ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน*

ทิพวรรณ์ ประสานสอน พย.ม.** พรเทพ แพรขาว PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง กันยายน 2555 จากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 140 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.84 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยงในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.61$, $p< .05$)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการให้คำแนะนำที่มุ่งปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมาตรวจตามนัด

คำสำคัญ: การรับรู้การเกิดโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลที่เสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกา มีความสำคัญเพิ่มขึ้น ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ประมาณ 750,000 ราย/ปี และโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3[1] สำหรับประเทศไทย พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศรองจาก โรคหัวใจและโรคมะเร็ง ตามลำดับ[2] เช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา และพบอุบัติการณ์ 150,000 ราย/ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมาตลอด สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2550; 2551; 2552; 2553 และ 2554

** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

*** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 516, 547, 568, 659 และ 781 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตและระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองยังคงที่ ส่งผลกระทบทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการที่อาจจะหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 คน จะเสียชีวิต 20 คน ส่วนที่รอดชีวิต 80 คน จะมีความพิการสูงถึง 60 คน มีเพียง 20 คน เท่านั้นที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ[3]

โรคหลอดเลือดสมอง มี 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 75-80 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhage stroke) พบประมาณร้อยละ 20-25[4] ไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดใดก็ตาม หลังเกิดอาการผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบคุกคามคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว บางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงและก่อให้เกิดความพิการระยะยาว ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคม ในประเทศไทยความชุกของโรคหลอดเลือดสมองพบประมาณ 1,850 คน ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดถึงร้อยละ 70[5]

จากข้อมูลการให้การบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมารับบริการ ประมาณ 120-300 ราย/ปี โดยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทั้งหมดได้รับเข้ารักษาใน Stroke Unit จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน stroke unit ปี พ.ศ. 2552; 2553 และ 2554 จำนวน 178; 284 และ 416 ราย ตามลำดับ อาการสำคัญที่มาพบแพทย์เป็นความผิดปกติของระบบประสาท ที่พบดังนี้ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น อาการอ่อนแรงของขา แขน หรือใบหน้าการมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อนการพูดผิดปกติ เช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกัก ไม่เข้าใจคำพูด หรือพูดไม่ได้ ทันทีทันใดเวียนศีรษะ มึนงง บ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัวหรือล้มง่าย และความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายลดลง[6]

จากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีในปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปมาก มีการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังจะเห็นว่าบางครั้งจะเรียกโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเฉียบพลันว่า “Brain attack” เพื่อให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่ต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน จากรายงานการศึกษาวิจัยของ PVS Rana[7] เรื่อง Early management of acute ischemic stroke: review of literature and proposed guideline ได้กล่าวถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยตระหนักถึงหลัก 5 Rs คือ recognition, reaction, response, reveal และ reperfusion ทางด้าน American Heart Association (AHA) และ American Stroke Association(ASA) ได้ออกแนวทางปฏิบัติสำหรับประชาชน เรียก “Stroke Chain of Survival” ซึ่งประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ 1) ให้มีการวินิจฉัยและปฏิบัติต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็ว 2) ให้การบริการภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว 3) มีการแจ้งข่าวก่อนมาโรงพยาบาล และให้การรับส่งเป็นผู้ป่วยในอย่างรวดเร็ว 4) ให้การวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว[8,9]

จากที่กล่าวมา จะพบว่า ความสำคัญ ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังเกี่ยวกับการรับรู้การตระหนักถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโดยนำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต๊อก[10] เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้การเกิดโรคหรือภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน

โรค 4) การรับรู้อุปสรรค และ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มาอธิบายถึงการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องทำความเข้าใจกับการรับรู้ และพฤติกรรมของบุคคลกลุ่มเสี่ยง เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องตามการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อให้ทราบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการให้การดูแลและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของบุคคลกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต๊อก เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้การเกิดโรคหรือภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรค และ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคได้ โดยการรับรู้การเกิดโรคที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่องตามมา ดังนั้นบุคคลกลุ่มเสี่ยง รับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ก็จะทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยง รับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งถือเป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง ก็จะส่งผลทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาด้วยเช่นกัน โดยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต(Lifestyle modification) เป็นพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยไม่ใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการควบคุมอาหาร 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการรับประทานยา 4) พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และ 5) พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด[11]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกเข้าโดยใช้เกณฑ์ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นแบบ atrial fibrillation บุคคลที่สูบบุหรี่ และ/หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ช่วงเดือน มีนาคม 2555 ถึง เดือน กันยายน 2555 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)[12] จำนวน 140 ราย

เครื่องมือในการวิจัย ส่วนที่ 1) แบบบันทึกลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บทบาทหน้าที่ทางสังคม โรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว การสูบบุหรี่ และ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2) แบบสอบถามการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง ส่วนที่ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรค เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีผู้ช่วยวิจัย

ที่ผ่านการทดลองการใช้เครื่องมือ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลตามขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ระยะเวลากับผู้ถูกวิจัย ประมาณ 30 ถึง 45 นาที รวมทั้งการแจ้งสิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย และเซ็นอนุญาตให้เก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยได้รับการอนุมัติเลขที่ HE541278 อนุมัติวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ขั้นตอนและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์สถิติต่อไปนี้ 1) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) วิเคราะห์ข้อมูลของคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 95%CI 3) วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation co-efficient)[13]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลกลุ่มเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 140 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว อาการอื่น ๆ ร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงร้อยละ 52.9 เพศชายร้อยละ 47.1 อายุเฉลี่ย 49.6 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมดร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือสถานภาพโสดร้อยละ 25.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มากที่สุดร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 55.7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเฉลี่ย 38,535.7 บาท อาการอื่น ๆ ร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะร่วมด้วย ร้อยละ 87.9 รองลงมาการมองเห็นผิดปกติ/ตาพร่ามัว/เห็นภาพซ้อน และแขน/ขา อ่อนแรง /เคลื่อนไหวไม่ได้ ร้อยละ 7.9 และ 5.0 ตามลำดับ

2. ข้อมูลการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=2.47, SD=0.20) เมื่อพิจารณาการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคการรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\overline{X}$=2.58, SD=0.49; $\overline{X}$=2.54, SD=0.47; $\overline{X}$=2.51, SD=0.07; $\overline{X}$=2.33, SD=0.18; $\overline{X}$=2.32, SD=0.11 ตามลำดับ)

3. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ระดับสูง ($\overline{X}$=2.99, SD=0.35) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดในระดับสูง ($\overline{X}$=3.11, SD=0.64; $\overline{X}$ =2.76, SD=0.97; $\overline{X}$=3.42, SD=0.22; $\overline{X}$ =0.37, SD=0.24 ตามลำดับ) ในขณะที่พฤติกรรมการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.45, SD=0.23)

4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน การรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยรวม อยู่ในระดับสูง (r=0.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ความรุนแรง

ของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (r=0.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

1. การรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=2.47, SD=0.20) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.9 เป็นผู้หญิง มีช่วงอายุ ระหว่าง 24-74 ปี สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.6 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 70.7 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 55.7 ผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของบุคคลกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ที่เกิดการรับรู้และเข้าใจการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง มีความพร้อมในการรับรู้การเกิดโรค มีประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วยเป็นเวลา มากกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นระยะที่มีการปรับตัวและแสวงหาข้อมูล[14] เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ถูกต้อง ทำให้มีการรับรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานะภาพสมรสคู่ มีการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่คอยให้ข้อมูลเพิ่มเติมทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพครบถ้วน[15] กลุ่มตัวอย่าง เข้ารับการรักษาโดยสิทธิการรักษา ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 82.1 จึงทำให้ไม่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งชักนำและการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้เกิดการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันถูกต้อง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือมากกว่า ร้อยละ 70.7 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเจ็บป่วยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปได้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะ พร้อมที่จะเข้าใจและเห็นความสำคัญของการควบคุมป้องกันโรค จึงยอมรับว่าการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งที่ดี

ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคด้วยการรับประทานยาได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของศศิธร อุตตะมะ[17] ที่ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ด้านพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 55.7 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 70.7 มีความมั่นใจในการจัดการความ เครียด และรู้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับสภาพ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการรับรู้ว่าความเครียดเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดการความเครียดได้ อาจส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สินีนาฏ อนุสกุล[18] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพถูกต้องร้อยละ 98.0 และรับรู้การจัดการความเครียด สามารถทำให้ลดความดันโลหิตลงได้

ด้านพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่และปฏิบัติงาน ที่มีความรับผิดชอบหลายด้าน ทั้งด้านการงาน ครอบครัว สังคม ซึ่งอาจจะเป็นส่วนที่ทำให้พฤติกรรมการมา

ตรวจตามนัด ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ อรพินน์ กายโรจน์[19] ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทำให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อว่าการรักษาของแพทย์จะช่วยให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้นและการมาตรวจตามนัดสามารถติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นการไม่มาตรวจตามนัดทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้โรคอาจจะกำเริบและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า ค่าคะแนนการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยรวมกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับสูง แสดงว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันดี ดังการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์[20] ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .50 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงหรืออันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน บุคคลนั้นพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน[10,20,21]

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้ดี

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของบุคคลกลุ่มเสี่ยง แต่เมื่อพิจารณา ประเด็นย่อยแล้ว บางประเด็นไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทั้งทางด้าน อาชีพ ระดับการศึกษาและพื้นฐานด้านครอบครัว

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยให้ข้อมูลและส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้เกิดความเชื่อในด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ จะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในด้านของการให้ข้อมูล การวางแผนป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Pornput Thumsarod. Ischemic Stroke. Bangkok: Faculty of medicine. Thammasat University; 2007.
2. Prasat Neurological Institute. Guideline for treatment ischemic stroke. Bangkok: Institute; 2007.
3. Samhanvong P, Binhozen V, Pukdee N. Situation of Stroke Management at Emergency Unit Bumrungrad international hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division 2012; 30(2): 73-81.

4. Pikun Leela. Nursing care of stroke. Bangkok: Emergency unit Wungphong Hospital Phetchabun; 2008.
5. Department of Health Ministry of Public Health. Thai-mental health 2000-2001. Bangkok; 2009.
6. Srinagarind Hospital. Statistic 2009. Khon Kaen: emergency department. Faculty of medicine Khon Kaen University; 2011.
7. PVS Rana. Early management of acute ischemic stroke: review of literature and proposed guideline. Kathmandu University Medical Journal 2004; 2(1): 55-66.
8. American Heart Association. Primary prevention of stroke: a ststement for Health care professional from the Stroke Council of The American Heart Association. Stroke 2010; 32: 280-317.
9. American Stroke Association. Guideline for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke: The Guideline from the American Heart Association/ American Stroke Association Stroke Council: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an education tool for neurologists. Stroke 2010; 38: 1655-1711.
10. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. In M.H. Backer (Ed.). The Health Belief Model and Personal Behavior. New Jersey: Charle B. Slack; 1974.
11. Gregoire JR. Update on the management of hypertension: Initial evaluation and lifestyle interventions for patients with hypertension. Cardiovascular Reviewer & Reports 2004; 25(3): 124-125.
12. Wunchanok Chuntachum. Nursing research: Population and sample. Khon Kaen: Faculty of Nursing Khon Kaen University; 2008.
13. Arun Chirawutanakun. Biostatistics for health research. Khon Kaen: Faculty of public health Khon Kaen University; 2008.
14. Kerr J, Weitkunat R, Moretti M. ABC of behavior change: A guide to successful disease prevention and health promotion. Philadelphia: Elsevier; 2005.
15. Sarunya Pijan. The support from nurse and health behavior of hypertensive patient at Saketdoi Hospital Chiang Mai . [IS]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004.
16. Arunya Namvong. Protectly behaviors of chemotherapy nurse at maharaj-nakornchaingmai. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1999.
17. Sasithorn Udtama. Health belief and behavior of drug in hypertensive patients' Chaingdow Hospital. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2006.
18. Sinenad Anusakun. Factors of perception in hypertensive patients' Maewong hospital Chiang Mai. [IS]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2001.
19. Orapin Guyroch. Affects of self efficacy and prediction outcome by middle-aged hypertensive women. [Thesis]. Songkla: Songkla University; 1999.
20. Chaturong Pradit. The correlation between health belief and behaviors of diabetic patients at kumphaengpet hospital. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2001.
21. Sukkhumanpitak J, Nantsupawat W, Hornboonherm P. Development of a Care Model for Male Stroke Patients in Secondary Hospital Using A Participatory Action Research. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 32-38.
22. Imsuk K. Effects of a Multidisciplinary Developmental Care Model in Patients with Stroke at Chao Phya Abhaibhubejhr. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(3): 15-24.

The Correlation between Perception of Risk and Prevention Behaviors among Persons at Risk of Acute Stroke*

Tipawan Prasanson M.N.S.** Pornthep Pearkao PhD***

Abstract

This study employed descriptive research to investigate the correlation between perceptions of risk to have acute stroke with related preventive behaviors among people who are at risk. Target population was people who received care at accident and emergency outpatient unit at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. This study was conducted from March to September 2013. Purposive sampling technique was used to select 140 subjects into the study. Research instruments included: 1) acute stroke risk perception questionnaire that had a content validity index (CVI) of 0.89 and reliability score of 0.81 and 2) acute stroke related preventive behavior questionnaire that had a CVI of 0.84 and reliability score of 0.79.

Findings demonstrated that people who are at risk for acute stroke had overall perceptions of their risk for having stroke at high level. However, when considering dimensionally, the perceptions of disease complications and severity of disease were high whereas, the perceptions of treatment and prevention benefits, barriers, and motivation to action were low. The overall preventive behaviors among at risk group were high. Nevertheless, only diet control, exercise, medication taking, and stress management behaviors were at high level. Medical follow-up behavior was at moderate level. Additionally, it was found that perceptions of having acute stroke risk was positively highly related with acute stroke preventive behaviors ($r = 0.61$, $p < .05$) among this group.

This study suggested that healthcare provider should develop intervention for clients who have risk for stroke to improve their perceptions of treatment and prevention benefits, barriers, and motivation to action aiming to improve their preventive behaviors, especially for medical follow-up.

Keywords: perception of risk, prevention behaviors, persons at risk, acute stroke

---

** Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University*

*** Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*