



การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกและการตระหนักรู้ของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เบญจวรรณ จันลาวงค์ พย.ม.¹

พรพรรณ พลเสน พย.บ.²

กัลยารัตน์ ญาติธรรม พย.บ.²

ชนิดาภา มูลสาร พย.บ.²

(วันรับบทความ : 18 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 18 ตุลาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 29 ตุลาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกและการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 104 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงภายนอกส่วนที่ 3 การตระหนักรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ส่วนที่ 4 ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96, 0.78 และ 0.93 ตามลำดับ และความเชื่อมั่นทั้งหมด เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมใช้สถิติ Chi- squared test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้กับทัศนคติต่อพฤติกรรมใช้สถิติ Spearman's rank correlation

ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงภายนอกเดียวที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกัน พบว่า ความเชื่อ ($r = 0.43$) และการปฏิบัติตน ($r = 0.31$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ข้อเสนอแนะ คือ ทีมสุขภาพควรเน้นการลดความเครียดและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการป้องกันรวมถึงสนับสนุนการปฏิบัติตนที่ถูกต้องควบคู่ไปกับการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยงภายนอก ความตระหนักรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

¹อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Benjawan_chan@vu.ac.th Tel: 089-4288849



The Relationships Between External Risk Factors and Awareness of Stroke on Attitude of Stroke Recurrent Preventative Behavior in Patients with Stroke

Benjawan Chanlawong M.N.S.¹

Phonphan Phonsen N.S.²

Kulyarat Yattum N.S.²

Chanidapa Moonwisan N.S.²

(Received Date: August 18, 2025, Revised Date: October 18, 2025, Accepted Date: October 27, 2025)

Abstract

This correlational research aimed to investigate the relationships between external risk factors, awareness of stroke recurrence, and attitudes toward recurrence prevention behaviors among stroke patients at Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province. A purposive sample of 104 participants was recruited. Data were collected between March and April 2024 using a four-part questionnaire including sections on Personal Data, External Risk Factors, Awareness for Recurrence Prevention, and Attitudes toward Recurrence Prevention. The questionnaire demonstrated high reliability, with section reliabilities of 0.96, 0.78, and 0.93, respectively, and an overall reliability of 0.88. Data analysis involved descriptive statistics (frequencies, percentages, means, standard deviations). The relationships between external risk factors and behavioral attitudes were analyzed using Chi-squared tests, while the relationships between awareness and behavioral attitudes were analyzed using Spearman's rank correlations.

The findings revealed that stress was the only extrinsic risk factor significantly associated with the participants' attitudes toward recurrent stroke prevention behaviors ($p < .05$). Regarding the relationship between awareness of stroke occurrence and attitudes toward prevention behaviors, the results indicated that beliefs ($r = 0.43$) and self-practices ($r = 0.31$) had moderate positive correlations with the participants' attitudes toward prevention behaviors with statistical significance ($p < .01$). In contrast, knowledge about the disease was not significantly associated with their attitudes toward prevention behaviors ($p > .05$). The study suggests that health teams should emphasize stress reduction and strengthen self-efficacy (or confidence in prevention), as well as support correct self-practices. This should be provided alongside health education to promote a positive attitude toward recurrence prevention.

Keywords: external risk factors, awareness, attitude toward recurrence prevention behaviors

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhonratchasima Province, Thailand.

²Registered Nurse, Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand.

¹Corresponding Author, Email: Benjawan_chan@vu.ac.th. Tel: 089-4288849



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง ไม่ว่าจะเป็นการอุดตัน ตีบ หรือ แตก ซึ่งมักมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง¹ องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งใน สาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากข้อมูล Global Stroke Fact Sheet 2025² พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองและสาเหตุหลักอันดับสามของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ² ในช่วงปี ค.ศ.1990 ถึง ค.ศ.2021 มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 และผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 44 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าภายในปี ค.ศ.2050² ปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง มลพิษทางอากาศ น้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านพฤติกรรมมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความร้อนในผู้สูงอายุซึ่งจะเพิ่มภาวะเครียดโดยเฉพาะอายุมากกว่า 65 ปี เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 85 ระหว่างปี ค.ศ.2000-2004³

เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจกับโรคหลอดเลือดสมองในช่วงปี ค.ศ.1990-2015 พบว่าแนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากกว่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของสุขภาพประชากรโลก สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงานในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 124,079 คน และในปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยมากถึง 349,126 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 34,900 คน อัตราต่อประชากรเสียชีวิต (ประมาณการ) 51 คน ต่อ 100,000 คน⁴ ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ.2566 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 18,829 ราย แยกเป็น 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา 7,423 คน (ร้อยละ 39.42) บุรีรัมย์ 4,582 คน (ร้อยละ 24.33) สุรินทร์ 3,829 คน (ร้อยละ 20.34) และชัยภูมิ 2,995 คน (ร้อยละ 15.91) ข้อมูลกรมควบคุมโรค⁵ ปัญหาที่พบคือการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น และผู้รอดชีวิตลดลง⁶ ดังข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า การกลับเป็นซ้ำมีถึงร้อยละ 7.10-11.10 ภายใน 24 ชั่วโมง¹ และการศึกษาของ ปิยะนันท์ เทมพร และคณะ⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเสี่ยงสูงของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากผู้ป่วย 3,135 ราย พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นซ้ำคิดเป็นร้อยละ 16.19 การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสพิการที่รุนแรงมากขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเป็น 2 เท่า ถึงร้อยละ 56.20 หากมีการเกิดซ้ำในครั้งที่สาม อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 ความชุกของการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 16 ระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ 1-5 ปี

ดังนั้นควรต้องวางแผนนโยบาย⁸ ให้การดูแลและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้น เพราะโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วมีโอกาสพิการได้ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพควรส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นรวมถึงการเข้าถึงบริการป้องกันที่เท่าเทียมกันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุนิ เจริญศิลป์⁹ พบว่า พฤติกรรมจะช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย เป็นต้น โดยเฉพาะการออกกำลังกายจะช่วยลดความเสี่ยงการจัดการความเครียด เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการรับมือกับความเครียด เพราะความเครียดจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจตนเองมีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนโดยรวม ที่กล่าวมาจะเกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้ต้องมีความตระหนักรู้ เพื่อปรับพฤติกรรมจะเกิดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ ดังงานวิจัยที่ได้ศึกษาถึงระดับวิทยาของสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในประชากรไทย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น นอกจากนี้มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมและอัตราการว่างงานล้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยและทำให้ขาดความสนใจตนเองเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยธนภูมิ ทวีผล และคณะ¹¹ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการระยะยาวอันดับต้น ๆ ผลการศึกษารูพบว่า



อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้น ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 1.88 โดยพบมากในเพศชาย อายุเฉลี่ยที่เกิดโรคคือ 65 ปี² ผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา จากแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมาก่อน¹² พบว่าการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไม่เพียงพอ ควรมีปัจจัยภายนอกอื่น เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ และการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ.2014-2018 เป็นการศึกษาภาคตัดขวางทั่วประเทศ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรพล สมุทรพงศ์ธร และคณะ¹⁴ พบว่ากลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศไทยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย เช่น อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว เป็นต้น จะมีอัตราการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพ การฟื้นตัวหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำเพื่อลดการสูญเสีย ดังนั้นบุคลากรแพทย์ พยาบาล รวมถึงผู้ดูแลทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านต้องมีความพร้อมและต้องปรับตัวกับการเป็นผู้ดูแลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ บัญชานนท์ และคณะ¹⁶ พบว่าปัจจัยด้านการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 37.90 ($p < .01$) การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดสมองยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมถึงการควบคุมเบาหวาน การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการไขมันในเลือด และโดยเฉพาะการควบคุมความดันโลหิต การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ การลดระดับคอเลสเตอรอล และการควบคุมความดันโลหิต ควรให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเห็นความสำคัญของการตระหนักรู้และพฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยเสริมสร้างการตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพที่ต้องเผชิญกับความกลัวต่อความเสี่ยงในภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้เพิ่มการป้องกันตนเองเพื่อไม่กลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้¹⁷

ในจังหวัดนครราชสีมามีโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก เปิดให้บริการ 275 เตียง ให้บริการจริง 300 เตียง เปิดบริการศูนย์โรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 16 เตียง โดยรับผู้ป่วยรายใหม่ในเขตรับผิดชอบและกลับมารักษาซ้ำจากเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา¹⁸ พบว่า ปี พ.ศ.2565 และ 2566 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น 972 และ 1,128 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 7 คน เป็น 15 คน ตามลำดับของปี พ.ศ.2565 และ 2566 จำนวนผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16 เฉลี่ยต่อเดือน 94 คน ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มอาการเมตาบอลิกและหัวใจเต้นผิดจังหวะ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา มีดังนี้ 1) ความไม่ชัดเจนของปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นซ้ำในบริบทเฉพาะแม้ว่าศูนย์โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ได้ให้ความรู้ตามแนวทางของสถาบันโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยทุกรายเพื่อนำไปดูแลตนเองที่บ้านแล้วแต่ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จาก 7 คน เป็น 15 คน ในปีพ.ศ. 2565-2566) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าอาจมีปัจจัยหรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการศึกษาและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ 2) การขาดการศึกษาความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างปัจจัยต่าง ๆ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นเพียงการเก็บข้อมูลเบื้องต้นและมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยแต่ละด้านแยกต่างหากแต่ยังขาดการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอก การตระหนักรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างเป็นระบบและครบถ้วน 3) การขาดข้อมูลเฉพาะในบริบทพื้นที่ แม้ว่าจะมีการศึกษาในระดับประเทศแต่ยังขาดการศึกษาที่เจาะจงในบริบทของเขตสุขภาพที่ 9 โดยเฉพาะจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในเขต (ร้อยละ 39.42)



4) การขาดแนวทางการป้องกันที่ตรงกับความต้องการจริง ปัจจุบันยังไม่มีarviเคราะห์เชิงลึกว่าปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกและการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา การวิจัยนี้มีความสำคัญเพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้ที่ขาดหายไปในการเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการเป็นซ้ำในบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมตรงกับปัญหาและความต้องการที่เป็นจริงของผู้ป่วยและเพื่อลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้วิจัยเชื่อว่าการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ปรับวิธีการให้บริการตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญจริง ๆ บุคลากรทีมสุขภาพจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการสร้างการตระหนักรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลสำหรับทีมสุขภาพที่ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้นำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตรงกับปัญหาที่พบ เพื่อสู่การปฏิบัติตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยลดผลกระทบที่รุนแรงและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยเสี่ยงภายนอก ได้แก่ ความเครียด โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว การมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร
2. การตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

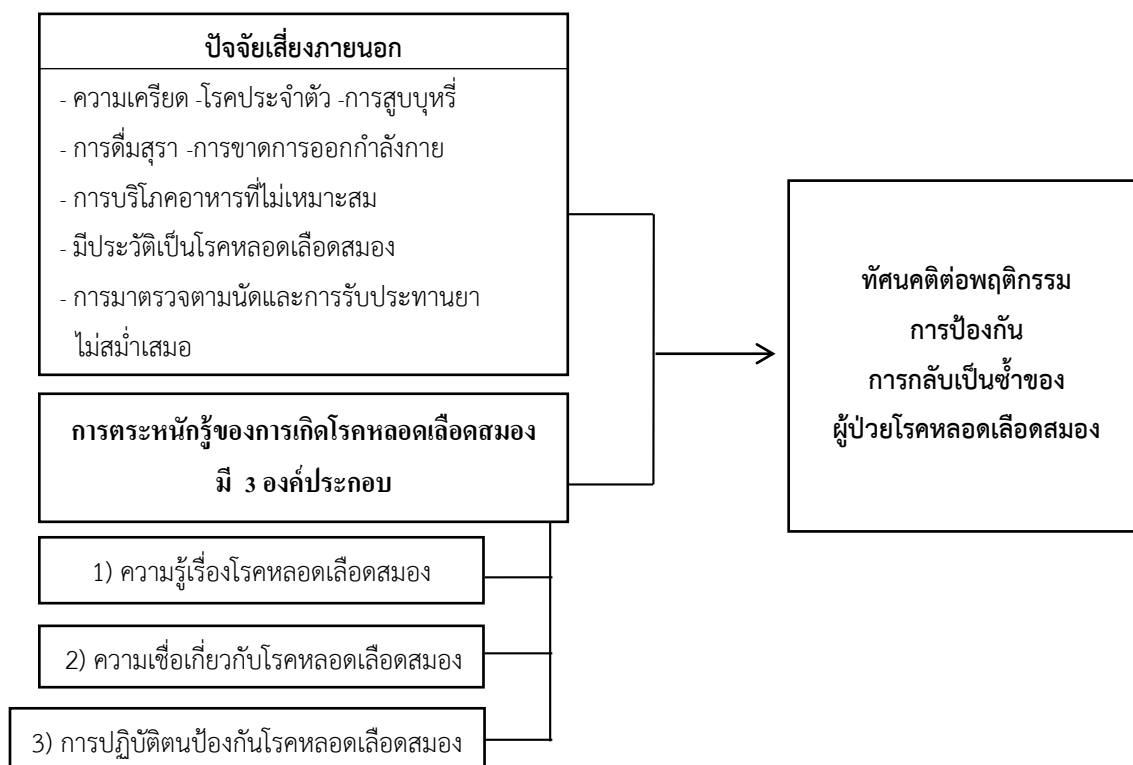
สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยเสี่ยงภายนอก ได้แก่ ความเครียด โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว การมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน
2. การตระหนักรู้ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ KAP model เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice: KAP) โดยเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตน ที่มีผลต่อความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่ไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงของโรค ที่เป็นปัจจัยภายนอกและบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ความเครียด การรักษาโรคประจำตัว (โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยภายนอก (External risk factors) และการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Awareness of stroke) ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent preventive behavior) ดังภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบสหความสัมพันธ์ (Correlational research design) รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมารับการรักษาในศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จำนวน 1,128 คน



กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposively sampling) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ยามาเน¹⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ขนาดความคลาดเคลื่อน (e) = 0.10 จำนวน 92 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10 คน ดังนั้นได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน

มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
- 2) สื่อสารเข้าใจ สามารถให้ข้อมูลได้
- 3) ผู้ป่วยให้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางสมองจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 2) ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนหรือโรคที่มีความรุนแรงที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น

มีเกณฑ์การยุติการศึกษา ดังนี้

- 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียชีวิต
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง Body mass index และประวัติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงภายนอก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบมีหรือไม่มี ให้ระบุในปัจจัยเสี่ยงที่มี ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ ความเครียด, โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ) กรณีไม่มีโรคดังกล่าว ให้ระบุเพิ่ม, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา, การออกกำลังกาย, การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม, ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว และ การมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตระหนักรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ กันยารัตน์ บัญชานนท์¹⁷ โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 13 ข้อ มีลักษณะคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบ ใช่ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ ความรู้อยู่ในระดับต่ำ 0-5 คะแนน ระดับปานกลาง 6-10 คะแนน ระดับสูง 10-13 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ คะแนนเต็ม 22 คะแนน กำหนดแบบมาตราส่วนประมาณค่าวัดเป็น เห็นด้วยที่สุด เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้ ข้อความที่มีความหมายทางบวก (ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9 และ 11) เห็นด้วยที่สุด 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย 0 คะแนน ข้อความที่มีความหมายทางลบ (ข้อที่ 6, 8 และ 10) เห็นด้วยที่สุด 0 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนนการแปลผลคะแนน ดังนี้ ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 0-8 คะแนน ระดับปานกลาง 9-16 คะแนนระดับสูง 17-22 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 18 คะแนน กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) วัดเป็นปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้ ข้อความที่มีความหมายทางบวก (ข้อที่ 4, 5, 6, 8, 9) ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน ข้อความที่มีความหมายทางลบ (ข้อที่ 1, 2, 3, 7) ปฏิบัติเป็นประจำ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 2 คะแนนการแปลผลคะแนน ดังนี้ การปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี 0-6 คะแนน ระดับปานกลาง 7-12 คะแนน ระดับสูง 13-18 คะแนน



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามของ กันยารัตน์ บัญชานนท์¹⁷ ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด จำนวน 22 ข้อ โดยมีข้อความที่เป็นด้านบวก จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางแบบก้ำกึ่ง 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน การแปลผล ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำระดับต่ำ 22-36 คะแนน ระดับปานกลาง 37-51 คะแนน ระดับสูง 52-66 คะแนน และนำมาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยตรงตามเนื้อหา ทดสอบความเที่ยงตามหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณมี 2 วิธีดังนี้

1. การทดสอบความแม่นยำตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงภายนอกได้รับการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตระหนักรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำที่ผู้วิจัยใช้ของ กันยารัตน์ บัญชานนท์¹⁷ มีความตรงตามเนื้อหา 0.96 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความตรงตามเนื้อหา 0.94

2. การทดสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อหาความเที่ยงตรง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการตระหนักรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.78 และ 0.93 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงแบบสอบถามรวมเท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 082/2567 เมื่อผ่านความเห็นชอบและได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้นเอกสารจะถูกทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร ผู้วิจัยจะนำเสนอผลของการศึกษาวิจัยในภาพรวมและเผยแพร่ได้ 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน โดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว คณะผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน-เวลาเพื่อขออนุญาต นำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา มอบเอกสารชี้แจงและใบลงนามยินยอมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม และขอให้นำกลับมาส่งตามวันที่นัดหมาย ให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยคณะผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามไว้สำหรับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ทำแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในระหว่างนั้นหากเกิดความสงสัยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถสอบถามได้ หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามแล้ว คณะผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบ สอบถาม หากพบว่ายังมีคำตอบไม่ครบ คณะผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ผู้ป่วยตอบให้ครบถ้วนเรียบร้อยอีกครั้งหนึ่ง นำข้อมูลที่ไดจากการตอบแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistical package for the social sciences ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอก ได้แก่ ความเครียด โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว การมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ กับทัศนคติต่อพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Chi-squared test

3. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation

1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ อายุระหว่าง 61-80 ปี (Mean = 61.08 ปี , S.D. = 16.06) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.96 สถานภาพสมรสร้อยละ 70.19 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 52.88 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 30.77 รองลงมาคืออาชีพทำการเกษตรร้อยละ 29.80 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-24.99 kg/m² ร้อยละ 57.69 และรองลงมา 25.50-29.99 kg/m² ร้อยละ 21.15 ลำดับสุดท้าย คือ มากกว่า 35 kg/m² ร้อยละ 1.92 กลุ่มตัวอย่างมีญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ไม่มีจำนวน 73 คน (ร้อยละ 70.19) มีจำนวน 31 คน (ร้อยละ 29.81) ตามลำดับ

2) ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดร้อยละ 27.88 ส่วนใหญ่มีโรคอื่นร่วมด้วย คิดเป็น ร้อยละ 61.54 บางคนมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค จำแนกได้ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง 42 คน โรคเบาหวาน 28 คน โรคไขมันในเลือดสูง 29 คน และโรคหัวใจ 7 คน และพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมอร้อยละ 73.08 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 12.50 และยังคงสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 17.31 เคยดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 20.19 และยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 14.42 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ออกกำลังกาย/ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอร้อยละ 68.27 มีการรับประทานอาหารเหมาะสมร้อยละ 74 และมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร้อยละ 38.46

3) ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 104)

ปัจจัยเสี่ยงภายนอก	Chi-square	p-value
ความเครียด (Stress)	24.36	.03*
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	22.06	.58
โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)	22.30	.56
โรคไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)	22.58	.55
โรคหัวใจ (Heart disease)	12.27	.98
การสูบบุหรี่ (Smoking)	58.15	.15
การดื่มสุรา (Alcohol consumption)	60.29	.11
การออกกำลังกาย (Exercise)	24.28	.45
การรับประทานอาหาร (Diet)	12.35	.50
ประวัติโรคสมองขาดเลือด (History of ischemic stroke)	26.06	.35
การมาตามแพทย์นัดและการรับประทานยา (Medical appointment Attendance and Medication adherence)	30.14	.18

หมายเหตุ: *p< .05



3.1 จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงภายนอกได้แก่ ความเครียด มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญระดับทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และการมาตามนัดแพทย์และการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตน และทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 104)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ	ร้อยละ
1. ความรู้ (Knowledge)	10.46	3.54	สูง	68.30
			ปานกลาง	19.20
			ต่ำ	12.50
			รวม	100
2. ความเชื่อ (Beliefs)	15.35	3.97	ปานกลาง	54.80
			สูง	37.50
			ต่ำ	7.70
			รวม	100
3. การปฏิบัติตน (Self-care practices)	9.52	2.59	ปานกลาง	73.10
			สูง	15.40
			ต่ำ	11.50
			รวม	100
4. ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behaviors)	59.05	8.46	สูง	85.60
			ปานกลาง	7.70
			ต่ำ	3.80
			รวม	97.10*

3.2 จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 104 คน สรุประดับคะแนนของตัวแปรได้ดังนี้

3.2.1 ความรู้ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean = 10.46, S.D. = 3.54) เมื่อพิจารณาตามการจัดระดับ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 68.30 มีความรู้ในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.20) และระดับต่ำ (ร้อยละ 12.50) ตามลำดับ

3.2.2 ความเชื่อ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 15.35, S.D. = 3.97) เมื่อพิจารณาตามการจัดระดับ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.80 มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 37.50) และระดับต่ำ (ร้อยละ 7.70) ตามลำดับ

3.2.3 การปฏิบัติตน โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.52, S.D. = 2.59) เมื่อพิจารณาตามการจัดระดับ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.10 มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 15.40) และระดับต่ำ (ร้อยละ 11.50) ตามลำดับ



3.2.4 ทักษะการปฏิบัติตน โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการปฏิบัติตนป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean = 59.05, S.D. = 8.46) เมื่อพิจารณาตามการจัดระดับ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 85.60 มีทักษะการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูงอย่างชัดเจน รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.70) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.80) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับทักษะการปฏิบัติตนป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (n= 104)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรู้ (Knowledge)	1.00			
2. ความเชื่อ (Beliefs)	0.18	1.00		
3. การปฏิบัติตน (Self-care practices)	0.09	0.38**	1.00	
4. ทักษะการปฏิบัติตน (Attitude toward behaviors)	0.15	0.43**	0.31**	1.00

หมายเหตุ: ** $p < .01$

3.3 จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการตระหนักรู้กับทักษะการปฏิบัติตนป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดังนี้

3.3.1 ความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับทักษะการปฏิบัติตนโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.15$ ความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งแปลว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงไม่ได้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของทักษะการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญ

3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับทักษะการปฏิบัติตน พบว่าความเชื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับทักษะการปฏิบัติตน โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ $r = 0.43$ ความสัมพันธ์นี้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งแปลว่า เมื่อผู้ป่วยมีระดับความเชื่อต่อการเกิดโรคหรือการป้องกันสูงขึ้น (เช่น เชื่อว่าโรคป้องกันได้ หรือเชื่อ ว่าตนเองมีความสามารถในการป้องกัน) จะมีทักษะการปฏิบัติตนต่อการปฏิบัติตนมากขึ้นตามไปด้วย

3.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนกับทักษะการปฏิบัติตน พบว่า การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับทักษะการปฏิบัติตน โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ $r = 0.31$ ความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งแปลว่า เมื่อระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น ทักษะการปฏิบัติตนต่อการปฏิบัติตนก็จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกใน ระดับปานกลาง โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.38$ และมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่าความเชื่อมีส่วนผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตน

3.3.5 ความรู้มีความสัมพันธ์กับความเชื่อ ($r = 0.18$) และการปฏิบัติตน ($r = 0.09$) ในระดับต่ำและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าในกลุ่มตัวอย่างนี้ความรู้ที่ได้รับอาจยังไม่เพียงพอที่จะแปลผลไปสู่การเปลี่ยนแปลงความเชื่อหรือการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงภายนอกกับทักษะการปฏิบัติตนป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติตนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญระดับทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .03$) ทั้งนี้เนื่องจากผลของความเครียดที่เกิดขึ้นจะเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งที่กำลังเผชิญ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ด้านร่างกายบุคคลอาจมีความอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ด้านจิตใจอาจรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดรำคาญ การตอบสนองเหล่านี้ทำให้บุคคลอาจขาดความสนใจหรือใส่ใจต่อความเชื่อหรือทักษะการปฏิบัติตนต่อการปฏิบัติตนป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stults-Kolehmainen และ Sinha²⁰ พบว่า



การเผชิญกับความเครียดโดยส่วนใหญ่จะบั่นทอนความพยายามในการดูแลตนเองด้านกิจกรรมทางกาย และการศึกษาของ สุนันทา ตังนิตพิงศ์ และคณะ²¹ ได้ศึกษาถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นโรคร้ายแรงที่ทำให้เกิดความพิการและการพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ผู้รอดชีวิตเกิดความเครียดและขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองผู้ป่วยควรได้รับการดูแลสุขภาพทางจิตพร้อมที่จะรับมือกับความเครียดซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูได้ และ การศึกษาของ เอกพลพลเดช เดชแก้ว และคณะ²² ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตรวจติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 107 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.71, p < .001$; $r = 0.64, p < .001$ ตามลำดับ) และความเครียดในการดำเนินชีวิตสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.66, p < .001$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ส่วนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำแต่ไม่มีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าการที่บุคคลมีการตระหนักรู้ด้านความเชื่อและการปฏิบัติตน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากความเชื่อเป็นความรู้สึก การยอมรับคำอธิบายของเหตุการณ์และปรากฏการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่บุคคลได้รับรู้และเรียนรู้จนเป็นความคิดที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจที่จะต้องปฏิบัติพฤติกรรม ความเชื่อเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบุคคล จากการศึกษาของ ธนาภรณ์ ปิ่นแก้ว และคณะ²³ พบว่า การใช้โปรแกรมที่พัฒนาโดยอิงตาม Health belief model เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (เช่น พฤติกรรมการกิน การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการเตือน) ดังนั้นความเชื่อ จะเป็นแรงจูงใจพื้นฐานให้เกิดทัศนคติที่ดีสู่การปรับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเอง เพื่อไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุณี เจริญศิลป์⁹ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 138 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.42$ และ 0.36 ตามลำดับ, $p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ³ ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในโรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 351 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = -0.68, p < .01$) การรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$ และ $0.56, p < .01$)

ส่วนของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าอาจเกิดจากการที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือการให้ความสำคัญกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยลง เนื่องจากบางคนไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ เพราะไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง อาจเป็นผลมาจากช่องว่างความรู้-ทัศนคติ-การปฏิบัติ (KAP Gap) ตามองค์ประกอบของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) สะท้อนถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำจากแนวคิดของ Health belief model งานวิจัยของ



ธนาภรณ์ ปิ่นแก้ว และคณะ²³ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำต่ำกว่าความเป็นจริง การรับรู้ที่ต่ำจึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางไม่ให้ความรู้ที่ได้รับปรับเปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมการป้องกันที่สม่ำเสมอได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอแต่จำเป็นต้องออกแบบการให้ข้อมูลที่เน้นการรับรู้ความเสี่ยงและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อเกิดการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นกมล ลิทธิยอด้ย²⁴ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไม่เพียงพอ จึงควรมีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดประสบการณ์โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นให้เห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคและ ร่วมกันหาแนวทางการป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kleindorfer และคณะ¹² ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35 - 59 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 420 คน ผลการศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (Mean = 8.95, S.D. = 1.45) แต่ยังมีบางส่วนที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญญรัตน์ วงศ์ชนะ²⁵ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และไม่ค่อยออกกำลังกาย หลอดเลือดตีบและแข็ง ทำให้หลอดเลือดหดและขยายตัวไม่ดี ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันกลับเป็นซ้ำจึงมีผลอย่างมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงภายนอกกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูง โรคร่วมพบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการพบแพทย์และรับประทานยาสม่ำเสมอ และมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ สูบบุหรี่ ดื่ม แอลกอฮอล์ และไม่ออกกำลังกาย/ไม่สม่ำเสมอ ตามลำดับ เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ระดับสูง มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งระดับปานกลาง การปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ระดับปาน กลาง มีทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่ระดับสูง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ความเครียดมี ความสัมพันธ์กับทัศนคติในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ความเชื่อและการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับทัศนคติ ($r = 0.43$ และ $r = 0.31, p < .01$) ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ องค์ความรู้ใหม่ที่ได้อคือ ความเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่มีผลต่อทัศนคติในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักถูกละเลยเมื่อเทียบกับโรคทางกายภาพ ความเชื่อและการปฏิบัติ มีบทบาทสำคัญกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว ในการกำหนดทัศนคติของผู้ป่วย แสดงว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ควรเสริมสร้างการปรับพฤติกรรมและการสร้างความเชื่อ/แรงจูงใจเชิงบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติที่ดี แต่การปฏิบัติจริงยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ชี้ให้เห็นถึง “ช่องว่างระหว่างความรู้-ทัศนคติ-การปฏิบัติ” (Knowledge-Attitude-Practice gap) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลและทีมสุขภาพควรนำไปพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการรักษาควรให้ความสำคัญกับการจัดการความเครียด การสร้างความเชื่อเชิงบวกและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้จริง มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญต่อการลดความเครียด และการส่งเสริมความเชื่อ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ควบคู่ไปกับกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปศึกษาต่อยอดพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดของการนำผลวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ต้องคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร เนื่องจากระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเพียงความสัมพันธ์ Univariate analysis ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมระดับความสัมพันธ์แบบ Multivariable Analysis การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปร สามารถช่วยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ ได้ ส่วนข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ มีระยะเวลาการเก็บข้อมูลสั้น แต่ละระยะเวลานาน และจำนวนผู้ป่วยที่มารักษายังคงไม่มีญาติ บางคนรีบกลับบ้านเพราะมากับรถคนอื่น ทำให้เก็บข้อมูลไม่ครบต้องเก็บใหม่หลายราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ที่อำนวยความสะดวกสถานที่และช่วยเหลือให้บุคลากรช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ แพทย์หญิงหทัยชนก เลิศวรยุทธ์ นายแพทย์ชำนาญการเฉพาะทางระบบประสาท คุณฉันทาสุภา เสือสิงห์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคุณราชดำริห์ แสนวิเศษ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาช่วยชี้แนะตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำให้รายงานวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ท้ายนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

1. World Stroke Organization. What is stroke? [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/Facts/Pages/WhatisStroke.aspx>
2. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2025. [Internet]. London: World Stroke Organization; 2025 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>.
3. Panwilai J, Maneeratana N, Puanphai S, Srisawat S, Duangsanjun W. Correlation between knowledge, health belief and stroke prevention behavior among older people with stroke risk in Chiang Mai Neurological Hospital. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3):882-95. (in Thai)
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Health statistics report 2023: stroke cases, mortality rate [Internet]. Nonthaburi: DDC; 2025 Jan 15 [cited 2025 Aug 30]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2025/01/>
5. Department of Disease Control. Stroke situation report, Health Region 9, 2023. Nakhonratchasima: Office of Disease Prevention and Control 9; 2023. (in Thai)
6. Phumithaworn N, Butrchumsang A, Rungreung S, editors. Annual Report 2024, Division of Non-communicable Diseases. Bangkok: Strategic Planning and Evaluation Group, Akson Graphic & Design Publishing; 2024. (in Thai)
7. Temprom P, Phonphet C, Suwanno J, Chaimay B, Woradet S. Prevalence of high risk of recurrent stroke and factors associated with high risk of recurrent stroke among acute ischemic stroke patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2021;32(2):59-72. (in Thai)



8. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015. *Journal of the American College of Cardiology*, 2017;70(1):1-25. doi:10.1016/j.jacc.2017.04.052.
9. Chareonsin S. Factors affecting stroke prevention behavior in hypertension patients, Mueang District, Nakhon Sawan Province [Master's thesis]: Naresuan University of Thailand; 2021. (in Thai)
10. Puthkhao P, Hanchaiphibookkul S, Theerawanviwat D. Factors predicting stroke mortality in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke Study. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2020;103(12):1335-44. (in Thai)
11. Taweephon T, Saksit P, Hiransuthikul A, Vorasayan P, Akarathanawat W, Chutinet A. Incidence of recurrent ischemic stroke and its associated factors in a tertiary care center in Thailand: A retrospective cohort study. *BioMed Central neurology*. 2024;24(1):1-9. doi:10.1186/s12883-024-03640-0.
12. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2021;52(7):e364-7. doi:10.1161/STR.0000000000000375.
13. Chantkran W, Chaisakul J, Rangsin R, Mungthin M, Sakboonyarat B. Prevalence of and factors associated with stroke in hypertensive patients in Thailand from 2014 to 2018: A nationwide cross-sectional study. *Scientific Reports*. 2021;11:17614. doi:10.1038/s41598-021-96878-4.
14. Samuthpongton C, Jereerat T, Suwanwela NC. Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. *BioMed Central neurology*. 2021;21:322. doi:10.1186/s12883-021-02353-y.
15. Ong-aram U, Niphawan S. Influences of caregivers' preparedness, caregivers' burden and caregivers' rewards on adaptation of caregivers caring for patients with stroke. *Journal of Nursing Division*. 2019;46(3):73-87. (in Thai)
16. Banchanon K, Tosulkao T, Changmai S. Factors influencing recurrent preventative behavior of stroke patients based on transition theory. *Thai Journal of Nursing*. 2022;71(3):54-62. (in Thai)
17. Banchanon K. Factors influencing recurrent preventive behavior and well-being of stroke patients based on transition theory. Master of Nursing Science. Thailand: Christian University of Thailand; 2022. (in Thai)
18. Information Center, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital. Service Quality Development Work. Nakhon Ratchasima. Debaratana Hospital Nakhon Ratchasima Hospital; 2024. (in Thai)
19. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1973.
20. Stults-Kolehmainen MA, Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sport and Exercise Medicine*. 2014;44(1):81-121. doi:10.1007/s40279-013-0090-5.
21. Tangnitipong S, Vuttanon N, Pothiban L, Chintanawat R. Effectiveness of a home-based coping enhancement program for stroke Survivors: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2022;26(4):585-99. (in Thai)



22. Detkaew A, Samartkit N, Masingboon K. Relationships of perceived self-efficacy, lifestyle stress, and social support to health behaviors in adults with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021;29(2):71-80. (in Thai)
23. Pinkaeo T, Thiangthum W, Pichayapinyo P. The effects of the application of the health belief model and family support program on recurrence stroke prevention among first episode stroke survivors dwelling in a rural community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2022;32(3):36-51. (in Thai)
24. Sittiyodying C. Prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension: The correlations between health beliefs and self-care behaviors. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2022;2(2):46-60. (in Thai)
25. Wongchana T. Factors affecting to preventive behavior of stroke patients among uncontrolled-hypertensive patients in Muang District, Phitsanulok Province [Master's thesis]: Naresuan University of Thailand; 2021. (in Thai)