

## การตรวจเอกสาร

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการวิจัย มีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดและทฤษฎี
  - 3.1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค
  - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
  - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ
  - 3.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
  - 3.5 ทฤษฎี แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำว่า พฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ลูริย์ (2528) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม คือ ปฏิกริยาทั้งหมดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งเกิดจากแรงผลักดันภายนอกและภายในร่างกาย พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา จึงมีทั้งพฤติกรรมที่สามารถมองเห็นได้ และพฤติกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้

ประภาเพ็ญ (2532) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

ประเทือง (2535) ให้ความหมายพฤติกรรม คือ สิ่งที่บุคคลกระทำการแสดงออก หรือได้ตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ใด สภาพการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้น เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกาย พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึง การกระทำ การแสดงออก หรือการตอบสนอง ที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินเสียง หรือวัดได้ แยกเป็นพฤติกรรมที่เป็นการกระทำ เรียกว่า กายกรรม และพฤติกรรมที่เป็นคำพูด เรียกว่า วาจกรรม

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นหรือวัดได้โดยตรง เช่น ความเข้าใจ การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ ความรู้สึก

Twaddle (1981) กล่าวว่า พฤติกรรมคือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม มักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

สรุป พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือการปฏิบัติที่บุคคลผู้นั้นแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งมีทั้งที่สังเกตเห็นได้ และไม่สามารถสังเกตเห็นได้แตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม

### **ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)**

ได้มีนักวิชาการทางสุขศึกษาได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

สุชาติ (2520) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

มัลลิกา (2534) ได้กำหนดคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนำมาใช้ในการปฏิบัติว่า

พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่นๆ รวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำ และนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค

สรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่สัมพันธ์กัน

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์ห้อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุข องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจาก ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ

- ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
- โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- ความรู้

- องค์ประกอบด้านประชากร

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่นๆ มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ปัญหา โดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน (บุญเยี่ยม, 2528)

### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเอง

Orem (อ้างใน สมจิต, 2536) ได้ให้แนวคิดถึงพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่มุ่งใจและมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ผู้ที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ มีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพที่ดีตามที่ต้องการ จะต้องมีพฤติกรรมในการพิจารณา 2 ระยะคือ ระยะการพิจารณาในสิ่งที่กระทำว่าเหมาะสมและได้ผลตามที่ตนเองต้องการ และระยะที่ลงมือกระทำเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เช่นเดียวกันควรมีความรู้ ความเข้าใจ และได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ก่อน-หลังปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ความต้องการดูแลตนเอง

ความต้องการดูแลตนเอง เป็นจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการการดูแลสุขภาพ

ตนเอง เป็นการกระทำโดยเจตนาที่กระทำโดยตนเองหรือเพื่อตนเอง ความต้องการดูแลตนเองของมนุษย์แบ่งออกเป็น 3 ด้าน (สมจิต, 2536) คือ

1. การดูแลตนเองในภาวะปกติ (Universal Self-Care) เป็นการดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้มีความจำเป็นสำหรับทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการและภาวะสุขภาพในขณะนั้น จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อสุขภาพในภาวะปกติมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ เหมาะสม และคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม การพักผ่อน รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยการให้เวลาเป็นของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ให้ความรักและความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ มีความสนใจ รับผิดชอบต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสุขภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง โดยการยอมรับอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตน ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ และสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development Self-Care) เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่างๆ เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือการพัฒนาและคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิตให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ และการดูแลป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ เช่น ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

3. การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ได้รับความรู้ สนใจ ผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

### ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ในการที่จะ

ตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับการดำรงชีวิต รักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำงานที่ของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาการและสวัสดิภาพ (Orem, 1991) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจของบุคคล เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) เพื่อตัดสินความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความพร่องในการดูแลตนเอง จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีมากกว่าความสามารถที่จะกระทำ (สมจิต, 2536)

ปัจจัยพื้นฐานนั้น เป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ลักษณะครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

Becker and Maiman (1976 อ้างใน ทศนี, 2540) ตัวแปรที่ให้ผลในการทำนายความร่วมมือในการป้องกันรักษาสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการ

รักษาผู้ป่วย และตัวแปรทางด้านสังคม เช่น เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการป้องกัน

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ Orem (1980)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (Power Components : Enabling Capabilities for Self-Care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions)

Gast, H. (1989) ได้วิเคราะห์นิมิตของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเอง มีดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ สำหรับการดูแลตนเองและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรจะทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย

#### พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components)

Orem and Taylor (1986) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง มิใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่ควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือการปฏิบัติดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุ ใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น

1. ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing)
2. คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย
  - 2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้
  - 2.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation)
  - 2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
  - 2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง
  - 2.5 นิสัยประจำตัว
  - 2.6 ความตั้งใจ
  - 2.7 ความเข้าใจในตนเอง
  - 2.8 ความหวังในตนเอง
  - 2.9 การยอมรับตนเอง
  - 2.10 ระบบจัดความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ
  - 2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

## ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

### โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง หรือก้านสมองเกิดการแตก ตีบ หรืออุดตัน อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและยาวนานเกิน 24 ชั่วโมง เป็นผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างชั่วคราวหรือถาวร เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตมากเป็นอันดับต้นๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษ และฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล และต่อเนื่องที่บ้าน (นิพนธ์, 2544)

เจียมจิต (2541) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะของการเกิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด หรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke หรือ Occlusion Stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Occlusive Stroke) มี 2 อย่าง คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism) ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน มักเกิดจากการมี Atherosclerotic Plaque ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดรูของหลอดเลือดตีบ แคบลง พบได้บ่อยบริเวณง่ามแฉก (Bifurcation) และบริเวณโค้งของหลอดเลือด ส่วนภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันเกิดจากสิ่งอุดกั้น (Embolus) เล็กๆ ที่หลุดออกมาจากหัวใจหรือหลอดเลือด แล้วเข้ามาอุดตันไหลเวียนเลือดในสมองและอุดหลอดเลือดแขนงเล็กๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage)
2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนคอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage)

ภาวะเลือดออกในสมองส่วนใหญ่พบว่า เกิดจากภาวะความดันเลือดสูง แล้วทำให้ หลอดเลือดในสมองแตกเกิดเลือดออกในสมอง ส่วนภาวะเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ มักมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแตกของ Aneurysm ของหลอดเลือดสมอง และ Arteriovenous Malformation ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจะพบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองจาก หลอดเลือดสมองตีบตันร้อยละ 53 จากหลอดเลือดสมองอุดตันร้อยละ 31 จากเลือดออกในเนื้อ สมองร้อยละ 10 และจากเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ร้อยละ 6 สำหรับการดำเนินและระยะ ต่างๆ ของโรคเรียกตามลักษณะอาการแสดงที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. Transient Ischemic Attack หรือ TIA เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ที่ เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราว และสามารถหายเป็นปกติ ได้ภายใน 24 ชั่วโมง

2. Reversible Ischemic Neurologic Deficit คือ RIND เป็นภาวะคล้าย TIA แต่มีความผิด ปกติที่เกิดขึ้นเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และสามารถหายเป็นปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่ กี่วัน หรือภายใน 3 สัปดาห์

3. Stroke in Evolution หรือ Progressive เป็นภาวะที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาท จากความผิดปกติของหลอดเลือด และมีอาการของโรคกำลังดำเนินไปเรื่อยๆ หรือรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อาจเกิดจากภาวะสมองบวม หรือมีพยาธิสภาพของโรคมมากขึ้น

4. Complete Stroke เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทจากความผิดปกติของ หลอดเลือด ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคคงที่เป็นอยู่นานกว่า 24-72 ชั่วโมง

### ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์, 2544) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง

2. ระบบการหายใจ และการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่ที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษานั้นที่การฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 เดือน ร้อยละ 10 จะฟื้นตัวได้เป็นปกติ (อรนัทร, 2544) ระยะกลับสู่สภาพเดิมเป็นช่วงสำคัญ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 12 สัปดาห์ เมื่อผ่านระยะนี้ไปแล้ว ผู้ที่มีภาวะด้อยสมรรถภาพที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การดูแลเน้นการให้ร่างกายทำหน้าที่ได้สูงสุด และการปรับตัวต่อภาวะด้อยสมรรถภาพที่เหลืออยู่ (Hewere, 1994 อ้างใน วิณา, 2545)

### ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

1. ด้านร่างกาย ความรุนแรงของปัญหาขึ้นอยู่กับบริเวณ และขนาดของสมองที่ได้รับ อันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย (Hooyman & Kiyak, 1999) ปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่

1.1 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย (สุทธิพันธ์, 2543) ผู้อ่อนแรงซีกขวาจะมีการเริ่มต้นจากการเคลื่อนไหวลำบาก ใช้เวลาเรียนรู้ กิจกรรมการเคลื่อนไหวนาน การเคลื่อนไหวช้าลง หรืออาจมีความผิดพลาดมากขึ้น ส่วนผู้ที่อ่อนแรงซีกซ้ายอาจมีปัญหาการทรงท่าทาง หรือการเคลื่อนไหว ด้านความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระยะแรกจะมีความตึงตัวลดลงชั่วคราว แล้วจะเปลี่ยนเป็นความตึงตัวสูง อาการรุนแรงที่พบบ่อยคือ ขาหุบ แขนพับ งอเข้าหาตัว นิ้วมือกำและงอเข้า ขาเหยียดตรง ศีรษะจะเอียงไปด้านที่อ่อนแรง ส่วนหน้าจะหันไปด้านปกติ นอกจากนี้อาจพบอาการพูดลำบาก (อัจฉรา, 2543) การกลืนลำบาก พบร้อยละ 44.7 (Lawrence et al., 2001) เกิดจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงทำงานไม่ประสานกัน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าและปากลดลง อาจเกิดปัญหาการสำลักได้

1.2 ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา การรับรู้ ความจำ ผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่อง พบร้อยละ 43.9 (Lawrence et al., 2001) พบบ่อยในผู้ป่วยสมองซีกขวาถูกทำลาย ทำให้เกิดอัมพาตซีกซ้าย ซึ่งมีปัญหาการรับรู้มากกว่าผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา ความผิดปกติของการรับรู้มีผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องทางสติปัญญา และการด้อยสมรรถภาพในหลายๆ ส่วนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือมองข้ามถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น (Wilkinson, 1995)

1.3 ความบกพร่องทางการสื่อสาร ผู้ที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย มักพบความผิดปกติของการสื่อสาร (Boss, 1991; Taylor, 1999) ได้แก่ โบรคา อะเฟเซีย (Broca's aphasia) คือผู้ป่วยจะตอบคำถามได้ แต่ไม่สามารถพูดประโยคที่สมบูรณ์ถูกต้อง ผู้ป่วยมักจะหงุดหงิดและเครียด ส่วนเวอร์นิค อะเฟเซีย (Wernicke's Aphasia) ผู้ป่วยจะพูดเป็นประโยคได้ การใช้คำ การออกเสียง และไวยากรณ์ถูกต้อง แต่เนื้อหาคำพูดคววน ขาดสาระ ไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถพูดตามได้และโกลบอลอะเฟเซีย (Global Aphasia) เกิดจากมีการทำลายทั้งบริเวณเวอร์นิคและโบรคา อาการคือ พูดไม่ได้และไม่เข้าใจคำพูด (กนกวรรณ และ ชัยเลิศ, 2544; Backer&Rice, 2001) ความผิดปกติด้านการพูด ทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้านการรับรู้ และถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความต้องการของตนเองกับผู้อื่นได้ (นฤมล และ ชอลดา, 2539)

1.4 ความบกพร่องของการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อหลายข้อพร้อมกันและต่อเนื่อง (จงจินตน์, 2542) ทำให้มีผลกระทบต่อการยืนและการเดิน ความบกพร่องในการรับรู้สัมผัส ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ มีผลต่อการรับรู้และทำให้เกิดอันตรายต่อตัวเองได้ ผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้สัมผัสหลายชนิดรวมกัน เช่น ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุด ไม่สามารถบอกสิ่งของที่สัมผัสได้ การสูญเสียลานสายตา ทำให้ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังด้านที่เป็นอัมพาตมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถกระยะทาง (Taylor, 1999) ขนาดตำแหน่ง ความเร็วในการเคลื่อนไหว ความบกพร่องในการรับรู้ส่วนประกอบต่างๆ ของสิ่งของ ดังนั้นผู้ป่วยอาจเดินหรือเข็นรถเข็นออกนอกประตูไม่ได้ หรือชนกับขอบประตู ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจ และไม่สามารถจำความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งกับอีกสิ่งหนึ่งจะไม่สามารถเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งได้ ปัญหาความบกพร่องของประสาทรับรู้สัมผัส และการบอกครึ่งหนึ่งของแนวสายตา ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต (Backer&Rice, 2001)

1.5 ความบกพร่องของการควบคุมการขยับถ่าย ทำให้ไม่สามารถถนัดปีสสาวะหรือ

อุจจาระ หรือไม่สามารถขับถ่ายได้ตามปกติ Owen Getz & Bulla (1995) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด 75 ราย พบว่าผู้ที่กลืนปัสสาวะไม่ได้ 33 ราย อายุเฉลี่ย 72.4 ปี กลุ่มที่กลืนปัสสาวะไม่ได้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางด้านการคิดรู้ ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความจำระยะสั้น และการรับรู้ต่อเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่กลืนปัสสาวะได้ และจากการศึกษาผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 235 ราย พบว่ามีผู้กลืนปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 40 โดยการกลืนปัสสาวะไม่ได้มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากกว่า 75 ปี การเป็นโรคหัวใจล้มเหลว การพูดลำบาก การมองเห็นบกพร่อง และประสาทสั่งการอ่อนแรง (Patel et al., 2001) ซึ่งการกลืนปัสสาวะไม่ได้มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาท้องผูก เนื่องจากในระยะ 2-3 วันแรกมักไม่ได้รับสารอาหารและน้ำทางปาก หลังจากนั้นจะเริ่มให้อาหารเหลวทางสายยางปริมาณไม่มาก อาหารมีกากน้อย ระยะนี้กลไกที่จะทำให้ลำไส้ว่างอาจลดลง ผู้ป่วยอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการขับถ่ายอุจจาระได้ เพราะระดับการรับรู้สติเปลี่ยนไป หรือมีการบกพร่องของการสื่อสาร หรืออาจจะมีแรงจูงใจในการขับถ่ายลดลง จึงเกิดอาการท้องผูกอย่างรุนแรง และมีอุจจาระอัดแน่น

1.6 ความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ เพศชายมักมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวที่อาจเป็นผลจากขาดความดันโลหิตสูง (Matteson et al., 1997) ส่วนเพศหญิงมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอด ทำให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ส่งผลด้านลบต่อความสัมพันธ์ทางเพศ (Barbara, 1976) การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 35 ราย เป็นเพศชาย 24 ราย เพศหญิง 11 ราย พบว่าเพศชายมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งน้ำอสุจิลดลง โดยที่ความสนใจหรือความต้องการทางเพศของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่ากิจกรรมทางเพศมีความสำคัญต่อพวกเขา (Bray et al., 1981) แต่ผู้ป่วยอาจเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เพราะเชื่อว่ากิจกรรมทางเพศจะเป็นสาเหตุของการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Matteson et al., 1997)

2. ด้านจิตใจ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์สำคัญของชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพา และความผาสุกของบุคคล (Nunley, Hall, & Rowles, 2000) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน (Hafsteindottir & Grypdonck, 1997) ขอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิต การแสดงพฤติกรรม

ทางจิตส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี (ฟาริดา, 2542) อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย (อรพรรณ, 2544; Nunley et al., 2000) ได้แก่

2.1 การสูญเสีย (Loss) มี 2 ลักษณะ คือ การสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจน จากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเสียหายของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค (Rambo, 1984) และการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจน เป็นเรื่องของความรู้สึก เสียความภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสีย คือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์เศร้าออกมาได้

2.2 ความเครียด (Stress) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (นุกูล, ช่อลดา และ นิตยา, 2537; ฟาริดา, 2542) ระยะเวลาการปรับตัวต่อความเครียด ขึ้นกับลักษณะการเจ็บป่วย ประสบการณ์การสูญเสียของบุคคล ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่เชื่อสิ่งที่เกิดขึ้น ปฏิเสธไม่ยอมรับ หลังจากนั้นจะแสดงความรู้สึกโกรธ ใน 2 ระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของการพึ่งพา หลังจากนั้นเข้าสู่ระยะของการยอมรับการสูญเสีย และมีการเปลี่ยนบทบาทเป็นพฤติกรรมพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่น (Lawrence & Lawrence, 1979)

2.3 ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนาน ที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้อะไรที่คุกคาม (Shontz, 1975) อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอน (Hafsteindottir & Grypdonck, 1997) ผู้ป่วยอัมพาตซีกซ้ายเกิดจากการขาดคะแนนความทุกข์ทรมานจากโรค ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว กังวลที่ไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ และกลัวการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Bartels, 1998)

2.4 ความก้าวร้าว (Aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่

รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร พุดในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ทบทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการหงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่ายและก้าวร้าว ความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปของปมเด่น ด้วยการวางอำนาจ หยิ่ง ดูถูกผู้อื่น หรืออาจแสดงออกมาในรูปของการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา (นภาพรณ, 2533; ฟารีดา, 2542; Bronstein, 1991)

2.5 ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่า สมองซีกขวา (Absher & toole, 2000; Bartels, 1998; Caplan, 2000; Frafey, 1998; Taylor, 1999) ซึ่ง Robinson (1998) ได้ทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง เฉลี่ยร้อยละ 34 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Carod-Artal et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี จำนวน 90 ราย อายุเฉลี่ย 68 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38 โดยตัวแปรที่สำคัญกับอาการซึมเศร้า คือ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีภาวะด้อยสมรรถภาพมากกว่า และมีการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Chemerinski et al., 2001) อาการที่พบ ได้แก่ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ง่าย ขาดความกระตือรือร้น แยกตัวเอง หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย เกียจคร้าน ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ น้ำหนักลดลง ส่งผลให้ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง (Robinson, 1998; Sisson, 1998)

3. ด้านสังคม ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง จะรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีความห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป สาเหตุเนื่องจาก ผู้ป่วยอาจไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตน ให้ปฏิบัติตามแบบแผนขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมทางสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอายและเป็นภาระที่ต้องคอยดูแล และควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยพบปะกับโลกภายนอก (ฟารีดา, 2542; อรพรรณ, 2544) และ Adler & Cliner (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องของร่างกายกับระดับกิจกรรมของผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือดสมอง 30 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้เวลาดูโทรทัศน์มากขึ้น แต่การอ่านหนังสือและการมีกิจกรรมในครอบครัว

คงเดิม ส่วนการทอ้งเที่ยวและกิจกรรมทางสังคมลดลง Nir & Galinsky (2000) ศึกษาผู้ที่มีภาวะด้อยสมรรถภาพจากโรคลมชักและโรคหลอดเลือดสมอง 88 ราย อายุเฉลี่ย 74 ปี ติดตามตั้งแต่สัปดาห์แรก ถึง 1 ปี พบว่าผู้ที่เจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาน้อยกว่า 2 เดือน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยนานกว่า สอดคล้องกับ Labi et al. (1980) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองนานกว่า 12 เดือน

### **อุบัติการเกิด** (เจียมจิต, 2541)

ในประเทศตะวันตก พบว่า มีอุบัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 200 คนต่อประชากรแสนคน สำหรับประเทศไทยพบว่าความชุกของโรค 690 คนต่อประชากรแสนคน โดยมีอุบัติการเกิดในชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคน แต่ความแตกต่างของอุบัติการเกิดในเพศจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น และอัตราการเกิดจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น อุตบัตการเกิดสูงสุดในประชากรอายุ 65-75 ปี

แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 รองลงมาจากโรคหัวใจและมะเร็งในประเทศที่พัฒนา แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตอยู่ ก็มักจะมีคุณภาพชีวิตลดลง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตอยู่ร้อยละ 31 ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยอีกร้อยละ 10 ยังต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ และในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ยังทำงานในอาชีพเดิมได้

### **ปัจจัยเสี่ยง** (เจียมจิต, 2541)

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด Atherosclerosis เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. อายุและเพศ อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ พบว่าอัตราการชุกของโรคจะเพิ่มตามอายุ (เสก, 2539)

เจียมจิต (2541) พบว่าคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย และมีรายงานที่แสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 10,000 คน ตามช่วงอายุ จะมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 22 คน 32 คน และ 83 คน ในประชากร 10,000 คน ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี 55-64 ปี และ 65-74 ปี ตามลำดับ สำหรับเพศนั้นพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้มากกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 30 และมีอุบัติการณ์เกิดดังกล่าวจะแตกต่างกันมากในกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี ส่วนมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก โดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้ เยื่ออะแรคนอยด์ พบมากในเพศหญิง และมีความแตกต่างกันมากในกลุ่มสูงอายุ โดยเชื่อว่ามีอิทธิพลจากฮอร์โมน Estrogen (เจียมจิต, 2541)

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-17 เท่าของคนที่มีความดันโลหิตปกติ (เสก, 2539) เจียมจิต (2541) กล่าวว่า อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในหญิงและชายเท่ากัน มีบางรายงานกล่าวว่า ความดันโลหิตสูง Systolic จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าความดันเลือด Diastolic และเชื่อว่าความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็ง และยังมีผลทำให้ Auto Regulation ของสมองเปลี่ยนแปลงไปด้วย

2. โรคหัวใจ และภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ เจียมจิต (2541) กล่าวว่า โรคหัวใจ นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เสก (2539) กล่าวว่า ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหัวใจรูมาติก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจพิการ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดอุดตันในสมองได้ทั้งสิ้น เจียมจิต (2541) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation หรือ AF) พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะ Atrial Fibrillation ร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะหลอดเลือดสมองอุดตันมีภาวะ Atrial Fibrillation ร่วมด้วยเสมอ หรือประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เนื่องจากภาวะ Atrial Fibrillation จะทำให้หัวใจห้องบนซีกซ้าย เกิดการคั่งของเลือดและมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือดและเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดตันหลอดเลือดสมอง สำหรับโรคหัวใจอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาดเลือดพบร่วมกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย นอกจากนี้โรคของลิ้นหัวใจ การติดเชื้อของเยื่อ

บุหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งการอักเสบของหัวใจจากเนื้องอก ทั้งหมดนี้ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด Emboli หลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้

3. โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างในเพศและอายุ ยังไม่มีรายงานว่า การควบคุมเบาหวาน จะทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิด Atherosclerosis และความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

4. ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือ TIA (Transient Ischemic Attack) พบอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 50 เปอร์เซ็นต์

5. โคลเลสเตอรอล และไลโปโปรตีน (Cholesterol and Lipoprotein) แม้ว่าความผิดปกติของไขมันในหลอดเลือด เช่น โคลเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ Low Density Lipoprotein (LDL) ในเลือดสูงและ High Density Lipoprotein (HDL) ในเลือดต่ำเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ก็พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ

6. ฮีมาโตคริต (Hematocrit) พบว่าผู้ที่มีฮีมาโตคริตสูง หรือมีฮีโมโกลบินในเลือดสูง จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองตายจากการขาดเลือด ทั้งนี้เพราะภาวะฮีมาโตคริตสูง จะทำให้เลือดมีความหนืด และมีการไหลเวียนเลือดลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพที่ตีบแคบอยู่แล้ว และพบว่าผู้ที่มีความดันเลือดสูงและสูบบุหรี่ มักจะมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดสูง

### ปัจจัยอื่นๆ

การสูบบุหรี่ : การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบตันในคนอายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดมากกว่าคนปกติ 2 เท่า

การรับประทานยาคุมกำเนิด : จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและพบว่า

โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติถึง 6-7 เท่า ถ้าสูบบุหรี่ร่วมด้วย และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเป็นได้ทั้งหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตก

แอลกอฮอล์ : ยังไม่มีการสรุปที่ลงความเห็นเด่นชัดว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) แต่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมอง โดยเฉพาะการเกิดเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ แต่แอลกอฮอล์อาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง อาจจะขึ้นอยู่กับความดันโลหิตสูงก็ได้

ความอ้วน : ความอ้วนไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรง แต่อาจมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกาย : การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมาก แต่ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เด่นชัด

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine) ภาวะเครียด อากาศ กิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารต่างๆ อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

### **การป้องกัน** (เจียมจิต, 2541)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในประเทศที่พัฒนา รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง จึงได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางถึงความสัมพันธ์ของภาวะต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ซึ่งมีหลายลักษณะ ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ หรือกรรมพันธุ์ ที่ญี่ปุ่นพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าโรคหัวใจ และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากในญี่ปุ่น จะเป็นแบบเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือการศึกษาในอเมริกาพบว่าคนผิวดำจะมีอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว

2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ คือ หากได้รับการแก้ไขก็สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันดี ภาวะเลือดหนืด เป็นต้น

3. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ คือ ควบคุมและชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน ฯลฯ มีการศึกษาพบว่า การให้การดูแลรักษา ควบคุมติดตาม ผลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิด สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเวลาต่อมาได้

4. ปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ความอ้วน ระดับไขมันในเลือด เป็นต้น

### การป้องกัน (Prevention) (อุไร, 2543)

การป้องกันโรค หมายถึง ยับยั้งไม่ให้เกิดโรค ขจัดการเกิดโรค ทิเวทและคลาก ได้แบ่ง การป้องกันโรค 3 ระดับ คือ

1. ระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การส่งเสริมภาวะสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรคเฉพาะ (Specific Prevention) การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ การให้อาหารตรงตามพัฒนาการของวัย ใส่ใจต่อพัฒนาการของบุคคล จัดหาทรัพยากร สถานที่พักผ่อนที่อยู่อาศัย จัดสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ให้คำปรึกษาการสมรสและเพศสัมพันธ์ คัดกรองการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การตรวจร่างกายสม่ำเสมอ การป้องกันเฉพาะโรค ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค ให้ความสัมพันธ์กับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อม ป้องกันอันตรายจากการทำงาน ป้องกันอุบัติเหตุ รับประทานอาหารที่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย การป้องกันสารก่อมะเร็ง หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้แพ้

2. ระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก การลดระยะเวลาและความรุนแรงในการเกิดโรค เพื่อให้เข้าสู่ภาวะสุขภาพดีปกติโดยเร็วที่สุด การวินิจฉัยเริ่มต้นและการรักษาที่รีบพลัน ได้แก่ ค้นหาผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การสำรวจคัดกรอง การตรวจหาเพื่อที่จะรักษาและป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือสิ่งที่จะตามมา ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพหรือพิการ หยุดยั้งความพิการ ได้แก่ การรักษาที่เหมาะสมเพียงพอที่จะหยุดการเกิดโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จัดหาสิ่งที่จะช่วยอำนวยความสะดวกในการป้องกันความพิการหรือตาย

3. ระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นขั้นหยุดกระบวนการเกิดโรคและป้องกันความพิการ วัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคคลมีศักยภาพสูงสุด อยู่ในสังคมตามข้อจำกัดที่มีอยู่โดยกระทำให้ดีขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การจัดอำนวยความสะดวกทรัพยากรที่โรงพยาบาลและชุมชน เพื่อที่จะฝึกฝน ให้คำแนะนำให้บุคคลมีความสามารถสูงสุดตามศักยภาพ ให้ความรู้แก่ชุมชนและโรงงานให้รับผู้พิการเข้าทำงานเต็มตามศักยภาพที่เหลืออยู่ จัดงานบำบัดในโรงพยาบาลมีการรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มหรือสมาคมของคนทุพพลภาพ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถป้องกันได้ 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการส่งเสริมให้ประชากรมีสุขภาพดี เริ่มต้นด้วยการให้รู้จักการดูแลสุขภาพตนเอง สนใจและเอาใจใส่ในสุขภาพของร่างกายและจิตใจ โดยการกระตุ้นเผยแพร่ความรู้ และให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โดยรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน ในปริมาณเพียงพอ ลดอาหารเค็ม ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดแข็งได้ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเป็นประจำ เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะพวกไขมันอิ่มตัว เช่น มันหมู มันไก่ ไข่แดง และกะทิมะพร้าว รวมทั้งอาหารหวานจัด เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง และควรรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย เช่น วัยสูงอายุ ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีกากใยและรับประทานพวกเนื้อสัตว์ลดลง และไม่ควรรับประทานมากเกินไป การดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอก็เป็นสิ่งจำเป็นต่อการมีสุขภาพดี

1.2 งดสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคติน กระตุ้นการหลั่ง Catecholamine ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูง และมีการจับตัวของเกร็ดเลือดมากขึ้น ทำให้เลือดหนืด และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ก็ยังทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยหลักในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอีกด้วย

1.3 การออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพที่สำคัญ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม จะช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีการไหลเวียนเลือดดี การ

ทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายดี และยังช่วยลดความเครียดได้อีกด้วย การขาดการออกกำลังกาย มักจะทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย แม้ว่ายังไม่มีการยืนยันที่แน่ชัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่การออกกำลังกายก็เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี และป้องกันโรคต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายจะมีปริมาณไขมันในเลือดลดลงอีกด้วย

1.4 การควบคุมน้ำหนัก ความอ้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายอย่าง เช่น พบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของ Glucose Tolerance และระดับอินซูลินสูงขึ้นหลังรับประทานอาหาร หรือรับประทานกลูโคส การเพิ่มของอินซูลินนี้จะมีผลสัมพันธ์กับการดื้อของอินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ และยังพบว่าคนอ้วนมักจะมีไขมันในเลือดสูงด้วย เช่น ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งภาวะดังกล่าว เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ก็จะช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้

1.5 หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ : การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่างๆ การดื่มแอลกอฮอล์มากจะทำให้ร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารลดลง นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากหลอดเลือดสมองแตกได้บ่อย ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมที่ขึ้นกับภาวะความดันโลหิตสูง หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นการป้องกันสาเหตุส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

1.6 การผ่อนคลายความเครียด : ความเครียดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลายอย่าง เช่น ความดันโลหิตสูง และยังทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความเครียดยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้สูง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่ฝึกจิตใจให้สงบได้ จะทำให้ความดันโลหิตลดลง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการผ่อนคลายโดยการออกกำลังกาย การทำให้อารมณ์จิตใจปลอดโปร่งแจ่มใส ก็จะช่วยให้ชีวิตมีความสุข มีสุขภาพจิตและกายที่ดีตามมา

1.7 มีการประเมินภาวะสุขภาพเป็นประจำ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ เช่น โรคทางกรรมพันธุ์ ความเสื่อมตามวัย เป็นต้น แม้จะยังไม่มีอาการแสดงให้เห็นเด่นชัด ก็ควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะให้การรักษาแต่แรกเริ่ม

และป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่ยากต่อการรักษา หรือเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ : เป็นการให้คำแนะนำอาการเตือนในระยะเริ่มแรก บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ต้องขังเกี่ยวกับอาการเตือนในระยะแรกของโรค หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เช่น การเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรให้ความสำคัญและให้การดูแลรักษาแต่เริ่มแรกเมื่อตรวจพบ และไม่ปล่อยเนิ่นนานจนสมองขาดเลือดอย่างถาวร นอกจากนี้ยังควรให้การศึกษแก่ผู้ต้องขังให้มีความรู้ ความเข้าใจ ถึงสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน การสูบบุหรี่ การรับประทานยาคุมกำเนิด

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ : เป็นการให้การดูแลและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ จะสามารถชะลอหรือลดอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงควรได้รับการให้การศึกษในเรื่องของการปฏิบัติตน การรับประทานยา แผนการรักษา อาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะช่วยป้องกันและควบคุมโรคต้นเหตุได้ ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเลยที่มีความเข้าใจผิดในเรื่องของการดูแลรักษาโรค เช่น คิดว่ารับประทานยาเบาหวาน หรือยาความดันโลหิตสูงแล้ว พออาการดีขึ้นก็แสดงว่าหายแล้วก็หยุดยา และเลิกปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้ง่าย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อีกมากมาย ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญในการให้การป้องกันมากกว่าการให้การรักษา ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความพิการ และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น

### **ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)**

เป็นทฤษฎีที่มีลักษณะและหลักการเดียวกันกับแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งได้รับการพัฒนาจากโรเจอร์ (Rogers) ปี ค.ศ. 1975 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวของบุคคลที่มีพื้นฐานจากการตอบสนองเบื้องต้นทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) ของเอกกัตตบุคคล สองประการด้วยกันคือ ประการแรกได้แก่การให้คุณค่าเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ ประการที่สองได้แก่การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิด แก้ปัญหาในสิ่งที่กำลัง



ต่อมา Rogers (1983) อ้างใน นุชรรัตน์ (2548) ได้เพิ่มตัวแปรตัวที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancy) ในการตรวจสอบแรงจูงใจในการป้องกันโรค Rogers ได้ทำการทดลองจัดกระทำตัวแปรต่างๆ เหล่านี้ คือ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะเกี่ยวกับน้ำหนักและความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของตัวแปรแต่ละตัว ในลำดับต่อไปเป็นการอธิบายตัวแปรแต่ละหัวข้อต่อไป

### ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

ความกลัวต่อความรุนแรงของโรค สามารถพัฒนาได้จากการขู่ ว่า ถ้ากระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายนั้น โดยการสื่อเป็นสิ่งสำคัญ การเผยแพร่ข้อมูลที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น อันตรายถึงชีวิตหรืออาจบรรยายว่าทำให้เกิดอันตรายรุนแรง ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูง อาจจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนี้มีลักษณะเด่นขึ้น (Eventual และ Watts, 1966 อ้างใน นุชรรัตน์, 2548) กระบวนการประเมินความรับรู้ของบุคคล ข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ขณะที่มีการกระตุ้นทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะดีกว่าการใช้การกระตุ้นโดยปกติ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ ในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลของการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การงดดื่มสุรา ช่วยให้อารมณ์แข็งแรง และทำให้ไม่เป็นโรคร้ายแรงได้

### การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability)

จะใช้การสื่อสาร โดยการขู่ที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวยอร์ก ได้เสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่าจากการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คน ได้รับเชื้อไวรัสโรคเอดส์เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีที่จะทำให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Sutton, 1982 อ้างใน นุชรรัตน์, 2548) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่

เกิดขึ้น จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่องการสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในช่องข้อความของแบบสอบถามว่า ตนเชื่อหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจจะไม่ประสบความสำเร็จเท่าใด เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้ไม่นั้นไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง เนื่องจากผู้ที่ตกอยู่ภาวะเสี่ยงสูง ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ตัวอย่างเช่น ผู้ที่สูบบุหรี่จัดหลังจากได้รับการกระตุ้นระดับสูงให้เลิกบุหรี่ยังคงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ การส่งตรวจฉายเอ็กซเรย์ปอดอาจเพิ่มให้เขากลัวการเป็นมะเร็งปอด เขาจะหลีกเลี่ยงความกลัวโดยไม่ยอมรับการเอ็กซเรย์ ในทางกลับกันการเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบให้น้อยลงเพราะอาจเป็นโรคมะเร็งปอด

รูปแบบอื่นๆ ในการให้บุคคลปฏิบัติตาม อาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อโรคสูงร่วมกับความสามารถที่จะปฏิบัติตาม ยังเป็นที่สงสัยกันอยู่ว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตาม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงลงหรือไม่ เช่น การสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ของตนเองว่าเขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำขู่นี้ได้แม้ว่าจะจะเป็นผลเสีย ในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้ความตั้งใจในการยอมรับที่จะปฏิบัติตามเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้น ยังเป็นสิ่งที่ต้องการศึกษาต่อไปว่าจะสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่ (Sutton, 1982 อ้างใน นุชรรัตน์, 2548)

### **ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (Response Efficacy)**

กระทำได้โดยการเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการ

ปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นุชรัตน์, 2548) ตัวแปรนี้ได้มีการทดสอบว่าจะมีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษาของ Mackay, B.C. (1992) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ จะช่วยลดการเกิดโรคปอดและโรคหัวใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่และนำไปสู่ความตั้งใจในการที่จะป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นกำลังถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรงและไม่มียุติวิธีใดๆ ที่จะลดการคุกคามนั้นๆ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอน โดยเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

#### **ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)**

ตัวแปรเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเองได้เพิ่มขึ้น ในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งส่งผลถึงความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ (Mackay และ Rogers, 1983 อ้างใน นุชรัตน์, 2548) ซึ่งไม่เหมือนตัวแปรอื่นๆ ที่เป็นข้อมูลในลักษณะที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งการออกแบบสื่อไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ในอันที่จะให้บุคคลเชื่อว่าตนสามารถจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองแบบ แบนคูรา (Mackay, B.C., 1992) เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูด ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับสูงสุด เป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติโดยแท้จริง (Mackay, B.C., 1992) ซึ่งอธิบายได้ว่าสื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาที่บรรจุอยู่ควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ จะทำให้เกิดความร่วมมือสูงทางด้านสุขภาพ (Back และ Lund, 1981 อ้างใน นุชรัตน์, 2548) หลักฐานที่ยืนยันให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรค โดยทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีความเชื่ออำนาจในตนกับกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตนบอกว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล และพยายามมองหาความรู้ข่าวสารเพื่อปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของตนขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตา หรืออำนาจ

อื่นๆ และไม่ตั้งใจที่จะหาความรู้หรือดูแลตนเอง (Wallston, 1978 อ้างใน นุชรรัตน์, 2548) ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความหวังในความสามารถของตนเอง (Rogers และ Maddox อ้างใน นุชรรัตน์, 2548) ได้ทำให้ผู้สูญบุหรี่เชื่อว่าการลดหรือเลิกสูญบุหรี่ สามารถกระทำได้ง่าย คือมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือว่าทำได้ยากมาก คือมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลของการทดลองพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าถ้าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูญบุหรี่สูง เขาจะสามารถเลิกได้โดยง่าย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความสามารถในการปฏิบัติตามจึงมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Beck และ Lund (อ้างใน นุชรรัตน์, 2548) พบว่าความสามารถของบุคคล เป็นตัวทำนายที่มีอำนาจมากที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองสูง ถ้าทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำมีความโน้มเอียง และเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้จะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำแม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลง การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ จะเป็นการขัดขวางการจูงใจอย่างรุนแรง (Beck และ Frankle, 1981 อ้างใน นุชรรัตน์, 2548) ดังนั้นประสิทธิผลของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ไม่ใช่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อ ที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่บุคคลต้องคาดหวังว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ (Beck และ Frankle, 1981 อ้างใน นุชรรัตน์, 2548)

จากตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไป การยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตามได้ (Beck และ Frankle, 1981; Beck และ Lund, 1981 อ้างใน นุชรรัตน์, 2548) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบดังนี้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วย จะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งขึ้น แต่ในกรณีความสามารถในการปฏิบัติสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อยการตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็น้อยไปด้วย

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมะเร็งวิทยาการ โดย Rogers ได้นำตัวแปร 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบ



การประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม อาจส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับตัวเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ความพอใจในตนเอง (Intrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

การประเมินการเผชิญปัญหาโดยการเกิดการรับรู้ 2 ลักษณะ

1. การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)
2. การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน การไม่สอดคล้อง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

โดยสรุปทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมมีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้น จะปฏิบัติได้ดีที่สุด เมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองในการปรับตัว เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะจำกัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าเขา จะสามารถปฏิบัติการปรับตัวตอบสนองนั้นได้อย่าง

## สมบูรณ์

5. ผลดีในการตอบสนองด้วยการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นมีน้อย

6. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการปรับตัวเพื่อทำพฤติกรรมนั้นต่ำ

จากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จะเห็นได้ว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อมั่นในความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ต้องมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ จึงจะมีผลต่อความตั้งใจและช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคตลอดเล็ดลอดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคตลอดเล็ดลอดสมอง เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง และเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ทำให้มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัว และส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในที่สุด

### แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)

Hadley (1972 อ้างใน สุวภัทร, 2547) การสื่อสารและการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการสื่อสารเป็นผลมาจากการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นผลอย่างหนึ่งของการสื่อสาร ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าเกือบจะเป็นไปไม่ได้ที่จะกล่าวถึงการสื่อสาร โดยไม่มีการเรียนรู้

หลักการเรียนรู้ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการสื่อสาร ได้แก่

1. บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาเรื่องราวใดๆ ก็ตาม จำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย

2. การเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ ทั้งการสรรเสริญ และการลงโทษ โดยทั่วไปแล้วการสรรเสริญจะให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากกว่าการลงโทษ แต่บางครั้งการถูกทำโทษ ก็จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีเช่นกัน ถ้ามีการกระตุ้นอย่างเหมาะสม

3. การแสดงเป็นตัวอย่าง ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าการใช้คำพูด

4. ทักษะที่ผู้รับมีต่อผู้ส่งสารจะมีผลต่อทัศนคติที่มีต่อสารนั้น

5. ความจำมีความสัมพันธ์กับความใหม่สด เรามักจะจำและมีการตอบสนองต่อข่าวสารที่เพิ่งได้รับสดๆ และการให้ข่าวสารซ้ำๆ กัน จะก่อให้เกิดการจดจำ และเก็บสารนั้นไว้

6. การมีส่วนร่วมทำให้เกิดการเรียนรู้

7. การนำเสนอด้วยวิธีใหม่ จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากกว่าการนำเสนอด้วยวิธีธรรมดา

### แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ (Attitude)

เจตคติมาจากคำภาษาอังกฤษว่า “Attitude” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Aptus” แปลว่า โน้มเอียงเหมาะสม (Allport, 1967 อ้างใน สุวภัทร, 2547) คำนี้มีผู้ใช้คำอื่นๆ ในความหมายเดียวกันอีก เช่น ทักษะ เจตคติ เป็นต้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบตามแนวคิดของ Triandis, 1971 อ้างใน สุวภัทร, 2547 มีอยู่ 3 ประการ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) ได้แก่ ความรู้และแนวคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้า ไม่ว่าจะบุคคล กลุ่ม หรือสถานการณ์ใดๆ ก็ตาม ความรู้และแนวคิดดังกล่าวจะเป็นสิ่งกำหนดและทิศทางของทัศนคติของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้ และแนวความคิดต่อสิ่งเรานั้นไปทางบวก (Positive) หรือทางลบ (Negative) ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) ได้แก่ อารมณ์ หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นสิ่งกำหนดลักษณะและทิศทางของเจตคติของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีอารมณ์ หรือความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งใด บุคคลก็จะมีเจตคติในทางลบต่อสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบด้านความพร้อมในการกระทำ (Behavioral Component) ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง พฤติกรรมดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่บอกลักษณะและ

ทิศทางของเจตคติของบุคคล กล่าวคือ ถ้าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งเรานั้นชัดเจนแน่นอน เจตคดีย่อมมีลักษณะชัดเจนแน่นอนและมีทิศทางเป็นทางบวก หรือเป็นทางลบชัดเจนด้วย

### แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่าย ที่ต้องการอาศัยพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้บุคคลในสังคมมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จริยาวัตร, 2531)

บุญเยี่ยม (2528) ได้ให้ความหมาย แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “การให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของรวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจ หรืออารมณ์ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Pender (1987) มีแนวคิดว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารต่างๆ โดยได้รับจากบุคคลในระบบสังคม อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

Pender (1987) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก เพราะครอบครัวเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน

พฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support System) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะคิดค้นหาความต้องการ และความสามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ได้ดี

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organization of Denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระนักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support System not Directed by Health Professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครช่วยเหลือตนเอง Self-Help Groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

House (1985) แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมให้การให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน

2. การให้การสนับสนุนโดยการให้การประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือยอมรับในสิ่งที่คนอื่น ได้แสดงออก

มา เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจและทำให้รู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น

3. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและการให้ข่าวจากการศึกษาวิจัย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยนั้น

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือในรูปวัตถุ หรือสิ่งของ แรงงาน เงิน เวลา เพื่อช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคล

Gottlieb (อ้างใน จริยวัตร, 2531) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ และการดำเนินชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Messo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่ความใกล้ชิดมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากกว่าปริมาณคือ ขนาด จำนวนและความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุน ได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด กลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และ กลุ่มสังคมอื่นๆ

### หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารจะต้องประกอบไปด้วย
  - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
  - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
  - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ
4. จะต้องให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ซึ่งหมายถึงสุขภาพอนามัยที่ดี

### ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

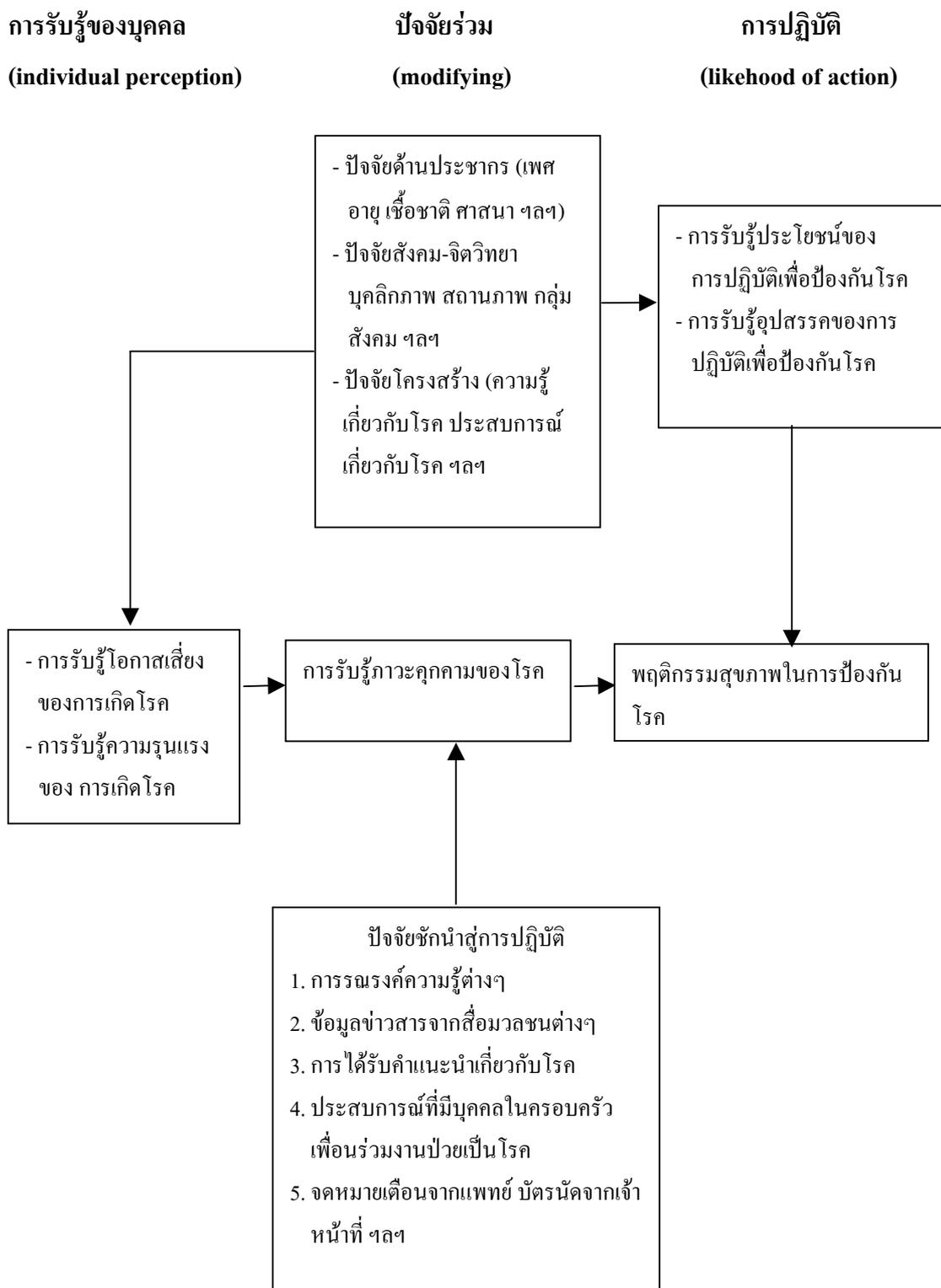
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ, 2532)

Rosenstock (1974) ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการ

อธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสนามของ Kurt Lewin (อ้างใน สมทรง และ สรวงศ์กฤษณ์, 2540) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าไปใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และ Maiman (1974) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล และได้เพิ่มองค์ประกอบเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค เน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีขึ้น ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวมีส่วนประกอบสำคัญ ดังแสดงในแผนภูมิ



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค  
ที่มา : Becker and Maiman (1974)

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในระยะแรก ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล เฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น Karl และ Cobb (1966 อ้างใน ชลธิชา, 2548) จึงได้ประยุกต์ พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรม สุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behaviors) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ปฏิบัติเมื่อรู้สึก ไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคล มีความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการร่วมมือในการรักษาเป็นต้น

ต่อมา Becker และคณะ (1995 อ้างใน ชลธิชา, 2548) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความเชื่อด้านสุขภาพ สรุปปัจจัยได้ 6 ประการ ดังนี้

### **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)**

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคล ที่มีผลโดยตรงต่อการ ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลก็จะมี ความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม คำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคล ต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่ จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ซึ่งมีรายงานการวินิจฉัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง

ของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker et al, 1974)

### 1. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

Becker (1977 อ้างใน ชลธิชา, 2548) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ.1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ร้อยละ 36

จากแนวคิดของ Orem (1980) ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลทางพยาธิสภาพ และมีการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยหรือพิการของตน ยอมรับความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนตามแผนการรักษาพยาบาลที่จำเพาะเจาะจง เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลพยาธิสภาพ รวมทั้งผลที่มาจากการวินิจฉัยและการรักษา

### 2. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติ

ในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Becker (1974) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกันกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

### 3. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสุขสบาย หรือในการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

### 4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจ โดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ Becker และคณะ (1978 อ้างใน ชลธิชา, 2548) พบว่า มารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรที่เป็นโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่นๆ ของตน และมี



## การป้องกันโรค

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุน แนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการสนับสนุนต่อครอบครัว ญาติ และเพื่อน (ผู้ต้องขังด้วยกัน) รวมทั้งการมีนโยบายของกรมราชทัณฑ์

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลัดดาวัลย์ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กาญจนา (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้ร้อยละ 61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ศุภวรินทร์ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน และจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วราภรณ์ และคณะ (2540) ศึกษาระบาดวิทยา (ปัจจัยเสี่ยง) ในการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบในสถาบันประสาทวิทยา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเกิดเป็นซ้ำ ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะส่วนบุคคลพบว่า

- อายุเฉลี่ย 62.89 ปี

- อาชีพ มีการประกอบอาชีพ 38.7% มีอาชีพทำนา ทำไร่ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย ข้าราชการ รัฐ

วิสาหกิจ และประกอบอาชีพส่วนตัว ในอัตรา 3%, 8.2%, 11.3%, 12.3% และ 4.1% ตามลำดับ

- เพศ เพศหญิง 60% เพศชาย 59%

วนลดา (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีใน  
โรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิเชฐ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา  
ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิเชฐ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรี  
ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพและการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนจาก  
บุคลากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพโรจน์ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานใน  
โรงงานอุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สดี (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษา  
พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริม  
สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชัชวาล (2541) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค  
ไม่ติดต่อของผู้บริหาร ผลการศึกษาพบว่า การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์  
กับแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ

ปราณี (2541) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง  
ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณิและคณะ (2543) ศึกษาการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุชาติพิย์ (2543) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชลนกุล (2544) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อาการแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนนอนหลับของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

มาลี (2545) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มาลี (2545) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลัดดาวัลย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลัดดาวัลย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วาทีนา (2545) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การได้รับความรู้จากการจัดประชุมวิชาการของบุคลากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วาทีนา (2545) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ผลการศึกษาพบว่า การมีแพทย์และพยาบาลให้คำอธิบายในการดูแลสุขภาพของบุคลากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิณา (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

อารักขา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อุบลรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

งามพรรณ (2549) ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ด้อยวัย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ด้อยวัยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Dejong and Branch (1982) ได้ทำการประเมินผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 ปี สามารถในการดำรงชีวิตอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่จำกัดและความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การได้รับการจ้างงาน การทำงานบ้าน การมีกิจกรรมในเวลาว่าง สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65

Astrom and et al. (1992) ศึกษาสภาวะจิตสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า หลังจาก 3 ปี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีอาการด้านจิตใจมากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำมากที่สุด หลังจากป่วย 3 เดือน ส่วนปัจจัยที่มีผลให้คุณภาพชีวิตลดลง คือ ภาวะซึมเศร้า การสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย

Flury (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยนอกในการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

De Haan and et al. (1995) ศึกษาผลของชนิดของโรคและตำแหน่งของพยาธิสภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง คือ ชนิดของโรค ลักษณะทางคลินิกซึ่งได้แก่ ความรุนแรงของโรค มีโรคหัวใจ เป็นโรคร่วมอายุมาก

Owen and et al. (1995) ศึกษาเกี่ยวกับการกลั่นปีสภาวะไม่ได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้โปรแกรมของ Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, 1992) ที่มีเทคนิคจัดการพฤติกรรมการกลั่นปีสภาวะไม่ได้ โดยการบันทึกการกลั่นปีสภาวะประจำวัน การรักษาทางยา การจัดการน้ำดื่ม การกำหนดเวลาปีสภาวะ การวัดจำนวนปีสภาวะที่เหลือหลังการ

ปีสภาวะ และการใช้สายสวนปีสภาวะเป็นครั้งคราว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลั้นปีสภาวะได้ร้อยละ 56 โดยใช้เวลาเฉลี่ย 37 วัน

King (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากป่วย 1-3 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยต่ำกว่าคนปกติ คะแนนคุณภาพชีวิตสูงในด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการทำงานของร่างกาย ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต คือ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม สภาพการทำงาน ของร่างกาย ส่วนปัจจัยด้านอายุ โรคหัวใจ ฐานะทางสังคม สามารถทำนายสุขภาพ ชีวิตด้าน เศรษฐฐานะ

Matteson and et al. (1997 อ้างใน วิธนา, 2545) ศึกษาความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายมักมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ที่อาจเป็นผลจากขาดความดันโลหิตสูง ส่วนเพศหญิงมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอด ทำให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ผลการศึกษาพบว่าเพศชายมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศและการหลั่งน้ำอสุจิลดลง โดยที่ความสนใจ หรือความต้องการทางเพศของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่า กิจกรรมทางเพศมีความสำคัญต่อพวกเขา (Bray, De Frank and Wolfe, 1981) แต่ผู้ป่วยอาจเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เพราะเชื่อว่ากิจกรรมทางเพศจะเป็นสาเหตุของการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Matteson et al, 1997)

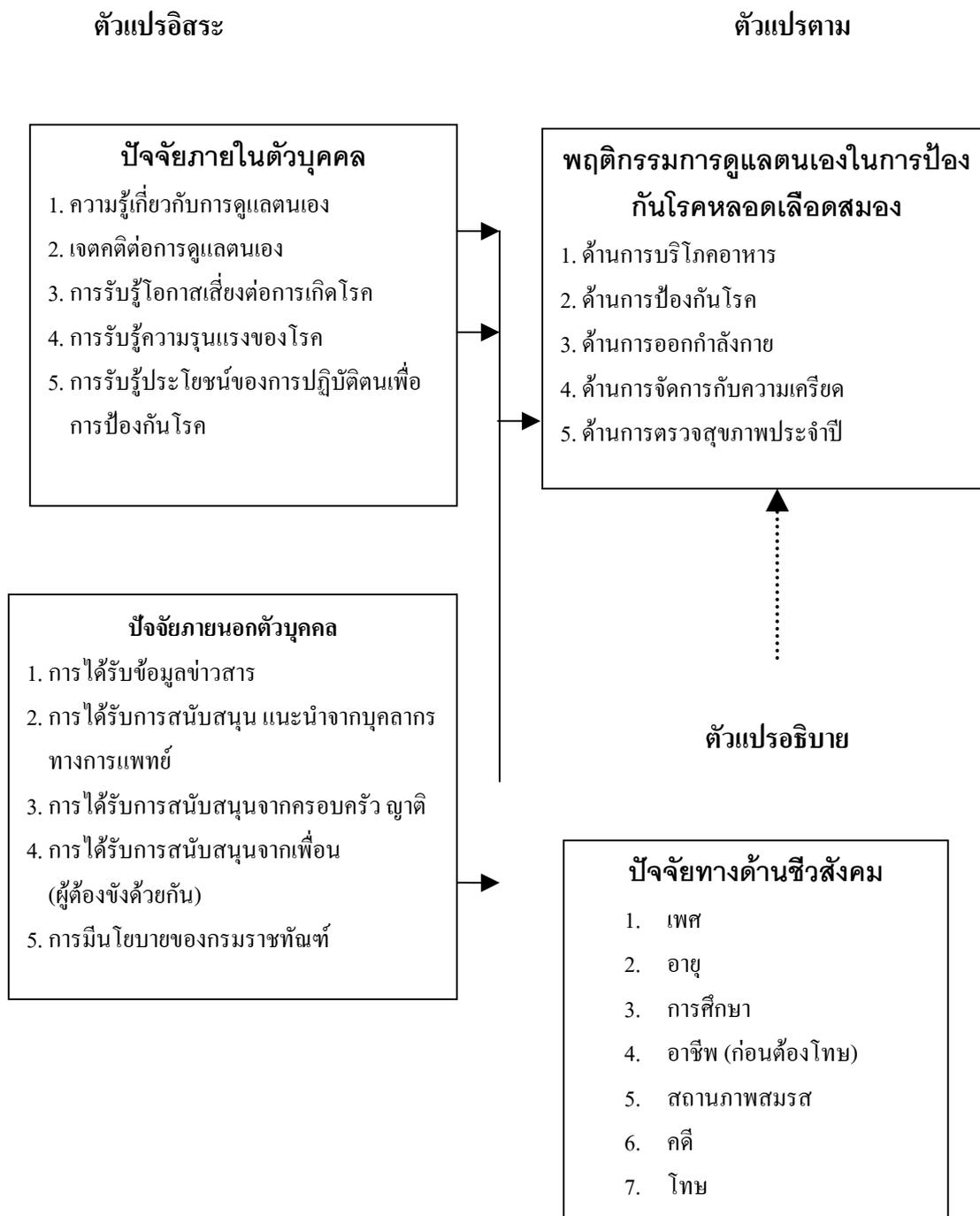
Wyller and et al. (1997 อ้างใน พัทณี, 2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากป่วย 1 ปี ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยจะต่ำกว่ากลุ่มคนทั่วไปถึง 20.1 เท่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง คือการสูญเสียหน้าที่การทำงานของแขนขา การทำในสิ่งที่เคยทำไม่ได้ การพูดไม่ได้ คะแนนกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index) ต่ำ คะแนนสมรรถภาพสมอง (MMSE) ต่ำ คะแนนกิจกรรมทางสังคม (FAI) ต่ำ

Yoon (1997) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ การทำงานของร่างกาย (ซึ่งประเมินจาก Barthel Index) และการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว

Viitanen and et al. (1998 อ้างใน พัทธนี, 2542) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบติดตามไปข้างหน้า (4-6 ปี) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวม ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการพักผ่อน ลดลงร้อยละ 61 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย การไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองส่งผลทางลบต่อความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มคนทั่วไปที่มีสุขภาพดีร้อยละ 30 พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมลดลง

จากการประมวลเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

### กรอบแนวคิด



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิด

### สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาตั้งสมมติฐานไว้ดังนี้

**สมมติฐานที่ 1** ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

**สมมติฐานที่ 2** ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุน แนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวญาติ และเพื่อนผู้ต้องขังด้วยกัน ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับการมีนโยบายของกรมราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง