านสรีระของบุคคลที่เกิดขึ้นภายหลังเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์อาจเกิดจากสิ่งเร้าตรงและสิ่งเร้าแฝงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหา ซึ่งมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังฟื้นสภาพและต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงและก่อให้เกิดความพิการของร่างกาย

ดังที่ Neeraj Badjatia 2008) กล่าวว่า เมื่อสมองได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรง ส่งผลต่อฮอริโมน ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้เมื่อสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง จึงอาจมีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่เร้าแฝงของผู้ป่วย ทำให้ขาดแรงจูงใจในการบริโภคอาหารและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Folstein et al. (1977) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย post stroke มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งเร้าร่วมจัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Food Trial Collaboration (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีญาติคอยดูแล จะทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีตามไปด้วย ส่วนระดับการพึ่งพาเป็นสิ่งเร้าร่วม จากการศึกษาของ Unosson et al. (1994) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการพึ่งพาตัวเองต่ำ คือ ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีถ้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาตัวเองอยู่ในระดับสูง

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการพึ่งพาตัวเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่กล่าวมาพบแต่งานวิจัยในต่างประเทศแต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวที่คาดว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาปัจจัยที่กล่าวมาตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอยจะช่วยให้องค์การดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรในทีม



สุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพของบุคคลภายหลังเจ็บป่วย และเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องให้ความสนใจในเรื่องการตอบสนองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพราะพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลมีอิทธิพลต่อกระบวนการเกิดโรค การหายจากโรคและสุขภาพโดยรวม ดังนั้น พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรสุขภาพมีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเอง กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy and Andrew, 1999) ซึ่งเป็นระบบการปรับตัวของบุคคลแบบองค์รวม (Holistic adaptation system) ประกอบด้วย ชีวจิตสังคม (Biopsychosocial being) (Roy, 1984) ไม่สามารถแยกจากกันได้ นอกจากนี้ การปรับตัว ยังขึ้นอยู่กับระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่งหรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้า และแสดงถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความสามารถในการคิด มีสติ และมีความหมาย ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา (Roy,

1999) การปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลอีกตัวหนึ่ง ทั้งนี้ บุคคลถูกมองว่าได้รับสิ่งนำเข้า (input) ในรูปแบบของสิ่งเร้า ซึ่งประกอบด้วย สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง สิ่งเร้าดังกล่าว อาจมาจาก 4 หมวด คือ ด้านสรีรวิทยา การแสดงบทบาท การมองตนเอง และการพึ่งพา และแปลความผ่านกระบวนการควบคุมภายใน (internal system) ได้แก่ กลไกการควบคุม (Regulator) และการคิดรู้ (Cognator) จนนำไปสู่การปรับตัว (Adaptive system)

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวเพิ่มขึ้นภายหลังที่มีการดำเนินของโรคและเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน การปรับตัวด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการปรับตัวด้านสรีระเกิดจาก สิ่งเร้าตรง คือ เมื่อเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งเร้าร่วม คือ ภาวะกลืนลำบาก ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และระดับการพึ่งพาตนเอง สำหรับสิ่งเร้าแฝง เป็นภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ อธิบายความสัมพันธ์ได้ว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งเร้าตรงเพราะโรคนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของสมอง ผู้ป่วยอาจมีภาวะกลืนลำบากเนื่องจากกลไกการควบคุม (Cognitive regulator) หรือ Cranial nerve คู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 หรือประสาทสั่งการควบคุมและการคิดรู้มีความผิดปกติ และต้องการการพึ่งพาจากญาติเพิ่มการมีสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยสิ่งเร้าร่วมและหากปรับตัวไม่ได้อาจมีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นสิ่งเร้าแฝง พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่กล่าวมาคาดว่ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิง-ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational Research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะตีบหรืออุดตัน ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นาน 1 เดือน ถึง 1 ปี มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาท หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) คือ $n = 10K + 50$ (n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K คือ ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 6 ตัว) ดังนั้น จำนวนของกลุ่มตัวอย่างคือ $(10 \times 6) + 50 = 110$ และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความคลาดเคลื่อนและการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ 121 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ผู้วิจัยทบทวนสถิติประชากร ที่เข้ามารับการตรวจที่คลินิกอายุรกรรมประสาทในเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ในแต่ละโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี และใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนดังแสดง

ในตารางที่ 1 ดังนี้

ในแต่ละโรงพยาบาลคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่คลินิกอายุรกรรมประสาท หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย

2) แบบประเมินการตรวจระบบประสาท National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ใช้วัดความรุนแรงของโรค แปลโดย แพทย์หญิงนิจศรี ชาญณรงค์ (2551) ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกตัว สามารถบอกเดือนและอายุได้ หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขน กำลังของกล้ามเนื้อขา การประสานงานของแขนขา การรับรู้ความรู้สึก ความสามารถด้านภาษา การออกเสียง การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย แต่ละองค์ประกอบมีระดับการวัดที่แตกต่างกัน บางองค์ประกอบ มี 3 ระดับ บางองค์ประกอบมี 4 ระดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
จุฬาลงกรณ์	3,100	41
พระมงกุฎเกล้า	3,000	40
ราชวิถี	3,000	40
รวม	9,100	121



ลักษณะคำตอบมีตั้งแต่ ไม่มีความผิดปกติ จนถึงระดับผิดปกติ เมื่อรวมคะแนนการประเมินทั้งฉบับมีคะแนนเต็มเท่ากับ 42 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรุนแรงของโรคน้อย โดยมีคะแนน < 4 คะแนน ระดับความรุนแรงของโรคปานกลาง มีคะแนนอยู่ในช่วง 4-22 คะแนน และระดับความรุนแรงของโรคมาก มีคะแนน > 22 คะแนน

3) แบบประเมินการกลืนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบประเมินการกลืนของสายทิพย์ จ้ายพงษ์ (2550) เป็นการประเมินการขย้อน (Gag reflex) การกลืน (Swallowing reflex) การไอ การเปล่งเสียง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การประเมินการปิดปาก และการประเมินความแข็งแรงของขากรรไกร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน ถือว่ามีภาวะกลืนลำบาก

4) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ดัดแปลงจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย (ให้ 0 คะแนน) ถึง บ่อยครั้ง (ให้ 3 คะแนน) ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

5) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ กาญจนา ศิริวราศัย (2536) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9

6) แบบสอบถามการพึ่งพาตนเอง ใช้แบบสอบถามการประเมินความสามารถในการประกอบ

กิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) มีจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้มาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95

7) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากแบบวัดของ นัยนา เมธา (2544) ประกอบด้วยหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม และหมวดเครื่องปรุงรส ข้อคำถามมีจำนวน 31 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนเต็ม 135 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .8 เกณฑ์การแปลผลคะแนนกำหนดจากค่าเฉลี่ยโดยพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ ชูศักดิ์ จรุงสวัสดิ์ (2551) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด}-\text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2554 และเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนรวมทั้งหมด คือ 121 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 1 ปี รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยยินดียอมรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัย



ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในหมวดต่างๆ

หมวด	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ควรแก้ไข
ข้าว-แป้ง-น้ำตาล	16.24-20.00	12.43-16.23	8.62-12.42	4.81-8.61	1.00-4.80
เนื้อสัตว์	24.24-30.00	18.43-24.23	12.62-18.42	6.81-12.61	1.00-6.80
ไขมัน	24.24-30.00	18.43-24.23	12.62-18.42	6.81-12.61	1.00-6.80
ผัก-ผลไม้	28.24-35.00	21.43-28.23	14.62-21.42	7.81-14.61	1.00-7.80
เครื่องดื่ม	4.04-5.00	3.03-4.03	2.02-3.02	1.01-2.01	0.00-1.00
เครื่องปรุงรส	12.24-15.00	9.43-12.23	6.62-9.42	3.81-6.61	1.00-3.80
รวม	109.24-135	83.18-109.23	57.12-83.17	31.06-57.11	5-31.05

ฟังเป็นรายข้อ พร้อมกับบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้อง และเป็นจริง ส่วนในรายที่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในสถานที่ที่กำหนด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ทำการเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบ 121 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จาก รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.พระมงกุฎเกล้า และรพ.ราชวิถี (IRB No. 340/54, 0043/54, 123/54 ตามลำดับ) วันที่อนุมัติจริยธรรม 6 ต.ค. 54, 16 ส.ค. 54, และ 25 ส.ค. 54 ตามลำดับ) ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลากับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัย และสามารถขอถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับ

ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัย-สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 57.9) อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 50.17 ปี (SD = 8.462) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.2) ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง (ร้อยละ 45.5) การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ Lacunar Infarction (ร้อยละ 80.2) ดัชนีมวลกายมากกว่า 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร มากที่สุด (ร้อยละ 48.8) ภาวะกลืนลำบาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 คะแนน (SD = 0.60) ความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.26 คะแนน และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.7 และระดับรุนแรงน้อย



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามหลักโภชนบัญญัติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร
หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล	20	14.95	3.55	ดี
หมวดเนื้อสัตว์	30	23.70	4.22	ดี
หมวดผัก-ผลไม้	35	25.24	5.33	ดี
หมวดไขมัน	30	24.64	4.81	ดีมาก
หมวดเครื่องดื่ม	5	3.00	1.75	ปานกลาง
หมวดเครื่องปรุงรส	15	10.94	2.57	ดี
รวม	135	102.47	3.30	ดี

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะกลืนลำบาก ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งพาตนเองกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 121)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ภาวะกลืนลำบาก	0.17	0.057
ความรุนแรงของโรค	-0.20	0.026
ภาวะซึมเศร้า	-0.48	0.000
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.42	0.000
การพึ่งพาตนเอง	0.28	0.002

ร้อยละ 41.3 สำหรับระดับการพึ่งพา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.50 (SD = 5.36) และมีระดับการพึ่งพาเล็กน้อย

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 102.47, SD = 3.30) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมวดไขมันมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 24.64, SD = 4.80) รองลงมา คือ หมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักผลไม้ และหมวดเครื่องปรุงรส มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

($\bar{X}$ = 14.95, SD = 3.55; $\bar{X}$ = 23.70, SD = 4.22; $\bar{X}$ = 25.24 SD = 5.33, และ $\bar{X}$ = 10.94, SD = 2.57 ตามลำดับ) และหมวดเครื่องดื่ม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3, SD = 1.75)

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะกลืนลำบาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .483$ และ $.203$) สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .415$ และ $.275$)

อภิปรายผล

1. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 121 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 102.47$, $SD = 3.30$) ทั้งนี้อธิบายว่า ภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยและภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ถึง 1 ปี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค และมีการพึ่งพาญาติหรือผู้ดูแลเพิ่มขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ภายหลังการเจ็บป่วยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี (อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์, 2550)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ภาวะกลืนลำบาก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.174$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี

ประสบการณ์ในระยะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีภาวะกลืนลำบากและความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้อธิบายว่า จากข้อมูลพื้นฐานค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการกลืนของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 คะแนน ($SD = 0.60$) ซึ่งตามเกณฑ์ระบุว่าถ้าประเมินผู้ป่วยแล้วมีคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน ถือว่ามีภาวะกลืนลำบากในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย Post stroke ที่ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Lacunar Infarction (ร้อยละ 80.2) ซึ่ง Lacunar Infarction นี้เป็นการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ก่อให้เกิดเนื้อสมองขาดเลือดเป็นหย่อมขนาดเล็กและไม่ได้ควบคุมระบบประสาทในส่วนของการกลืน จึงทำให้กลไกในการควบคุมการกลืนอาจไม่ได้รับผลกระทบ และการประเมินการกลืนเป็นการตรวจร่างกายซึ่งกระทำโดยผู้วิจัย แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ post stroke ซึ่งปฏิบัติในแต่ละวันซึ่งเกิดจากการเลือกชนิดอาหารสุขภาพมิใช่อาหารที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอาหาร

2.2 ความรุนแรงของโรค พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.203$) สอดคล้องกับการศึกษา Atulabh et al. (2008) ที่ว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อธิบายได้ว่า การมีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันบริเวณหลอดเลือดขนาดใหญ่ทำให้มีสมองส่วนที่ขาดเลือดค่อนข้างมาก ผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนผิดปกติ การรับรส การมองเห็น และการ



เคลื่อนไหวของมือและขา ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริเวณเนื้อสมองที่ถูกทำลาย แต่เนื่องจากในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.26 คะแนน (SD = 4.505) จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวหรือกลืน

2.3 ภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.483$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Folstein et al. (1977) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย post stroke มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Robert et al. (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดี ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2550)

2.4 สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.416$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ที่ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลรับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลอาจเป็นผู้คอยจัดหาอาหารและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.5 การพึ่งพาตนเอง พบว่า การพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.275$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Unosson et al. (1994) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการพึ่งพาตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับต่ำไม่สามารถหาอาหารรับประทานเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงจนเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้น ระดับการพึ่งพาตนเองจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.7) ส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น สามารถรับประทานอาหารเองได้ สามารถเดิน ทำความสะอาดร่างกายตนเอง อาบน้ำแต่งตัวเองได้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถจัดหาอาหารที่มีประโยชน์รับประทานได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การพึ่งพาตนเองสูงจึงทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการทํารายการวิจัยและขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

.....



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา ศิริวราศัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวัง กับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูศักดิ์ จุฑาสวัสดิ์. (2551). *การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ส. เสริมมิตรการพิมพ์.

ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต และสมพร เติรียมชัยศรี. (2553). คุณลักษณะความทรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 26-45.

ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. (2543). *ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิจศรี ชาญณรงค์. (2551). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2547). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบสำหรับแพทย์*. เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงเทพฯ.

นัยนา เมธา. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). *การวัดสถานะทางสุขภาพ การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าแบบสอบถาม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

สายทิพย์ จำพองษ์. (2550). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2550). *Neuropsychiatric aspects of stroke*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุษาดา กาลังค์. (2545). *การปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2555). *อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Alexander, M.F., Fawcett, J.M., & Runceiman, P.J. (1994). *Nursing patient with special needs*. London: Medical Division of Longman group U.K.



- Atulabh, V., Jayantee, K., & Usha, K.M. (2008). Nutritional deficiency in stroke patients results in poor outcome. *Spenjournal*, 3(4), 142-146.
- Folstein, M.F., Maiberger, R., & McHugh, P.R. (1977). Mood disorder as specific complication of stroke. *Journal Neurosurg Psychiat*, 40(6), 1018-1020.
- Food Trial Collaboration. (2003). Poor nutrition status on admission predicts poor outcomes after stroke: Observational data from the Food trial. *Stroke*, 19(4), 1450-1456.
- Lin, P. (2003). Nutrition support in acute stroke: The impact of evidence-based guidelines. *Clinical Nutrition UK*, 22(3), 283-293.
- Neeraj, B., & Mitchell, S.V.E. (2008). Nutritional support after ischemic stroke. *Neurology Journal*, 65(1), 15-16.
- Robert, G.R., & Thomas, R.P. (2010). Post-stroke depressive disorders: A Follow-up study of 103 patients. *Journal of the American Stroke Association*, 13(5), 635-641.
- Roy, C.A & Andrews, E.H. (1999). *The Roy adaptation model*, (2nd ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Unosson, M., Ek, A.C., Bjurulf, P., Schenck, H., & Larsson, J. (1994). Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke Journal*, 25(5), 366-371.
- World Health Organisation. (2013). *อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง* [Online]. Retrived from: <http://www.june13ja.spaces.live.com>. [2014, july 15].
- World Stroke Day. (2011). *อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง* [Online]. Avialable from: <http://www.worldstrokecampaign.org>. [2014, july 16].