

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF AND DEMENTIA PREVENTIVE BEHAVIOR IN OLDER ADULTS WITH HYPERTENSION

เกษริน อุบลวงศ์ พย.ม. (Katesarin Ubolwong, M.N.S)¹

นัยนา พิพัฒน์วนิชชา ปรี.ด. (Naiyana Piphatvanitcha, Ph.D)²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษา ที่คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 120 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.5 มีพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 15.67$, $SD = 2.58$) โดยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.40$) กับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = 0.33, 0.33$, และ 0.30 ตามลำดับ) การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_s = 0.29$ และ 0.24 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -0.33$) กับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาเสนอแนะให้พยาบาลนำผลการศึกษาไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามความเชื่อด้านสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูงให้ถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; โรคสมองเสื่อม; โรคความดันโลหิตสูง

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: Katemin9@hotmail.com

² ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร. กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: Naiyana_P2005@hotmail.com

Abstract

This descriptive study aimed to determine the relationship between health belief and dementia preventive behaviors in older adults with hypertension. The sample consisted of 120 older adults with hypertension who have received treatment at the medicine clinic of Sena hospital, Phranakon Sri Ayut-thaya province. Simple random sampling was used to recruit participants. The research instruments included the Personal Data Interview, the Health Belief Questionnaire and the Dementia Preventive Behavior Questionnaire. Data were analyzed by using Spearman rank correlation, since distribution of the data is not a normal curve.

Findings from this study showed that majority of the samples (77.5%) had a high level of dementia preventive behaviors. Health belief had a positive and moderate relationship ($r_s = 0.40$) with dementia preventive behaviors in the older adults with hypertension at the level of .01. For health belief dimensions, it was found that perceived susceptibility, perceived benefits of taking action and perceived severity of dementia had a positive and moderate relationship ($r_s = 0.33, 0.33, \text{ and } 0.30$, respectively), perceived self-efficacy and perceived cues to action had a positive and weak relationship ($r_s = 0.29, 0.24$, respectively) and perceived barriers had a negative and moderate relationship ($r_s = -0.33$) with the dementia preventive behaviors in the older adults with hypertension at the level of .01.

The results suggest that nurses should apply these results in providing health education for the older adults with hypertension based on their health beliefs and promoting appropriate health behaviors for dementia prevention in the older adults with hypertension.

Keywords: health belief; dementia preventive behavior; older adults; dementia; hypertension

บทนำ

ปัจจุบันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย การสำรวจในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551-2552 โรครวม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.5 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 26 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 25 (โรงพยาบาลเสนา, 2557)

โรคสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติหรือจากการเสื่อมของเซลล์สมอง (Primary dementia) ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด (Travers, Martin-Khan, & Lie, 2009) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม 2.8 เท่า และหากไม่ได้รับการรักษาจะเสี่ยงต่อ โรคสมองเสื่อม ถึง 4.3 เท่า (Tzourio, Dufouil, Ducimetiere, & Alperovitch, 1999) เนื่องจาก โรคความดันโลหิตสูงทำให้มีการเพิ่มขึ้นของเส้นใยคอลลาเจนและการเชื่อมตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนกับอีลาสติน จึงส่งผลให้เกิดการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ส่วนปริมาณของอีลาสติน ที่ลดลงทำให้มีความต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น แต่ความยืดหยุ่นนั้นกลับลดลงส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อยกว่าปกติ จึงเกิดพยาธิสภาพที่สมองและการทำงานของสมองผิดปกติในด้านต่าง ๆ รวมถึงด้านการรับรู้ (Miller, 2009) ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Tadic, Cuspidi & Hering, 2016)

โรคสมองเสื่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุบุคคลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงประเทศชาติที่ต้องมีภาระเพิ่มมากขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Polidori, Nelles, & Pientka, 2010)

โรคสมองเสื่อมจัดเป็นภัยเงียบที่สามารถป้องกันได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคสมองเสื่อมที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค (Richard, Ligthart, van

Charante, & van Gool., 2010) การออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยการรับประทานยาตามแผนการรักษา ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ (Flicker, 2009; Middleton & Yaffe, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเรื่องโรคสมองเสื่อมในปัจจุบันส่วนใหญ่เน้นไปที่ การตั้งรับ และการดูแลเมื่อป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว (นงลักษณ์ คำบัวตอง, 2553) การศึกษาเชิงป้องกันเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมยังมีน้อย (รัชนิ นามจันทร์, 2553) และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เน้นในกลุ่มประชากรสูงอายุทั่วไป ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่เสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้มากกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) ทั้งนี้เนื่องจาก ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใด สิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติและแนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและลดอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของสเตซเซอร์ และโรเซนสต็อก (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเอง ทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ปฏิบัติ ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว จากการศึกษาดูตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ของสเตซเซอร์และโรเซนสต็อก (1997) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้มาจากการจับฉลากเลือกโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง

เพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไม่จำกัดโรคร่วม ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์แบบหาความสัมพันธ์ (Correlation point biserial model) ในการทดสอบแบบสองหาง (two tails) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .25 ($d = .25$) ตามผลการศึกษาของวันดี คำศรี (2549) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเท่ากับ .25 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 เนื่องจากมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ศึกษา และเพื่อให้ผลงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและความคลาดเคลื่อนน้อย คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 ราย ไม่มีการเพิ่มจำนวนเนื่องจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละราย

จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) จากผู้สูงอายุที่มา รับบริการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ วันละ 5 ราย ใช้เวลารายละ 30 นาที ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 13-03-2558 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 0032.223/0510 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เริ่มต้นการที่ผู้วิจัยแนะนำตนเองแก่ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัด

พระนครศรีอยุธยา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรับบริการของผู้ป่วยในคลินิก และข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างหลังจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยินยอมเข้าร่วมวิจัย เพื่อประเมินคัดเลือกผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยมีจุดตัดที่คะแนน ตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนประถมศึกษา และคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

- 2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลสุขภาพด้านการรับการรักษา

- 2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสเตซเซอร์ และโรเซนสต็อก (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น ต่อความเชื่อในการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม การรับรู้ความรู้แรงของโรคสมองเสื่อม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคสมองเสื่อม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับสูง (91-120 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-90 คะแนน) และระดับต่ำ (30-60 คะแนน) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .83 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .90

- 2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับสูง (14-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-13 คะแนน) และระดับต่ำ (0-6 คะแนน) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .90 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .85

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังจากนั้นนำมาแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและการกระจายของข้อมูล (Normality test) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติและได้พิจารณาองศาข้อมูลที่เป็น Outlier ออก แต่การกระจายของข้อมูลยังคงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation) โดย

ก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้จัดการข้อมูลอายุ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมให้เป็นข้อมูลระดับจัดอันดับ (Ordinal scale) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุระหว่าง 60-70 ปี (ร้อยละ 57.5) อายุเฉลี่ย 70 ปี ($\bar{x} = 70.45$, $SD = 6.48$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 87.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 61.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 70.0) ลักษณะครอบครัว อยู่ในครอบครัวขยาย มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน (ร้อยละ 52.5) กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 74.2) และได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี (ร้อยละ 98.3) พบโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 41.8) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 50) ช่วงระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-10 ปี (ร้อยละ 65) เฉลี่ยระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงคือ 11 ปี ($\bar{x} = 11.6$, $SD = 7.51$)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	99.81	11.74
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน		
1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	17.27	2.04
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	17.23	2.05
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม	16.78	2.32
4. การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	16.67	2.17
5. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	16.04	2.50
6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม	15.83	2.67

2. ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 99.81 ($SD = 11.74$) เมื่อพิจารณาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า มีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ($\bar{x} = 17.27$, $SD = 2.04$) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ($\bar{x} = 17.23$, $SD = 2.05$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ($\bar{x} = 16.78$, $SD = 2.32$) ด้านการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ($\bar{x} = 16.67$, $SD = 2.17$) และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม ($\bar{x} = 15.83$, $SD = 2.67$) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม พบว่า การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 16.04$, $SD = 2.50$) ดังนั้นเสนอในตารางที่ 1

พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยรวม อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมเฉลี่ย 15.67 (SD = 2.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมในระดับสูง คือ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ($\bar{x}$ = 3.51, SD = 0.70) การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}$ = 3.32, SD = 0.62) การเลือกรับประทานอาหาร ($\bar{x}$ = 3.31, SD = 0.74) และการออกกำลังกาย ($\bar{x}$ = 2.90, SD = 0.95) ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.63, SD = 1.02) ดังนำเสนอในตารางที่ 2

3. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม (r_s = 0.40, 0.33, 0.33, และ 0.30 ตามลำดับ) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยรวม	15.67	2.58
พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมรายด้าน		
1. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	3.51	0.07
2. การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	3.32	0.62
3. การเลือกรับประทานอาหาร	3.31	0.74
4. การออกกำลังกาย	2.90	0.95
5. การจัดการความเครียด	2.63	1.02

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	r_s
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.40
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม	.33
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	.33
การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม	.30
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	.29
การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	.24
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม	-.33

ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ($r_s = 0.29$ และ 0.24 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบ อยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ($r_s = -0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนำเสนอในตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยหรือเชื่อว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม และเพื่อการรับประทานอาหารเค็มหรือมีเกลือมาก การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องเป็นโรคสมองเสื่อม อายุที่เพิ่มมากขึ้น (Middleton & Yaffe, 2009; Richard et al., 2010) จะทำให้ตนเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของของ สเตชเชอร์ และโรเซนสต็อก (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรค การที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพนั้น อย่างน้อยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราณี สังชนะ (2552) และ เพลินพิศ สายวิชัย (2554) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภavn น้ำเกินของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการได้รับรู้อาการ และการดำเนินของโรคที่ชัดเจน จึงเชื่อว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะสามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Plassman et al., 2008; Ritchie et al., 2010) สนับสนุนแนวคิดของ สเตชเชอร์ และโรเซนสต็อก (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งข้อดีและข้อเสียในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ว่าเป็นการกระทำที่ดี เหมาะสม และมีประโยชน์ จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ของ เพลินพิศ สายวิชัย (2554) และ วรพงศ์ แซ่คู (2557) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภavn น้ำเกินของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือเชื่อว่าการเป็นโรคสมองเสื่อมจะทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (นงลักษณ์ คำบัวทอง, 2553) ครอบครัวและประเทศชาติต้องมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Polidori, Nelles, & Pientka, 2010) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ สเตชเชอร์และโรเซนสต็อก (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองก็ต่อเมื่อโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการหรือส่งผลกระทบต่อตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน รวมถึงครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ สายวิชัย (2554) และ วรพงศ์ แซ่คู (2557) ที่

พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมภาวะน้ำตาลในของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน และวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ สเตซเซอร์ และโรเซนสต็อก (1997) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสิ่งชักนำหรือแรงจูงใจทางบวก ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคอย่างยั่งยืน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ สเตซเซอร์และโรเซนสต็อก (1997) ที่กล่าวว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นทางบวกให้บุคคลเกิดแรงผลักดันที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวี ดวงแก้ว (2550) ที่พบว่า การรับรู้สิ่งจูงใจสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับ ปานกลางกับ พฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = -0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจาก

แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมเป็นข้อคำถามเชิงบวก ผู้ที่เห็นด้วยหรือมีคะแนนความเชื่อด้านนี้สูง อธิบายว่าบุคคลนั้นไม่มีอุปสรรคหรืออุปสรรคน้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ไม่เป็นอุปสรรคสำหรับตนเอง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติ พฤติกรรมที่สอดคล้องกับการป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ สเตซเซอร์และโรเซนสต็อก (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรค เป็นความรู้สึกหรือความคิดของ บุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ สายวิชัย (2554) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำตาลในของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำ ผลการวิจัยไปพัฒนาต่อยอดในการหาปัจจัยทำนาย รวมทั้งการ พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เน้นการส่งเสริมการรับรู้ ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติได้ ด้วยการให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการ เกิดโรคสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อลดปัญหาและ อุปสรรคที่จะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพควรมีการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงหรือผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เนื่องจาก โรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคสมอง เสื่อม และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารคดีราช, 45(6), 359-374.
- นงลักษณ์ คำบัวตอง. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาล สวน
ปทุม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทวดี ดวงแก้ว. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอเกาะคา จังหวัด
ลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์
มีเดีย.
- บุษบา คำสวน. (2554). ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมอง
เสื่อมของผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
วิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพลินพิศ สายวิชัย. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดในผู้สูง
อายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูง
อายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วิชาการ, 14(27), 137-150.
- โรงพยาบาลเสนา. (2557). รายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
เข้าถึงได้จาก http://192.168.212.200/hosxp/rpt_opd_patient_oapp.php
- วรพงศ์ แซ่คู. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการออกกำลังกายของประชาชนเขตเทศบาลเมือง
บ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันดี คำศรี. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยสาธารณสุข. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ
ตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิกโซลูชันส์.
- สุภาวดี ทองนอก, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และอัครอนงค์ ปราโมช. (2550). ผลของการออกกำลังกายแบบไท้เก๊กซึ่งต่อความจำ
ในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร, 34(4), 82-92.
- เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.

- อัจฉราณี สังชนะ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า*, 21(1), 1-11.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Flicker, L. (2009). Life style interventions to reduce the risk of dementia. *Maturitas*, 63, 319-322.
- Middleton, L. E., & Yaffe, K. (2009). Promising strategies for the prevention of dementia. *Archives of Neurology*, 66(10), 1210-1215.
- Miller, C. A. (2009). Nursing care of older adults (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Patterson, C., Feightner, J. W., Garcia, A., & MacKnight, C. R. (2007). General risk factors for dementia: A systematic evidence review. *Alzheimers Dement*, 3, 341-347.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., James, R. B., Michael, D. H., Guy, G. P., Willard L. R., David, C. S., John, J. M., Robert, B. W., & Robert, J. W. (2008). Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 148, 427-434.
- Polidori, M. C., Nelles, G., & Pientka, L. (2010). Review article-prevention of dementia: Focus on life style. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 10, 1-9.
- Richard, E., Ligthart, S. A., Moll van Charante, E. P., & van Gool, W. A. (2010). Vascular risk Factors and dementia-towards prevention strategies. *Netherlands Journal Medicine*, 68(10), 284-290.
- Ritchie, K., Carrière, I., Ritchie, C. W., Berr, C., Artero, S., & Ancelin, M. L. (2010). Designing Prevention programmes to reduce incidence of dementia: Prospective cohort study of modifiable risk factors. *British Medical Journal*, 341, 1-9.
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 31-43). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tadic, M., Cuspidi, C., & Hering, D. (2016). Hypertension and cognitive dysfunction in elderly: Blood pressure management for this global burden. *Biomed Central Article*, 16(1), 1-16.
- Travers, C., Martin-Khan, M., & Lie, D. (2009). Barriers and enablers of health promotion, prevention and early intervention in primary care: Evidence to inform the Australian national dementia strategy. *Australia Journal Ageing*, 28(2), 51-57.
- Tzourio, C., Dufouil, C., Ducimetiere, P., & Alperovitch, A. (1999). Cognitive decline in individuals with high blood pressure: A longitudinal study in the elderly epidemiology of vascular aging study group *Neurology*, 53, 1948-1952.