

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ  
ของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผาสุก มั่นคง

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 197 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .385, p < .01$ )

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ให้พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสร้างเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย

**คำสำคัญ** การรับรู้การเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพ

**Abstract:** RELATIONSHIPS BETWEEN ILLNESS REPRESENTATION AND HEALTH BEHAVIORS OF PERSONS WITH STROKE

Mrs. Phasuk Mankhong

The purpose of this research was to study relationships between illness representation and health behaviors of persons with stroke who visited the Hypertention and Heart Disease Clinics, Out Patient Department of Singburi Hospital. A sample of 197 stroke persons was recruited by simple random sampling. The instruments consisted of demographic data, illness representation and health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment correlation coefficients.

The results showed that illness representation was significantly related to health behaviors ( $r = .385, p < .01$ )

From research findings, nurses and health care providers should promote health behavior of stroke persons based on illness representation.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย ที่พบมากที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และผลจากโรคทำให้เกิดความพิการ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการ<sup>(1)</sup> โดยประชากรประมาณ 4.8 ล้านคน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>2</sup> และอีกประมาณ 185,000 คน ต้องประสบกับการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 1 ปี<sup>(2)</sup> สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มว่าจะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ อันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง/เนื้องอก และอุบัติเหตุ ตามลำดับ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15,648 คน คิดเป็นร้อยละ 24.66 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน<sup>(3)</sup> โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีค่าใช้จ่ายสูงถึง 65.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี<sup>(4)</sup> ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานคร เฉลี่ยเท่ากับ 7,8924.84 บาท ต่อรายต่อปี<sup>(5)</sup> จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวแล้วยังส่งผลกระทบต่อ การสูญเสียทางเศรษฐกิจในระดับประเทศเป็นอย่างมาก

สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคนไทยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบกลุ่มผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 3 – 17 เท่าตัว โรคเบาหวานเสี่ยง 2 – 4 เท่าตัว และ โรคหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่ม 2-6<sup>(6)</sup> ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาและควบคุมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 110 มิลลิกรัม ระดับเอชดีแอล-โคเลสเตอรอลในเพศชายให้สูงกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศหญิงให้สูงกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ไม่เกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และควบคุมรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตรในเพศชาย สำหรับเพศหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด<sup>(7)</sup> จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ของประชาชนต่อโรคหลอดเลือดสมอง คือสิ่งสำคัญที่สุดที่สามารถลดความพิการและภาวะโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(8)</sup>

การรับรู้การเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมีการจัดการการเจ็บป่วยที่ดี กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)<sup>(9)</sup> โดยกรอบแนวคิดนี้มุ่งไปที่การสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย บุคคลจะตอบสนองหรือจัดการการเจ็บป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามการรับรู้ (coping response) การรับรู้การเจ็บป่วยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (identity) สาเหตุของการเจ็บป่วย (causes) ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย

(time-line) ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (consequences) และการรักษา/การควบคุมโรค (cure/controllability)

แม้ว่าในภาพรวมโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าความชุกของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยส่วนใหญ่พบในเขตชุมชนเมืองและศูนย์กลางธุรกิจ จากสถิติผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่าจำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไปในอนาคต

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

#### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

#### ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .385$ ,  $p < .01$  ตามลำดับ)

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

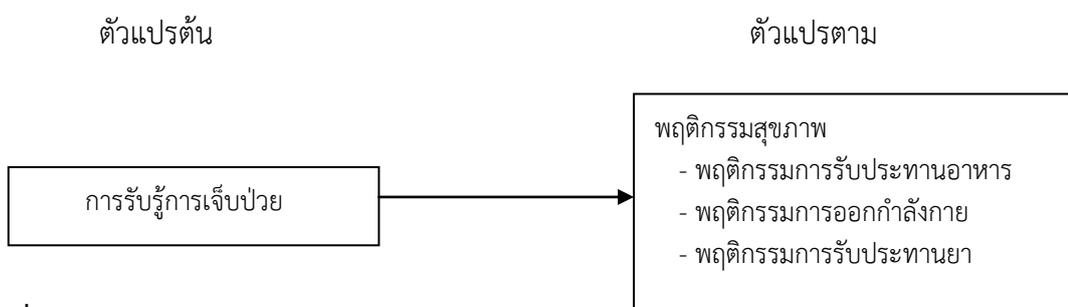
กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มียอดคั่งประกอบของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร  $\geq 100$  มก./ดล.หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับ Cholesterol (Cholesterol  $>240$  มก./ดล. หรือระดับ HDL- C เพศชาย  $\leq 40$  มก./ดล. หรือเพศหญิง  $\leq 50$  มก./ดล. หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยารักษา ) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย  $> 30$  หรือขนาดของเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วขึ้นไปในเพศชาย และตั้งแต่ 80 ซม. หรือ 32 นิ้วขึ้นไปในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต  $\geq 130/85$  มม.ปรอท หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่) และผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ
2. อายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และมีความสามารถในการสื่อสาร

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20 เนื่องจากการวิจัยทางการแพทย์ขนาดใหญ่จะมีขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20-.30 เมื่อเปิดตารางได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 197 คน<sup>10</sup>

#### กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)<sup>9</sup> มาใช้ในการศึกษา



#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ประวัติการได้รับยาลดไขมันเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน<sup>(11)</sup> ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของการเจ็บป่วย การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- |           |       |   |
|-----------|-------|---|
| 3.67-5.00 | คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี      |
| 2.34-3.66 | คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 | คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี   |

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค<sup>(11)</sup> ข้อคำถามครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหารการปรุงอาหารและการรับประทานอาหาร ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- |           |       |  |
|-----------|-------|--|
| 3.67-5.00 | คะแนน | หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารในระดับดี      |
| 2.34-3.66 | คะแนน | หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 | คะแนน | หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารในระดับไม่ดี   |

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม<sup>(11)</sup> ข้อคำถามครอบคลุมความบ่อย (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาการออกกำลังกาย รวมถึงกิจกรรมและระยะเวลาของการอบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลายร่างกาย ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมออกกำลังกายโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- |           |       |   |
|-----------|-------|---|
| 3.01-4.00 | คะแนน | หมายถึง มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับดี      |
| 2.01-3.00 | คะแนน | หมายถึง มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.00 | คะแนน | หมายถึง มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับไม่ดี   |

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานยา ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานยาผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม<sup>(12)</sup> ข้อคำถามครอบคลุมการรับประทานยาตามแผนการรักษา ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรับประทานยาโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- 3.01-4.00 หมายถึงมีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับดี  
 2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับปานกลาง  
 1.00-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับไม่ดี

เนื่องจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทั้ง 3 ด้านมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกัน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มาตรฐานค่ามี 5 ระดับ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย มาตรฐานค่ามี 4 ระดับ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา มาตรฐานค่ามี 4 ระดับ จึงไม่สามารถนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 มารวมกันเพื่อใช้แทนค่าพฤติกรรมสุขภาพ ได้ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับคะแนนเป็นหน่วยคะแนนเดียวกัน โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละด้านจะถูกให้น้ำหนัก ด้านละ 1 หน่วยคะแนน เมื่อนำไปรวมกันได้ 3 หน่วยคะแนน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับคะแนนและเทียบเป็นคะแนนเต็มใหม่เท่ากับ 5 แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ใหม่<sup>(12)</sup> โดยมีค่าเฉลี่ยดังนี้

- 3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี  
 2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง  
 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90, 0.87, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

##### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเข้าพบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

##### ขั้นดำเนินการ

1. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงอธิบายวิธีการตอบการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

3. ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบการสัมภาษณ์ และเริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายคนในช่วงระหว่างรอแพทย์ตรวจโดยใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 197 ราย

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มาให้คะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องแล้วนำมาให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ( $n=197$ )

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	68	34.5
	หญิง	129	65.5
อายุ ( $M = 49.25, SD = 6.97, Min = 30, Max = 60$ )			
	30-40 ปี	38	19.3
	41-50 ปี	75	38.1
	51-60 ปี	84	42.6
สถานภาพสมรส			
	คู่	120	60.9
	โสด	51	25.9
	หม้าย/หย่าหรือแยกกันอยู่	26	13.2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ( $n=197$ ) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.5
ประถมศึกษา	42	21.3
มัธยมศึกษา	63	32.0
อนุปริญญา	15	7.6
ปริญญาตรี	66	33.5
สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	11.7
ประกอบอาชีพ	174	88.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	77	39.1
เกษตรกรรม	25	12.7
รับจ้าง	68	34.5
ค้าขาย	18	9.1
อื่น ๆ (รับราชการบำนาญ/ประกอบธุรกิจส่วนตัว)	9	4.6
รายได้ของครอบครัว ( $M = 16,586$ , $SD = 11,425.6$ , $Min = 1,000$ , $Max = 65,000$ )		
1,000-10,000 บาท	56	28.4
10,001-20,000 บาท	71	36.0
20,001-30,000 บาท	25	12.7
30,001-40,000 บาท	33	16.8
40,001-50,000 บาท	2	1.0
50,001-60,000 บาท	8	4.1
มากกว่า 60,000 บาท	2	1.0
โรคประจำตัว (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)		
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	0	0
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	128	36.5
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	13	6.6
ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไขมันในเลือดสูง	43	6.6
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจ เบาหวาน	13	6.6

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ( $n=197$ ) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	118	59.9
เลิกสูบแล้ว	75	38.1
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	4	2.0
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ		
มี	77	39.1
ไม่มี	120	60.9
ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด		
มี	43	11.7
ไม่มี	154	88.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.5) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 42.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.9) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.5) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 32.0) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 39.1) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 34.5) มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 36.0) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 36.6) ไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 59.9) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 60.9) ไม่มีประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 88.3)

## ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำเสนอตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามโดยรวม และรายด้าน ( $n=197$ )

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
<b>การรับรู้การเจ็บป่วย (โดยรวม)</b>	<b>3.87</b>	<b>0.36</b>	<b>ดี</b>
<b>รายด้าน</b>			
การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค	3.81	0.26	ดี
การรับรู้สาเหตุของโรค	3.81	0.33	ดี
การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค	3.87	0.41	ดี
การรับรู้ผลกระทบ	3.90	0.38	ดี
การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค	3.97	0.43	ดี
<b>พฤติกรรมสุขภาพ (โดยรวม)</b>	<b>3.79</b>	<b>0.54</b>	<b>ดี</b>
<b>รายด้าน</b>			
พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค	3.95	0.80	ดี
พฤติกรรมมารับประทานยา	3.68	0.40	ดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.75	0.43	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M=3.87$ ,  $SD=0.36$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค ( $M=3.97$ ,  $SD=0.43$ ) รองลงมา คือ การรับรู้ผลกระทบ ( $M=3.90$ ,  $SD=0.38$ ) การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค ( $M=3.87$ ,  $SD=0.41$ ) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค และ การรับรู้สาเหตุ ( $M=3.81$ ,  $SD=0.26$  และ  $M=3.81$ ,  $SD=0.33$ ) ตามลำดับ

มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M=3.79$ ,  $SD=0.54$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค ( $M=3.95$ ,  $SD=0.80$ ) รองลงมา คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ( $M=3.75$ ,  $SD=0.43$ ) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมมารับประทานยา ( $M=3.68$ ,  $SD=0.40$ )

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $n=197$ )

ตัวแปร	การรับรู้การเจ็บป่วย	พฤติกรรมสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพ	.385**	-

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 3 ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .385, p < .01$ ) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .01$

#### อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 การรับรู้การเจ็บป่วย ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M=3.87, SD=0.36$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วย ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค ( $M=3.97, SD=0.43$ ) รองลงมา คือ การรับรู้ผลกระทบ ( $M=3.90, SD=0.38$ ) การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค ( $M=3.87, SD=0.41$ ) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค และ การรับรู้สาเหตุ ( $M=3.81, SD=0.26$  และ  $M=3.81, SD=0.33$ ) ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยอธิบายได้ตามแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)<sup>(9)</sup> ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้การเจ็บป่วย บุคคลจะจัดระบบ วิเคราะห์ และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว และบุคคลนั้นก็จะต้องเป็นผู้แก้ปัญหาด้วยตัวเอง โดยแต่ละบุคคลจะคิดหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในแนวทางที่สอดคล้องกับการรับรู้ของตนเอง ในผู้ป่วยผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคลำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรู้เกี่ยวกับโรค หรือรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกคน แต่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค ต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานานและต้องมีการติดตามผลการรักษาจากแพทย์เป็นประจำทุก 3 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้การเจ็บป่วย จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คำแนะนำการปฏิบัติตัว จากทีมบุคลากรทางสุขภาพในขณะที่มารับการตรวจรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอาจได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากสื่อต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก จากนั้นจะนำข้อมูลดังกล่าวมาคิดวิเคราะห์หรือแปลความ พร้อมให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษาสูง จึงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อยู่ในระดับดี<sup>(11)</sup>

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M=3.79$ ,  $SD=0.54$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ( $M=3.95$ ,  $SD=0.80$ ) รองลงมา คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ( $M=3.75$ ,  $SD=0.43$ ) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ( $M=3.68$ ,  $SD=0.40$ ) ทั้งนี้เนื่องจาก การประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ตามสื่อสามารถทำได้หลายรูปแบบ นอกจากนี้การรณรงค์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นหลัก 3 อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ง่ายขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตื่นตัวในการดูแลตนเอง จนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี<sup>11</sup>

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.385$ ,  $p<.01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการตีความ หรือแปลความที่เกิดจากการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะหรืออาการ สาเหตุ ระยะเวลาการเกิด การควบคุมและรักษา และผลกระทบที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเจ็บป่วย จึงนำไปสู่การปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามการรับรู้การเจ็บป่วย<sup>(10)</sup> ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแต่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองโดยตรงจากการเจ็บป่วย และการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น จาก แพทย์ พยาบาล หรือ ทีมบุคลากรทางสุขภาพ และจากผู้ป่วยคนอื่น รวมทั้งสื่อที่จัดทำมีความหลากหลาย เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อวิทยุโทรทัศน์ เสียงตามสายในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็วและกว้างขวาง เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ มีทักษะ ในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีโอกาสที่จะค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ หรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับคนอื่น ๆ ทำให้สามารถเข้าใจโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ )<sup>(11)</sup> และการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$ )<sup>(13)</sup>

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเน้นให้มีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

#### 2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการรับรู้การเจ็บป่วย และหากลวิธีให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

#### 3. ด้านการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

พยาบาลและนักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยส่งเสริมปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., Croft, J. B., Dracup, K. & et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. *Circulation*. 2006; 11: 168-182.
2. Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., & et al., Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 18: 426.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552. สืบค้นวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2553, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf>.
4. Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2008 Update: A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 2008; 117: 25-146.
5. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์ภักดี, พิศสมัย อรทัย, และดิษยา รัตนากร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2013; 20: 15-29.

6. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. *วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (Stroke Awareness Day)*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา. 2550.
7. National Stroke Association. *What is stroke?*. Retrieved January 10, 2009, from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=stroke>.
8. Hickey, A., Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F. & et al. Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *Biomedcentral geriatric*, 2009; 9: 35.
9. Leventhal, H. The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
10. Polit, D. F., & Hungler, B. P. *Nursing research: Principle and Method* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott, P.P. 416-417. 1999. and *Lung*, 26, 253-252. 1997.
11. ผาสุก มั่นคง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.
12. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
13. ผาสุก มั่นคง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. 2562.