ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคใต้

นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

FACTORS RELATED TO STROKE PREVENTION KNOWLEDGE BELIEF AND PRACTICE IN HYPERTENSIVE PATIENTS IN SOUTHERN REGION

Miss Kanyarat Ougsakul

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคใต้
โดย	นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

…… ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

…….. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

…… กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

กันยารัตน์ อุ๋ยสกุล : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคใต้. (FACTORS RELATED TO STROKE PREVENTION KNOWLEDGE ,BELIEF AND PRACTICE IN HYPERTENSIVE PATIENTS, IN SOUTHERN REGION)อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 132 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR–20) และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบราคเท่ากับ.75, .78, .85 และ.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta และสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. สถานภาพสมรส รายได้ การได้รับข้อมูล การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับความรู้โรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3. ระดับการศึกษา รายได้ การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

4. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา 2554 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277628536 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS : AWARENESS / STROKE /HYPERTENSION
KANYARAT OUYSAKUL : FACTORS RELATED TO STROKE PREVENTION KNOWLEDGE ,BELIEF AND PRACTICE IN HYPERTENSIVE PATIENTS, IN SOUTHERN REGION.THESIS ADVISOR: ASST.PROF CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D,132 pp.

This research aimed to 1) study stroke knowledge , belief and practice ; and 2) to study relationships among gender, age, marital status, education level, income, ,co-mobility ,receiving information. and stroke knowledge , belief and practice. The sample consisted of 400 patients diagnosed with hypertension recruited from four hospitals in the southern region. The research instruments comprised of the demographic questionnaire, stroke knowledge,belief , practices, and stroke experience questionnaire. The questionnaires were tested for their validity and reliability. The Kuder-Richardson 20 and Cronbach's Alpha Coefficients were.75 .78 .85,and .84,respectively. Statistics used in data analysis were frequency, percentage, mean,standard deviation,Pearson' s Product Moment coefficient ,Eta coefficient and Spearman Rank Correlation.

Major findings were as follows:

1. Gender and age were not significantly correlated with stroke knowledge , belief and practice at $p < .05$ level.

2. Marital status, income ,receiving information, and co-mobility were significantly correlated with stroke knowledge at $p < .05$ level.

3. Education level , income, and receiving information were significantly correlated with stroke belief at $p < .05$ level.

4. Marital status, education level , income, and receiving information were significantly correlated with stroke practice at $p < .05$ level.

Field of Study : Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year : 2011 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ และกำลังใจ แก่ผู้วิจัยอย่างที่สุด ทำให้ผู้วิจัยกระจ่างชัด ดำเนินงานวิจัยอย่างมีเป้าหมาย และมองเห็นข้อบกพร่องต่างๆ ที่สามารถนำมาปรับแก้เพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นอย่างดียิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ศิษย์ ด้วยความเมตตา ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขเครื่องมือวิจัย อีกทั้งกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ รุ่นพี่ เพื่อน และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ของคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือประสานงานมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ตลอดจนบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวของข้าพเจ้า กัลยาณมิตร ที่ให้กำลังใจห่วงใยตลอดมาประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร (Mackay & Mensah, 2004) ในปัจจุบันมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งพันล้านคนทั่วโลก (National Institutes of Health[NIH],2004) ที่น่าสนใจ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรประมาณ 7.1ล้านคนทั่วโลก หรือประมาณ ร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด (NIH,2004) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 50 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 25 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ระดับความดันโลหิตปกติ ในช่วงระยะเวลา 25 ปีต่อมา จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 (NIH,2004) ส่วนอัตราตายของประชากรอเมริกันด้วยโรคความดันโลหิตสูงช่วงปี ค.ศ. 1994 - 2004 เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6 (Rosamond et al.,2008) สำหรับประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบความชุกภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2547 ร้อยละ 23.3 ในเพศชาย และร้อยละ 20.9 ในเพศหญิง (การสาธารณสุขไทย, 2548 - 2550) และจากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2544 - 2548 พบภาวะความดันโลหิตมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น จาก 287.5 ต่อประชากรแสนราย เป็น 544.08 ต่อประชากรแสนราย และอัตราการตายในปี พ.ศ. 2544 - 2548 อยู่ในช่วง 3.94-6.3 ต่อประชากรแสนราย (สำนักงานควบคุมโรค, 2550)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงนอนรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า ในรอบ 10 ปี (พ.ศ 2543 – 2552) ซึ่งข้อมูลจากปี 2552 พบว่า ประชากร 1 แสนคน จะมีผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและนอนรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขถึง 981 คน และเมื่อแยกเป็นรายภาค พบผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรสูงเรียงตามลำดับ ดังนี้ ภาคเหนือ ภาคกลาง (ไม่รวม กรุงเทพมหานคร) พบสูงใกล้เคียงกัน ตามด้วยภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือน้อยที่สุด 1,225 , 1,211 , 1,019 และ 664 ตามลาดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,2552)

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกาย ผนังหลอดเลือดแข็งตัว หลอดเลือดตีบแคบ และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกประการหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคหลอดเลือดสมอง

โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้น 2 เท่า ต่อการเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) หรือทุก 10 มิลลิเมตรปรอท ของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) (Mackay & Mensah, 2004) กรมควบคุมโรค (2551) รายงานว่า ความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ 3 - 17 เท่า และการควบคุมระดับความดันโลหิตจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 40 (Mackay & Mensah, 2004)เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่น ตีบแคบ และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและเกิดการโป่งพองที่ผนังหลอดเลือด เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดส่วนที่โป่งพอง เกิดการแตก ผลจากการที่หลอดเลือดสมองมีการแตกหรืออุดตัน จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และอาจก่อให้เกิดความพิการและภาวะทุพพลภาพตามมาได้

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการ ในระบบสาธารณสุขทั่วโลก จากสถิติของ World Stroke Organization ในปี ค.ศ. 2008 มีรายงานอุบัติการณ์ การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจากโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2015 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 6.5 ล้านคน สำหรับประชากรไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 2.4 แสนคนต่อปี ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ประมาณ 1.5 แสนคน เสียชีวิตกว่า 45,000 คน พิการประมาณ 84,000 คน ต้องเสียค่าใช้จ่ายดูแลผู้ป่วยรายละประมาณ 5 แสนบาท รวมทั้งสิ้นถึง 75,000 ล้านบาท (แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559) สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยได้ชี้ว่าคนไทยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงมากถึงร้อยละ56.5(นิจศรี ชาญณรงค์,2553) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีคลอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าคนปกติประมาณ 6 – 7 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ของคนปกติ และเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยก็จะเสียชีวิตได้มากกว่าคนปกติ 4 เท่า (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ทำให้ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแล รักษาและฟื้นฟูสภาพ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) ได้ประมาณค่าใช้จ่ายในปี ค.ศ. 2008 สำหรับการรักษาภาวะโรคหลอดเลือดสมองของประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นงบประมาณ

ถึง 65.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Rosamond et al., 2008) จากการสำรวจการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแห่งชาติ(National Health Service) ในสหราชอาณาจักร พบว่า งบประมาณมากกว่าร้อยละ 4 เป็นการให้บริการทางการแพทย์สำหรับภาวะโรคหลอดเลือดสมอง หรือในประเทศแถบเอเชีย เช่น สิงคโปร์ พบว่าในปี ค.ศ. 2000 ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ ห้าพันล้านเหรียญสหรัฐ (Mackay & Mensah, 2004) ในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2551) รายงานว่างบประมาณที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางเวชกรรมฟื้นฟูในปีงบประมาณ 2551 เป็นจำนวนเงินถึง 55 ล้านบาท จากสถิติชี้ให้เห็นภาระโรคและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Nicol & Thrift, 2005)ควรจะเน้นการให้ความรู้ที่สำคัญ คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่จะนำไปสู่การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คณะกรรมการร่วมด้านการช่วยฟื้นคืนชีพนานาชาติ (International Liaison Committee on Resuscitation, 2005) รายงานว่า อาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับการรักษา (Cincinati Prehospital Stroke Scale [CPSS]) มี 3 อย่าง คือ 1) ใบหน้าอ่อนแรงในขณะที่พยายามยิงฟัน 2) แขนอ่อนแรง โดยผู้ป่วยมีอาการแขนข้างหนึ่งตกลงหรือคว่ำลง ขณะที่กำลังยกแขน แบมือและหลับตา 10 วินาที 3) พูดผิดปกติ พูดช้า พูดไม่ถนัด พูดผิดๆ ถูกๆ หรือพูดไม่ได้ โดยหากพบความผิดปกติ 1 อาการ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 72 หากพบ 3 อาการมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 85 (American Heart Association, 2005) ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดต้องสังเกตอาการที่เกิดขึ้นและรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ให้ทันเวลาใน 2 ชั่วโมงครึ่งหรือไม่เกิน 3 ชั่วโมง ซึ่งก่อนหน้านี้เรามักจะบอกว่าใน 3 ชั่วโมง แต่เนื่องจากเมื่อมาถึงรพ.แล้วมีกระบวนการตรวจก่อน จึงต้องมาให้ทันใน 2 ชั่วโมงครึ่ง เพื่อที่แพทย์จะได้ทำการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อหยุดความพิการ หยุดการเสียชีวิต หากมาช้าเกินกว่า 2 ชั่วโมงครึ่ง ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และหากเกินกว่า 3 ชั่วโมงแล้ว การใช้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยจะเกิด ภาวะเลือดออกในสมองและเสียชีวิตหรือพิการได้

นอกจากความรู้ถึงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จำเป็นต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้สองประเด็น คือ การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สามารถทำได้ด้วยการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถพบแพทย์และทำการรักษาอย่างทันเวลา หลายประเทศได้จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นบริการสาธารณะสำหรับประชาชนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทางด้านสุขภาพไว้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 911 และจัดแนวทางการช่วยเหลือผู้ประสบอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Chain of Survival) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนทั่วไป ด้วยสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และอนุญาตให้ผู้พบเห็นหรือผู้ประสบเหตุสามารถแจ้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 911 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะมีทีมสุขภาพพร้อมด้วยรถพยาบาลนำส่งผู้ประสบเหตุโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ประสบเหตุได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (American HeartAssociation, 2005) สำหรับประเทศไทยได้จัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้ที่โทรศัพท์หมายเลข1669 จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพิการถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ปัจจุบันถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน การรักษาก็มีได้หลายแนวทางขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคและระยะเวลาก่อนที่จะมาพบแพทย์ ในปัจจุบันได้มีการคิดค้นยาใหม่ๆ หลายชนิดโดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ แต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที อัมพาตหรืออัมพฤกษ์เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลัง จากที่สมองเกิดภาวะผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดกับเนื้อสมอง ทำให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ อาจเป็นอย่างชั่วคราวหรือถาวร อาการที่มักจะพบได้ทั่วไป คือ พูดไม่ชัด พูดไม่ถูกความหมาย ลิ้นแข็ง แขนขาไม่มีแรง หรือชา ซึ่งอาการอาจเกิดได้แบบทันทีทันใด และค่อยๆ เป็นมากขึ้นใน ช่วง 2-3 วัน หรือเป็นๆ หายๆ กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันพบมากประมาณ

ร้อยละ 70 ของทั้งหมด ผลที่เกิดขึ้นพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกร้อยละ 30 ต้องทุพพลภาพหรือทำงานไม่ได้และมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่หายจากโรค แต่ก็ต้องรับประทานยาควบคุมไปตลอดชีวิตปัจจุบันนี้ ดังนั้นการตระหนักรู้เกี่ยวกับการรักษาจึงมีความสำคัญ

ยาละลายลิ่มเลือดจะไปช่วยลดความเสียหายที่เกิดจากภาวะขาดเลือด ภาวะเลือดออก และจากภาวะสมองบวมความก้าวหน้าทางยารักษานี้ นับเป็นเครื่องมือใหม่ที่เข้ามาช่วยประชาชนผู้สูงอายุ ในปี 1995 งานวิจัยของ National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) ใช้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด tissue plasminogen activator (tPA) ศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 624 ราย ให้ยาฉีดภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ ให้ยาฉีดในขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ให้ยาฉีด เมื่อติดตามไปนานถึง 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีด ไม่มีความพิการเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 12 มีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การรักษาโรคหลอดเลือดอุดตัน คือ ต้องให้การรักษาโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ หลังจากเกิดภาวะนี้ผลการรักษาจึงจะดี ความสามารถในการป้องกัน ความเสียหายของวิธีการนี้ ทำให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วน ที่จะต้องรับรู้และประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดเสียแต่เนิ่นๆและด้วยความรวดเร็วแม่นยำ (สปสช, 2551)

ภาคใต้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 17.7 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 14.4 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,2552) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง แต่สามารถป้องกันได้ด้วยการเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทั้งความรู้ด้านการจัดการป้องกันโรค ด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการแก้ไขเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขอย่างทันท่วงทีลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ

จากการศึกษาพบว่าผลกระทบจากการขาดความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร่งด่วนภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่ภาวะเนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ผลจากการมารับการรักษาล่าช้าร้ายแรงคือผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือแม้รอดชีวิตก็มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว ทำให้เป็นภาระด้านสุขภาพ กระทบต่อการพัฒนาประเทศชาติตามมา

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย 1 งาน

เท่านั้นและเป็นการศึกษาเชิงสำรวจในประชากรโรคเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน(อุมาพร แซ่กอ,2552)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและเป็นการป้องกันตนเองเบื้องต้นก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ต่ออาการเตือนและการมารับการรักษาที่ทันเวลา นำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ความพิการ และเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Pandian(2005) กล่าวถึง ความรู้ว่า เป็นเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือรับสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้ว จะเกิดความรู้ เมื่อรับรู้ขั้นต่อไปก็จะเข้าใจในสิ่งเร้านั้น คือ เกิดความคิดรวบยอด และนำไปสู่การเรียนรู้คือ การมีความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่

การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ พฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งความเชื่อของบุคคลก็ขัดแย้งกันเองซึ่งความขัดแย้งของความเชื่อเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆว่า มีหรือไม่มี ถูกหรือผิด โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายกับลักษณะของเป้าหมายนั้น ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ตรงของบุคคลหรือการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น (Glanz,2002) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สื่อรณรงค์ และแหล่งข้อมูลจาก สถานศึกษา สถานพยาบาลสาธารณสุข เป็นสิ่งดึงดูดที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูล มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. **เพศ** จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงตระหนักรู้ในโรคอื่นมากกว่า เช่น โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Fogle et al., 2008) นอกจากนั้นในเรื่องลักษณะนิสัยส่วนบุคคลและบทบาทหน้าที่ในเรื่องเพศหญิงที่ต่างจากเพศชาย โดยเพศหญิงเป็นเพศที่มีกระบวนการตัดสินใจช้า มีความลังเล มีความกลัวมากกว่าเพศชาย (Mandelzweig, Goldbourt, Boyko & Tanne, 2006) และจากการศึกษาสมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกาในปี 2005 พบว่าเพศหญิงเพียงร้อยละ 20 มีความกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพบร้อยละ50 ของเพศหญิง ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเสียชีวิตในโรคหลอดเลือดสมอง และไม่มีความสนใจในโรคดังกล่าว (Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca, 2005)

2. **อายุ** จากการศึกษา พบว่าในช่วงอายุ 50-64 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด พบร้อยละ 61.8 รองลงมา ในช่วงอายุ 40-49 ปี พบร้อยละ 28.9 ช่วงอายุ 30-39 ปี พบร้อยละ 26.7 และพบมีความรู้น้อยสุดอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี คือ ร้อยละ12.8 ผู้ที่มีอายุน้อยจะให้ความสนใจต่อภาวะสุขภาพน้อย โดยจะให้ความสนใจในเรื่องการศึกษาหน้าที่การงาน (Pontes -

Neto et al., 2008) และการศึกษาของ Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca (2005) พบว่าช่วงอายุ 45-69 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงวัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. **สถานภาพสมรส** จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Huang et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kamran et al. (2007) ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความรู้และใส่ใจสุขภาพมากกว่าผู้ที่ยังไม่สมรส

4. **ระดับการศึกษา** Huang et al. (2007) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า การศึกษาช่วยพัฒนาด้านความคิด การตัดสินใจ การวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างดีซึ่งในผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการเรียนรู้หรือมีความตระหนักรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 11 ปี จะมีความรู้และเฝ้าระวังต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าเนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะสนใจต่อสุขภาพน้อยลงด้วย

5. **รายได้** ผู้ที่มีรายได้ดีมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการพื้นฐานปัจจัยสี่ของบุคคล โดยในผู้ที่มีรายได้ต่ำมักมีปัญหาในการจัดหาปัจจัยพื้นฐานสำหรับชีวิต มีความยุ่งยากในเรื่องการวางแผน แสวงหารายได้และการใช้เงิน Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีรายได้ดี มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

6. **การมีโรคร่วม** พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกลับมีการรับรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ (Parahoo, K., Thompson, K ., Cooper, M., Stringer, M., Ennis ,E., & McCollam, P., 2003) ได้ศึกษาการรับรู้ในประชาชนที่เป็นโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยพบว่าร้อยละ 25 สามารถบอกอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ถูกต้อง และสัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวพบว่าร้อยละ 40 สามารถบอกอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ถูกต้อง

7. **การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** พบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะข้อมูลจากสถานศึกษา ข้อมูลจากการรณรงค์ของสถานพยาบาลสาธารณสุข และสื่อทีวี ตลอดจนความถี่ในการให้ข้อมูลของแต่ละแหล่งมีผลต่อความตระหนักรู้ (Pontes-Neto, O. M., et al., 2008) Marx et al. (2009) พบว่าผู้ที่มี

ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อความรู้ในโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และEvci, Memis, Ergin & Beser (2007) พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว มีผลเพิ่มความรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว การได้พบเห็นพฤติกรรมของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การอยู่ในเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือการได้ดูแลแนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอายุตั้งแต่ 18 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้การประเมินระดับความดันโลหิต โดยยึดถือตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

ระดับความดันโลหิต > 140/90 mmHg ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย

ระดับความดันโลหิต >160/100 mmHg ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง

ระดับความดันโลหิต $\geq$ 180/110 mmHg ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของอุมาพร แซ่กอ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของPandian(2005)

ความเชื่อ หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สั่งสมมาจนกลายเป็นความคิดซึ่งใช้เป็นสิ่งประกอบในการตัดสินการกระทำ ในที่นี้เป็นความเชื่อในเรื่องสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของอุมาพร แซ่กอ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ Essex Cardiac & Stroke Network (2007)

การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเป็นการกระทำซึ่งแสดงออกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของอุมาพร แซ่กอ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของPandian(2005)

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับตั้งแต่ต้น จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร (ปวช/ปวส) ระดับปริญญาตรี และ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับเป็นประจำทุกเดือน อาจเป็นเงินเดือน เงินที่ได้จากกิจการของตนเอง จากบุตรหลาน บุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายประจำเดือน

การมีโรคร่วม หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากหนังสือ ข่าว หนังสือพิมพ์ โดยเฉพาะข้อมูลจากสถานศึกษา ข้อมูลจากการรณรงค์ของสถานพยาบาลสาธารณสุขผ่านทางสื่อต่าง ๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
    1.1 ความหมายความดันโลหิตสูง
    1.2 สาเหตุที่เกิดโรคความดันโลหิตสูง
    1.3 อาการโรคความดันโลหิตสูง
    1.4 ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง
    1.5 การเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
    2.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.3 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
    2.4 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
    2.5 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.6 อาการโรคหลอดเลือดสมอง
    2.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
    2.8 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง
    2.9 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ
4. บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

1.1 ความหมายความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกและสมาคมความดันโลหิตสูงนานาชาติ(World Health Organization [WHO]/ International Society of Hypertension [ISH]) ได้ให้ความหมาย ความดันโลหิตสูงว่าหมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (mild hypertension) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าระหว่าง 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าระหว่าง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

2. ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (moderate hypertension) ระดับความดันขณะโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่า ระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าระหว่าง 100-109 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (severe hypertension) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่า มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

สมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรปและสมาคมโรคหัวใจทวีปยุโรป (European Society of Hypertension [ESH]/European Society of Cardiology [ESC]) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงว่า หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท

นอกจากนี้ในการประชุมครั้งที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee [JNC VII]) ให้ความหมายของหมายความดันโลหิตสูงว่าหมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ในขณะพักและห่างกันอย่างน้อย 20 นาที จึงจะตัดสินว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์การแบ่ง

ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC VII) คล้ายกับการเกณฑ์การแบ่งขององค์การอนามัยโลก แต่การแบ่งมีรายละเอียดต่างกัน ดังนี้

1. ระดับความดันโลหิตปกติ (normal blood pressure) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวน้อยกว่า 80มิลลิเมตรปรอท

2. ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (pre hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

3. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะ 1 (stage 1 hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าระหว่าง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

4. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะ 2 (stage 2 hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วในประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ที่ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบตะวันตก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคนทั่วโลก ขณะที่เครือข่ายความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) พบว่า 1 ใน 4 ของพลโลกทั้งชายและหญิงมีภาวะความดันโลหิตสูง มีส่วนทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตปีละ7.1 ล้านคน มีผลกระทบไม่เฉพาะแต่คนสูงอายุ แต่ได้รุกเข้าสู่วัยทำงานมากขึ้น โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า และ 2 – 4 เท่าเป็นตัวการสำคัญต่อการป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตในคนไทยและคนจีน โดยความดันโลหิตในทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอทที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความเสี่ยงในกลุ่มคนไทยและจีนจะเพิ่มสูงประมาณร้อยละ 35 ในขณะที่กลุ่มชาวตะวันออกจะเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นนอกจากนี้ยังทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อนำมาประเมินภาระโรค พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเกิดจากความดันโลหิตที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท

1.2 สาเหตุที่เกิดโรคความดันโลหิตสูง

สุรเกียรติ (2544) ได้แบ่งสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. พวกที่หาสาเหตุไม่ได้ ส่วนใหญ่ (กว่าร้อยละ 90) จะตรวจไม่พบโรคหรือภาวะผิดปกติหรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (primary hypertension) หรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) แต่อย่างไรก็ตามมักพบว่า ปัจจัยทางกรรมพันธุ์อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค กล่าวคือ ผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องในครอบครัวเดียวกันเป็นโรคนี้ จะมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ไม่มีประวัติดังกล่าว 3 เท่านอกจากนี้ อายุมาก ความอ้วน การกินอาหารเค็มจัดหรือมีเกลือโซเดียมสูง และการดื่มสุราจัดก็อาจเป็นปัจจัยเสริมของการเกิดโรคนี้ ผู้ป่วยพวกนี้ จะเริ่มเป็นเมื่ออายุประมาณ 35 - 55 ปี พบมากในคนอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และยิ่งอายุมากขึ้นก็มีโอกาสพบได้มากขึ้น

2. พวกที่หาสาเหตุได้ ส่วนน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 10) อาจตรวจพบโรคหรือภาวะผิดปกติหรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะถ้าพบในอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือเริ่มมีความดันโลหิตสูง เมื่ออายุมากกว่า 55 ปี เรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension)หรือความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ ดังนี้

2.1 ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือยาฮอร์โมนเอสโตรเจน.สเตอรอยด์ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ยาแก้คัดจมูก ยาลดความอ้วนอะตรีนาลิน และยาแก้ซึมเศร้าร่วมกับยากลุ่มกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก

2.2 ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

2.3 โรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงเลี้ยงไตตีบ โรคไตเป็นถุงน้ำแต่กำเนิด

2.4 หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว ทำให้ความดันช่วงบนสูงอย่างเดียว ส่วนความดันช่วงล่างเป็นปกติ

2.5 โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอกเป็นพิษ (มักทำให้ความดันช่วงบนสูงอย่างเดียว) เนื้องอกของต่อมหมวกไตชนิดฟีโอโครโมไซโตม (ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม น้ำหนักลดร่วมด้วย) เบาหวาน เป็นต้น

2.6 อื่นๆ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงตะกั่วเป็นพิษภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เนื้องอกในสมอง สมองอักเสบ เป็นต้น

1.3 อาการโรคความดันโลหิตสูง

โรคนี้อาจไม่มีอาการหรือมีเพียงเล็กน้อย ประมาณการว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบเลยว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการทำลายอวัยวะต่างๆของร่างกายแล้ว จึงปรากฏอาการแสดงที่เป็นอันตรายคุกคามสุขภาพ (Kaplan, 2002)

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแต่อย่างใด ผู้ป่วยส่วนน้อยอาจมีอาการปวดมึนท้ายทอยตึงที่ต้นคอวิงเวียนศีรษะ มักจะมีอาการในช่วงตื่นนอนใหม่ๆ และอาการดังกล่าวจะทุเลาลงตอนสาย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตุบๆ (สุรเกียรติอาชานุภาพ,2544) ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจะมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวสูงมาก โดยทั่วไปพบว่าสูงเกิน 140 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีการเสื่อมของอวัยวะ อาการที่พบบ่อย คือ อาการทางระบบประสาท คือ มีอาการปวดศีรษะ มึนงง ระดับการรับความรู้สึกเปลี่ยนไป ซึม ตาพร่ามัว การมองเห็นผิดปกติหรือมีอาการชัก อาการเฉพาะที่ เช่น อาการผิดปกติของเส้นประสาทสมอง (cranial nerve palsy) การรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหวผิดปกติ บางรายมีอาการอ่อนแรงของร่างกายบางส่วน เจ็บหน้าอก มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโต ทำให้ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นและอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาการของระบบไตพบการเสื่อมการทำหน้าที่ของไต ไตล้มเหลวเฉียบพลัน ปัสสาวะออกน้อยลงอาจมีปัสสาวะปนเลือด (Kaplan, 2002)

1.4 ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้หลายชนิดขึ้นอยู่กับระดับความดันซิสโตลิคและไดแอสโตลิคที่ผิดปกติ ระยะเวลาที่เป็น การรักษาที่ได้รับ และภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับอวัยวะต่าง ๆ มีดังนี้

1. หัวใจ ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ทำให้ร่างกายมีการปรับตัวโดยหัวใจจะบีบตัวเพื่อต่อต้านระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวโดยเพิ่มความหนาของผนังหัวใจผนังหัวใจห้องล่างซ้ายจึงโตขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการยืดขยาย ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษากล้ามเนื้อหัวใจจะยืดขยายมากขึ้นจนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะโตมากขึ้นแต่การทำงานจะเสื่อมลง ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ หัวใจห้องล่างขวาจึงต้องทำงานหนักจนไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะหัวใจวาย ส่วนอาการเจ็บหน้าอกอาจพบได้เนื่องจากเส้นเลือดหัวใจโคโรนารีเสื่อม รวมทั้งมีความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจที่โตเพิ่มขึ้น ส่วน

การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายพบในระยะหลัง สาเหตุการเสียชีวิตของภาวะความดันโลหิตสูงมักเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจวาย (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์,2546)

2. หลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดภายในเปลี่ยนเป็นขรุขระเนื่องจากระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้น อาจมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ผนังหลอดเลือดหนาและตีบ ขาดความยืดหยุ่น และเกิดการอุดตัน มีการคั่งค้างของเลือดเกิดหลอดเลือดโป่งพองและแตกได้ง่าย (Kaplan,2002)

3. สมอง ระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองหนาและแข็งตัวเกิดการตีบแคบจนอุดตัน เป็นผลให้แรงดันของหลอดเลือดในสมองสูงขึ้นจนหลอดเลือดแตกและมีเลือดออก ทำให้เนื้อสมองถูกทำลายจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงหรือขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เกิดอัมพาตหรืออาจเกิดอัมพาตชั่วคราวจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (transient ischemic attacks) หรืออาจเกิดเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) จากการเพิ่มของความดันโลหิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์สมอง เกิดเซลล์สมองบวม การเกิดอาการทางระบบประสาทจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดการแตก และผลของความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นในกะโหลกศีรษะ การรับรู้ความทรงจำลดลง ในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก ๆ จะเกิดภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง มีอาการสับสน ชัก ซึมหรือหมดสติได้ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์,2546)

4. ไต ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออัตราการเสียหน้าที่ของไต แม้จะมีการเพิ่มขึ้นของระดับความดันเพียงเล็กน้อยก็ตาม ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้หลอดเลือดที่ไตหนาและแข็งตัว ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของอัตราการกรองที่ไต โดยจะมีอัตราการกรองที่ไตลดลง และมีการทำลายหน่วยไต (glomerular) ความสามารถในการกำจัดของเสียลดลงเกิดของเสียคั่งในร่างกาย (Kaplan,2002) ซึ่งถ้าคั่งในระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะโลหิตเป็นพิษ เกิดภาวะไตวาย และเสียชีวิต ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งการชะลออัตราการเสื่อมหน้าที่ของไตที่ได้ผลดีที่สุดคือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด(Kaplan,2002)

5. ตา มักเกิดขึ้นบริเวณจอภาพของลูกตา ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นอาจทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กๆที่ตาเกิดการหนาตัวและตีบแคบ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้นจนอาจแตกและมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม เกิดอาการตามัวหรือตาบอดได้ (Kaplan,2002)

1.5 การเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตทางการแพทย์เดิมเรียกโรคนี้ว่า Cerebrovascular accident หรือ CVA แต่ปัจจุบันเรียกชื่อใหม่ว่าCerebrovascular disease หรือ CVD (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548)

2.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO,2003) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นภาวะรบกวนหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งเป็นแบบบางส่วนหรือทั้งสมอง ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง จนกระทั่งเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง

National Institute of Neurological Disorder and Stroke ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกไม่ว่าจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้(NINDS, 2009)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพออย่างเฉียบพลันเนื่องจากหลอดเลือดอุดตัน หรือแตก ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) และเซลล์สมองตาย (infarction) (AHA, 2008)

2.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ตามสาเหตุของการเกิดโรค และตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

แบ่งตามพยาธิสภาพออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ (AHA, 2008) กล่าวคือ

1. การตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือด (occlusion, ischemic stroke) ทำให้สมองขาดเลือด (ischemic) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดคือ ประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเกิดจาก หลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน (thrombosis) ส่วนใหญ่ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งจากการเกาะตัวของไขมัน (atherosclerosis) ซึ่งเป็นการเสื่อมของหลอดเลือดแดง ส่วนน้อยเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดแดง และความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง เช่น เลือดข้น (polycythemia) หรือสิ่งแปลกปลอมพลัดหลุดเข้าไปในหลอดเลือด (embolism) จึงเกิดการอุดตันในหลอดเลือด ถ้าเกิดสิ่งแปลกปลอมพลัดหลุดเข้าไปในหลอดเลือด (embolism) จึงเกิดการอุดตัน

ในหลอดเลือด ถ้าเกิดการอุดตันเล็กน้อยจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว(transient ischemic attack; TIA)

สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเกิดจากการอุดกั้น หรืออุดตันของหลอดเลือดชั่วคราวจากลิ่มเลือด สิ่งแปลกปลอม ไขมัน หรือฟองอากาศ จึงทำให้การไหลเวียนของโลหิตถูกขัดขวางชั่วคราว จึงส่งผลให้มีภาวะพร่องของระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แขน ขา ชา อ่อนแรง สับสน พูดไม่ชัด มีระยะเวลาเกิดขึ้นประมาณ 2-3 นาที อาการจะหายไปภายใน 1 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 75 มีอาการในระยะเวลาน้อยกว่า 5 นาที ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็น TIA จะนำไปสู่ภาวะ stroke ดังนั้น TIA จึงเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญที่สุดของ stroke (American Heart Association, 2008; National Institute of Neurological Disorder and Stroke, 2008)

2. การแตกของหลอดเลือดสมอง (hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ได้แก่ หลอดเลือดแดงโป่งพอง (aneurysm) เลือดแดงและเลือดดำไหลปนกัน (arteriovenous malformation; AVM) ความดันโลหิตสูง

แบ่งตามอาการแสดงทางคลินิกซึ่งมี 4 ลักษณะ คือ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547)

1. สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack [TIA]) หรือ mini stroke อาจมีสาเหตุมาจากการตีบของหลอดเลือด ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือดที่มาเลี้ยงสมอง ในระยะแรกที่มีการตีบตัน แต่ไม่มีการอุดรูของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ จะทำให้สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วครู่ เกิดสมองเสียหน้าที่เฉพาะแห่งชั่วคราวใน 1-2 ชั่วโมง และ สามารถกลับสู่สภาพปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง อาการแสดงของสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดในสมอง ส่วนมากมักพบร่วมกับการตีบของหลอดเลือดแดงคาโรติด carotid artery atherosclerosis โดยร้อยละ 4 - 8 ของบุคคลที่เคยมีภาวะสมองเสียหน้าที่เฉพาะแห่งจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 เดือน โดยร้อยละ 12-13 เกิดขึ้นภายในปีแรก และร้อยละ 24-29 เกิดขึ้นภายใน 5 ปี

2. สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมง แต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (Reversible ischemic neurological deficit) เนื่องจากสมองขาดเลือดเป็นบริเวณเล็กๆ ในเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไปโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ภาวะนี้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า

3. สโตร๊คที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive stroke) หรือ มีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยดังกล่าวจะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ เป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป เกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ขยายตัว อุดตันหรือสกัดกั้นการไหลเวียนของเลือดมากขึ้น

เรื่อยๆ มีผลให้สมองบวม หมดสติ สมองขยับเคลื่อน มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ใน 2-3 สัปดาห์แรก

4. สโตร๊คที่มีอาการคงที่แล้ว (Complete stroke) เป็นสโตร๊คที่ไม่มีอาการเพิ่มมากขึ้นไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ อาการของโรคอยู่ตัวแล้ว (Stable stroke) ไม่มีการบวมเพิ่มขึ้นของสมองรอบรอยโรคนั้น

2.3 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สมองประกอบด้วยเซลล์สมองจำนวนมากประกอบด้วย สมองส่วนใหญ่ที่สุดเรียกว่า Cerebrum ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของสมองใหญ่ซีกขวา (Right hemisphere) และส่วนของสมองใหญ่ซีกซ้าย (Left hemisphere) โดยที่สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับความรู้สึกของร่างกายซีกซ้าย ส่วนสมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับความรู้สึกของร่างกายซีกขวา สมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมความเข้าใจและการพูด ส่วนสมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ สมองส่วนเล็กที่อยู่ใต้ Cerebrum เรียกว่า Cerebellum ทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลและการทำงานประสานกันของร่างกาย สมองส่วนที่อยู่ลึกที่สุด คือ ก้านสมอง (Brain stem) ทำหน้าที่ควบคุมการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งสมองต้องการออกซิเจนและกลูโคสไปเลี้ยงมากกว่าอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย (ศักดิ์ บวร,2541) แต่สมองไม่สามารถสะสมออกซิเจนและกลูโคสเหมือนกล้ามเนื้อ สมองจึงต้องได้รับออกซิเจนและกลูโคสอย่างสม่ำเสมอจากเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยง ซึ่งถ้าสมองขาดเลือดเพียง 2-5 นาทีจะมีผลให้เซลล์สมองถูกทำลายและตายในที่สุด (Testani-Dufour & Morrison, 1997) ซึ่งพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

การอุดตันของหลอดเลือด (Ischemic stroke)

จากการที่ไขมันในเลือดสูง ไขมันจึงไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว รูหลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน หรือมีลิ่มเลือดอุดตัน เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง แรงดันออกซิเจนในสมองลดลง แรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในสมองเพิ่มขึ้น เกิดกรดแลกติก สมองและเซลล์ประสาทขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย

พยาธิสรีรภาพของการแตกของหลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm)

เมื่อผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอ จึงมีการโป่งพองออก มีลักษณะกลม อาจเป็นถุง ขยายใหญ่และกว้าง บริเวณที่เกิด aneurysm พบมากที่สุดบริเวณ circle of Willis ซึ่งเป็นบริเวณที่เชื่อมต่อของหลอดเลือดแดงใหญ่ และแยกแขนงเพื่อนำเลือด และออกซิเจนมากกว่าร้อยละ 80 ไปเลี้ยงสมอง cerebrum เมื่อการไหลเวียนโลหิตไปกระทบบริเวณที่โป่งพองจึงแตกออก และดันเลือด

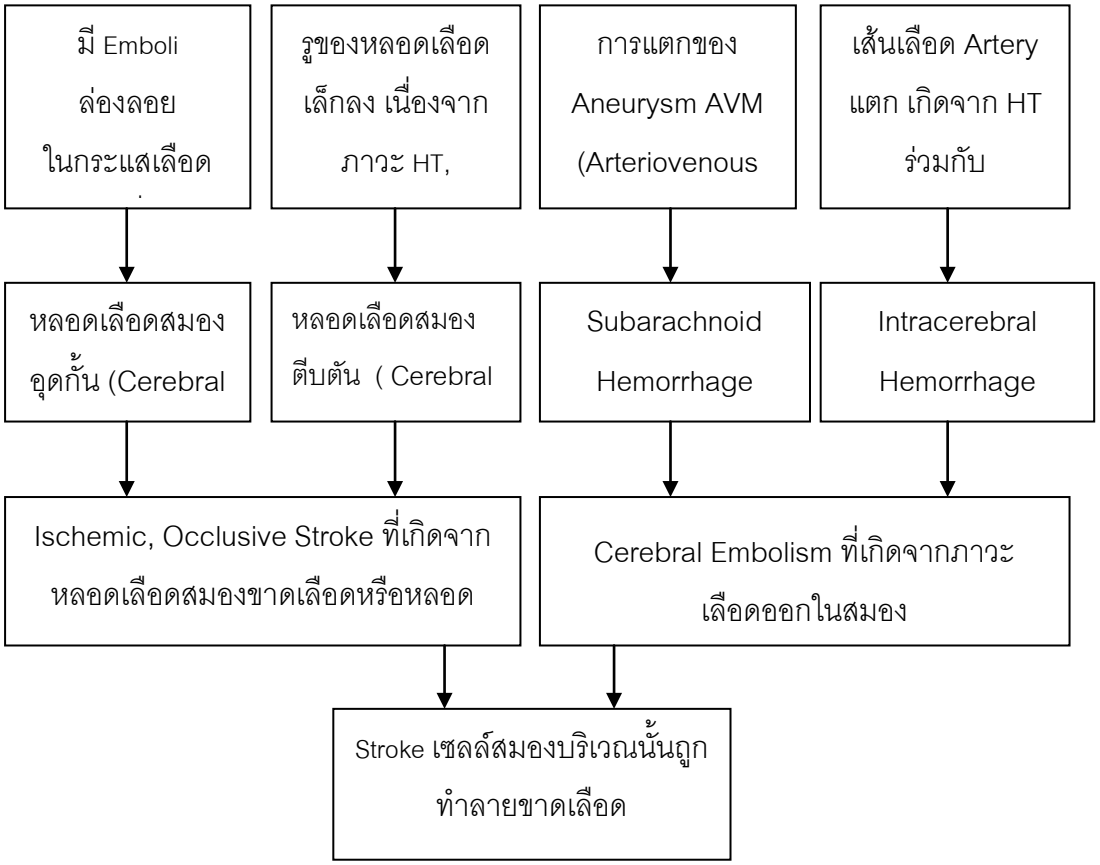
เข้าไปในบริเวณ subarachnoid (SAH) ก้อนเลือดจึงไปกดเนื้อเยื่อสมอง กระตุ้นเส้นประสาท sympathetic ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง เลือดออกซ้ำประมาณ 7 – 10 วัน เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2551)

พยาธิสรีรภาพ AVM

Arteriovenous malformation (AVM) หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและดำที่ส่วนปลายไม่มีหลอดเลือดฝอยเชื่อมโยงระหว่างหลอดเลือดแดงกับหลอดเลือดดำ มักเป็นตั้งแต่กำเนิด ส่วนมากพบในคนที่อายุเฉลี่ย 33 ปี เมื่อเลือดแดงไหลเข้าสู่หลอดเลือดดำ หรือมีเลือดไหลปนกัน (shunted into vein) ทำให้หลอดเลือดดำแตกออก พบมากถึง 90% ในสมองส่วน cerebrum และพบบ่อยใน frontal and temporal lobe โดยเลือดมักออกในสมอง intracerebral hemorrhage (ICH) ก้อนเลือดจึงเบียดเนื้อสมองและเส้นประสาท ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึก การเคลื่อนไหว สูญเสียการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติและเซลล์สมองตาย

พยาธิสรีรภาพหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive hemorrhage)

เมื่อความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดที่หนาตัวและแข็ง (atheroscereosis) ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอ ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป หลอดเลือดจึงแตกออก พบมาก คือ บริเวณภายในสมอง (intracerebral hemorrhage;ICH) เลือดจึงไหลเข้าไปในเนื้อสมอง ก้อนเลือดที่โตขึ้นจะกดเนื้อสมอง ประมาณร้อยละ 90 จะกดสมองส่วน ventricular system ทำให้เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (increased intracranial pressure หรือ IICP) ส่งผลให้ midline และ brain stem เคลื่อน (brain herniation) และถึงแก่กรรม



ภาพที่ 1 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง(ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์,ประสบสุข ศรีแสปา,2549)

2.4 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการขัดขวางการนำเลือดไปเลี้ยงสมอง หรือมีเลือดออกในสมองทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้

1. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2008) เนื่องจากภาวะความดันโลหิตทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงสมองเสียความยืดหยุ่นและอาจตีบแคบ ก่อให้เกิดการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกและอาจทำให้หลอดเลือดบางส่วนเกิดการแตกได้ (Kaplan, 2002)

2. โรคอ้วนและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานผักและผลไม้น้อยเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ร้อยละ 11 (Mackay & Mensah, 2004)

3. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงสัมพัทธ์กับโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นใกล้เคียงกัน (ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2548)

4. ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้นกับเส้นเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง มีการอุดตัน ทำให้มีการขัดขวางเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Hardie et al., 2004)

5. โรคหัวใจโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติกลุ่มอายุเดียวกัน 2 เท่า จากการศึกษา Framingham พบว่าภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ที่ไม่มีโรคลิ้นหัวใจร่วมมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่าของคนปกติกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน

6. การตีบของหลอดเลือดคาโรติดที่บริเวณคอพบมากในชาวตะวันตก อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ในประเทศไทยก็มีสูงพอควร ในผู้ที่มีการตีบของหลอดเลือด คาโรติด น้อยกว่าร้อยละ 75 โดยที่ไม่มีอาการจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดร้อยละ 1.3 ต่อปี ในขณะที่ผู้ที่มีการตีบของหลอดเลือดมากกว่า 75 % จะมีความเสี่ยงถึงร้อยละ 3.3 ต่อปี ถ้านับรวมถึงการมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ด้วยผู้ที่มีหลอดเลือด คาโรติด ตีบมากว่าร้อยละ 75 มีความเสี่ยงถึง ร้อยละ10.5 ต่อปี

7. การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ความเสี่ยงของการเกิดโรคเริ่มลดลงหลังจากการหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับการที่ไม่เคยสูบบุหรี่ หลังการหยุดสูบบุหรี่ได้ 4-5 ปี (Rosamond et al., 2008) และการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100 (Mackay & Mensah, 2004)

8. การดื่มสุรา ผลของแอลกอฮอล์โดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นที่ถกเถียงกัน บางรายงานพบว่าแอลกอฮอล์ไม่มีความเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองเลย บางรายงานก็พบว่ามีผลเฉพาะในผู้ชาย การศึกษาในระยะหลังพบว่าผลของแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป โดยพบว่าผู้ที่ดื่มปานกลางจนถึงดื่มจัดจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ ในขณะที่ในผู้ที่ดื่มปริมาณน้อยอาจช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

9. การขาดการออกกำลังกาย สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 50 (Rosamond et al, 2008)

10. ความเครียดเรื้อรัง การแยกตัวออกจากสังคม การวิตกกังวล และการดื่มสุราสามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Mackay & Mensah, 2004)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้

1. อายุ โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้กับทุกกลุ่มอายุ แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าอัมพาตจะพบมากขึ้นตามอายุทั้งเพศชายและหญิง (American Stroke Association, 2003) ดังนี้

อายุ 45-54ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 1000 ราย

อายุ 56-64ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 100 ราย

อายุ 75-84 ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 50 ราย

อายุ มากกว่า 85 ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 30 ราย

2. เพศ บางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยง (lifetime risk) ที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย (Dyall et al., 2006 อ้างใน Rosamond et al., 2008)โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Rosamond et al., 2008) แต่การศึกษาของ Mackay & Mensah (2004)พบว่าความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกันในทั้งสองเพศ

3. พันธุกรรม ผู้ที่มีบิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว มีประวัติการเจ็บป่วยของด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ (Kiely et al., 1993 อ้างใน Nicolaou et al., 2000)

4. เชื้อชาติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในชนผิวดำ ชาวจีน ชาวญี่ปุ่น (Mackay & Mensah, 2004)

5. การเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนประมาณ ร้อยละ 4 - 7 จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในปีแรก (Burn et al., 1994;Hankey & Warlow, 1999 อ้างใน Hardie et al., 2004) ฮาร์ได และคณะได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจำนวน 328 ราย ในเมืองเพิร์ท ประเทศออสเตรเลีย เป็นเวลา 10 ปี พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไปโดย 1 เดือนแรกมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการกลับเป็นซ้ำสูงถึง ร้อยละ 41 (Hardie et al., 2004)

2.5 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการอาจ

แตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่าง ต่อไปนี้ (American National Institute of Nuerological Disorders and Stroke, 2005)

1. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้าและเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

2. การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที

3. การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

4. มีอาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

5. เวียนศีรษะมีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย

2.6 อาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน หรือขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดล้มลงไป อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หรือ มีความรู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขน ขา ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น กล่าวคือถ้าการตีบตันของหลอดเลือดเกินขึ้นในสมองซีกซ้าย ก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา และอาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย อาการอัมพาตมักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป และจะเป็นอยู่นานหรือตลอดชีวิต

2. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันที

3. ผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แล้วก็มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาค่อย ๆ อ่อนแรง อาจชัก และหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รูม่านตาเล็กทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมักตายใน 1 – 2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาส

ฟื้นและค่อย ๆ ดีขึ้น หรือถ้าได้รับการผ่าตัดได้ทันทีก็อาจช่วยให้รอดได้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

2.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญช่วยให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน คือการทำให้เซลล์ของสมองยังอยู่รอดให้ได้นานที่สุด ถ้าเราสามารถทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลาและในระดับที่เพียงพอ ก็สามารถทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นฟื้นตัวได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ซึ่งการรักษาจะต้องทำภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) การให้ยานี้ผู้ป่วยควรอยู่ในความดูแลของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเท่านั้น หลังจากให้ยาแล้วผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล 2-3 วันเพื่อดูอาการต่อไป หากเกิน 3 ชั่วโมงแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยมากที่สุด การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำของโรค ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงการที่เนื้อสมองตาย จะไม่มีการรักษาใดที่จะทำให้เนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดโดยใช้วิธีการรักษาดังนี้ (อดุลย์ วิริยเวชกุล, 2534)

1.1 รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะ ในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงไม่ลดให้ความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 90–100 ม.ม.ปรอท เนื่องจากกลไกรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตลดต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น นอกจากนี้ในรายหลอดเลือดสมองบริเวณอื่นมีพยาธิสภาพที่จะอุดตันอยู่แล้ว โอกาสที่จะขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นอีก

1.2 การให้ยากันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

1.3 การให้ยากันเลือดแข็ง (Anticoagulant) โดยใช้ในรายสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวและในผู้ป่วยที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน

1.4 ให้ยาลดสมองบวมที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ สเตียรอยด์(Steroid) และสารเข้มข้น (Hyperosmolar) ต่างๆ เช่น Mannitol ซึ่งใช้ในระยะที่สมองบวมมาก

2. โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การรักษามีจุดมุ่งหมายป้องกันเลือดออกเพิ่มขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยเน้นการรักษาแบบประคับประคองส่วนยาที่นิยมใช้มีดังนี้

2.1 ยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากความดันโลหิตสูง แต่การให้ยาลดความดันโลหิตต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเพราะอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

2.2 การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (Evacuation of hematoma)

2.3 การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่าง ๆ ของร่างกาย (Ventricular drainage) ในรายที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

สรุปได้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลง ลดความพิการ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยในรายที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดจากการควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และให้ยาลดสมองบวม ส่วนในรายที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ป้องกันเลือดออกมากขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยการให้ยาและการผ่าตัดรักษา

2.8 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพ (อุไรวรรณ แต่รุ่งเรือง,2543) ระบบต่างๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงที่เกิดร่วม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้

ด้านร่างกาย

1. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว จากพยาธิสภาพส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไปโดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียกผู้ป่วยจะรู้สึกว่าแขนขาหนักขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก หรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลยอาการจะเกิดขึ้นในด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพของสมอง หลังจากนั้นเมื่อพ้นจากการอ่อนปวกเปียกจะเกิดอาการเกร็งโดยจะเกิดอาการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าจะงอและนิ้วเท้าจะงอเข้า (อรฉัตร โตษยานนท์,2539) ซึ่งจากอาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในส่วนของสมองที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (expressive aphasia) เพื่อสร้าง

คำพูดออกมาซึ่งบริเวณนี้เรียกว่า โบคา (Broca's area) ลักษณะของผู้ป่วยคือ มีความบกพร่องในการพูด การเขียนหนังสือแต่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้อื่น รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในส่วนของสมองที่รับความรู้สึกและการเลือกคำพูด (receptive aphasia) ซึ่งเรียกว่าบริเวณเวอร์นิค (Wernike's area) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในด้านการฟัง การเข้าใจคำพูดและการอ่านหนังสือ ผู้ป่วยสามารถพูดได้เป็นคำๆ แต่จับใจความไม่ได้และผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณส่วนที่แปลความรู้สึกทั่วไปของสมองข้างที่เด่น (expressive receptive aphasia) ผู้ป่วยจะมีความพร่องร่วมกันทั้งด้านการรับรู้และการแสดงออกด้านภาษาด้วยความรุนแรงที่เท่ากัน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนเกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติของเส้นประสาทเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากเม้มไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถตวัดอาหารในทิศทางต่างๆได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก (Kernich, 2001) ซึ่งอาการผิดปกติเหล่านี้จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ และอาจเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการสำลักอาหารได้

4. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึกและการรับรู้เวลา ผู้ป่วยอาจจะบอกจุดที่สัมผัสไม่ได้ หรือมีการละเลย มีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อเวลาบุคคล และสถานที่ผิดไป การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ที่พบบ่อยจะเป็นตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้ง 2 ข้าง (homonymous hemianopia) นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางคน อาจมีความผิดปกติในลักษณะมองเห็นภาพซ้อน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ซึ่งมีผลต่อความสมดุลของการนั่งและยืนอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำอาจเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมอง temporal lobe หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองทั้ง 2 ข้าง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผล จินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง (Hucky & Hock, 2003)

6. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย สาเหตุของความผิดปกติของการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ มักจะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ผลของโรคในสมองโดยเฉพาะที่บริเวณสมองส่วน frontal lobe อาจทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ขณะที่บริเวณก้านสมองส่วน Pons อาจทำให้ตัวกระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาการไม่ประสานงานกันระหว่างกล้ามเนื้อหูรูด (sphincter) กับกล้ามเนื้อดีทรูสเซอร์ (detrusor) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2545) ส่วนความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ มีแนวโน้มจะเกิดอาการท้องผูกจากการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ หรือจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้เคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้หรือกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกให้ทราบว่าต้องการถ่ายอุจจาระ

7. มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยที่ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศจะแข็งตัวช้าหรือไม่แข็งตัวในเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง

ด้านจิตใจ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึ่งพาและความผาสุกของบุคคล ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัวจะส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิตการแสดงพฤติกรรมทางจิต ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่

1. ความกลัวและวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตัวเอง กลัวความพิการ กลัวเกิดโรคซ้ำซ้อน กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค มีความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในอนาคต (พรชัย จูลเมตต์, 2540) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยการนอนไม่หลับ หงุดหงิด เรียกร้องความสนใจ

2. ความซึมเศร้า ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญโดยพบว่าเกือบร้อนละ 50 ของผู้ป่วยจะเกิดตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 20 จะยังคงปรากฏอาการภายหลังเจ็บป่วย 1 ปีผ่านไป (Kirkevold , 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟีเบลและสปริงเกอร์ (Feibel and Springer , 1982) ที่พบว่าร้อยละ 26 ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีอาการซึมเศร้าภายใน 6 เดือน และการศึกษาของ Robinson , Bolduc & Price (1987) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มป่วยและอาการซึมเศร้าจะอยู่นาน 7 ถึง 8 เดือน จะมีอาการรุนแรงในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกไร้คุณค่า เป็น

ภาระของครอบครัวและสังคม ขาดคนสนใจรู้สึกมีปมด้อย ผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่าย และสนใจตนเองลดลง ทำให้ฟื้นฟูสภาพได้ไม่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

3. ความรู้สึกสูญเสีย ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ คุณค่าในตนเอง สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาในลักษณะก้าวร้าวโดยการใช้คำพูดหยาบคาย ทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของ บางรายอาจแสดงออกมาในรูปการวางอำนาจ ดูถูกผู้อื่น จู้จี้ และเรียกร้องความสนใจ (สุธีรา ตั้งตระกูล,2537)

ด้านสังคม

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีความห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง จากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ กล่าวคือ ปี 2548 – 2550 พบความชุกโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต เพิ่มขึ้นเป็น 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 1.1) ปี 2551 ผู้ป่วยนอก 980 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 1,629 บาทต่อราย ผู้ป่วยใน 257 ต่อแสนประชากร (446 ราย/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี (แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559)

2.9 **การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** การควบคุมและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551;ESH/ESC, 2007)

1. การควบคุมน้ำหนัก สามารถลดลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เนื่องจากการศึกษาของ Boger(2007) พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง ร้อยละ 49 เทียบกับผู้มีภาวะอ้วนที่ไม่มีภาวะความดันโลหิต ซึ่งมีความเสี่ยงต่อหัวใจและโรคหลอดเลือดเพียง ร้อยละ 17 การควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตรหรือการลดน้ำหนัก โดยการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม จะสามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้

5 - 20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย,2551;ESH/ESC, 2007) จากการศึกษาของ Blumental et al. (2000) เรื่องผลของการออกกำลังกาย และ การลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย(mild hypertension) ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเมตาบอลิซึม และระบบการไหลเวียนโลหิต โดยทำการทดลอง 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ควบคุมอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 5 - 7 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่กลุ่มออกกำ ลังกายสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 4 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต การควบคุมน้ำหนักสามารถทำ ได้โดยการจำกัดปริมาณอาหารที่กินให้มีแคลอรีน้อยกว่า 2000 แคลอรีต่อวัน หลักสำคัญ คือ การรับประทานอาหารเพื่อให้ได้ปริมาณและคุณค่าอย่างเพียงพอสารอาหารต่างๆ และพลังงานที่ได้รับควรจะสมดุลกัน (Kokkinos et al., 2000) จะเน้นการรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้ อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน (1 ส่วน เท่ากับ ผักดิบ 1 ถ้วยตวง หรือผักลวก 1/2 ถ้วยตวง ผลไม้อบแห้ง ผลไม้กระป๋อง น้ำผลไม้ หรือผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล) ข้าวซ้อมมือหรือธัญพืชต่างๆรับประทานอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ส่วน (1 ส่วน เท่ากับขนมปัง 1 แผ่น หรือข้าวหุงสุก เส้นพาสตาสุก 1/2 ถ้วยตวง) ดื่มนมพร่องมันเนย ไขมันและน้ำมันรับประทาน อย่างน้อย วันละ 2-3 ส่วน (1 ส่วนเท่ากับ นมหรือโยเกิร์ต 1 แก้ว หรือ ชีส 1½ ออนซ์ หรือน้ำมันพืชหรือเนยเหลว 1ช้อนชา มายองเนส 1 ช้อนโต๊ะ และน้ำสลัด 2 ช้อนโต๊ะ) ทั้งควรรับประทาน ถั่ว เมล็ดพืชแห้ง 4 - 5ส่วนต่อสัปดาห์(1 ส่วน เท่ากับ ถั่ว 1/3 ถ้วยตวง หรือเนยถั่วและเมล็ดพืชแห้ง 2 ช้อนชา) และรับประทานขนมหวานหรือน้ำตาลทรายให้น้อยกว่า 5 ส่วนต่อสัปดาห์ (1 ส่วน เท่ากับ น้ำตาลทรายเยลลี่หรือแยมผลไม้ 1 ช้อนชา เจลาตินหรือเชอร์เบิต 1/2 ถ้วยตวง หรือ น้ำมะนาว 1 แก้ว) ที่สำคัญต้องรับประทานอาหารให้หลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ (Kokkinos et al., 2000)

2. การใช้อาหารเพื่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง สามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท โดยหลักในการรับประทาน ได้แก่ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551;ESH/ESC, 2007)

2.1 รับประทาน ผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด เนื่องจากมีใยอาหาร (fiber) สูงใยอาหารจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมา ช่วยในการย่อยและดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำ ดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับ ส่งผลให้มีการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง (Bhatt et al.,2007) และจากงานวิจัยวิเคราะห์ ของ Whelton et al. (2005) เรื่องผลของการรับประทานอาหารที่มีใยอาหาร จำนวน 25 เรื่อง พบว่า การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารประมาณ 14 กรัมต่อวัน สามารถลดระดับความดัน

ขณะหัวใจบีบตัว และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เฉลี่ยได้ 1.15 และ 1.65 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ นอกจากนี้อาหารจำพวกธัญพืช ได้แก่ เม็ดเดือย งา ถั่วเมล็ดแห้ง (ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วลิสง ฯลฯ) เป็นต้น จะมีแมกนีเซียมสูง ซึ่งแมกนีเซียมมีส่วนควบคุมการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การที่กล้ามเนื้อหดตัวจะเป็นผลจากแคลเซียมเคลื่อนเข้าภายในเซลล์กล้ามเนื้อ และแมกนีเซียมจะจับกับแคลเซียมเพื่อให้แคลเซียมสามารถไหลออกมาจากเซลล์ ส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อแมกนีเซียมจึงเป็นตัวยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด และมีบทบาทในการขยายตัวของหลอดเลือด ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิต (Bhatt et al., 2007) ผลไม้ประเภท ส้มกล้วย องุ่น ลูกเกด จะมีโปแตสเซียมสูง ซึ่งโปแตสเซียมสามารถลดความดันโลหิต เนื่องจากโปแตสเซียมจะช่วยขับปัสสาวะ ยับยั้งการหลั่ง Rennin จากไต และช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งจะเป็นการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ (Bhatt et al., 2007)

2.2 ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ได้แก่ อาหารมัน ของทอด อาหารมันอาหารใส่กะทิ ลดการบริโภคอาหาร อาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เช่น ประกอบอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน เป็นต้น (Bhatt et al., 2007) รับประทานเนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์ เนื่องจากการศึกษาของ Appleby et al. (2002) ซึ่งศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้บริโภคเนื้อสัตว์ กลุ่มผู้บริโภคเนื้อปลา กลุ่มเจ และกลุ่มมังสวิรัติ พบว่ากลุ่มผู้บริโภคเนื้อปลามีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มผู้บริโภคเนื้อสัตว์

2.3 การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ลดอาหารเค็มและอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทดองเค็ม ซอส น้ำปลา ผงชูรส ลดการรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน (2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ หรือประมาณ1ช้อนชา) สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากโซเดียมจะทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และยังทำให้แรงตึงตัวของผนังหลอดเลือดแดงสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันไดแอสโตลิกสูงขึ้น ฉะนั้นการลดหรือจำกัดโซเดียมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ทำให้มีการคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณเลือดลดลง ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของหัวใจ (Bhatt et al., 2007) ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและในผู้ที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 11.5 และ 7.1 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ

3. การออกกำลังกาย ควรทำควบคู่กับการควบคุมน้ำหนัก ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายแบบ isotonic exercise ซึ่งเป็นการออกกำลังที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลง และอวัยวะมีการเคลื่อนไหว หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิค โดยทำอย่างสม่ำเสมอ ความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด) เนื่องจากการศึกษาของ Blumental et al., (2000) พบว่าความหนักของการออกกำลังกายระดับสูงสุด ไม่มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อการลดระดับความดันโลหิต คือ การออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวของร่างกายท่อนล่าง เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การวิ่ง เป็นต้น การออกกำลังกายประเภทดังกล่าว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย,2551;ESH/ESC, 2007) ถ้าไม่มีเวลาออกกำลังกายควรเดินให้ได้วันละ 10,000 ก้าว (กรมอนามัย, 2550) สิ่งที่ควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ไม่ควรออกกำลังกายแบบ isometric exercise คือ การออกกำลังกายชนิดนี้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีการเกร็งหรือตึงตัว (tension) ของกล้ามเนื้อเพื่อต้านกับแรงต้านทาน ดังนั้น เมื่อมีการออกกำลังกายชนิดนี้ อวัยวะต่างๆจึงไม่มีการเคลื่อนไหวแต่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในลักษณะออกแรงเต็มที่ในระยะสั้นๆ เช่น ออกแรงดันผนังกำแพง ออกแรงบีบวัตถุหรือกำหมัดไว้แน่น การทำหกกบหรือท่าออกกำลังกายอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ เอามือดันพื้นแล้วออกแรงกดดันลง เป็นต้น ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

4. การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้ว/วัน ในผู้ชาย (เอทานอล 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90มิลลิลิตร) และไม่เกิน 1 แก้ว/วันในผู้หญิง และผู้มีน้ำหนักน้อย สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาของ Xin et al. (2001) พบว่าการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถลดความดันโลหิตลงได้ 3.56 มิลลิเมตรปรอท และการศึกษาของ Belin et al. (1996) พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์เกินปริมาณ 1 ออนซ์ต่อวัน สามารถป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองได้เนื่องจากแอลกอฮอล์จะมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น แต่หากดื่มเกินปริมาณที่กำหนดจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Stranges et al. (2004)

พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่รับประทานอาหารมีความเสี่ยงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งผู้ที่มีภาวะอ้วนและรับประทานยาคุมกำเนิดจะทำให้หลอดเลือดขยายมากขึ้น และทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย

5. การงดสูบบุหรี่หรืองดการอยู่ในสถานที่มีควันบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้มีการหลั่งสารเคทีโครามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตนอกจากนี้ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่างกายจะต้านการรักษาด้วยยาโดยทำให้การดูดซึมยาไม่ดี ส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ (Kaplan, 2002) ผู้ที่งดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 1 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 50 และเมื่องดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551;ESH/ESC, 2007)

6. การจัดการความเครียด แม้ว่าภาวะเครียดจะไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ด้วยการทำกิจกรรมที่ลดความเครียด การพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม จึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

7. การรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่จำเป็น ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการนัดติดตามระดับความดันโลหิต เพื่อรับทราบผลการรักษา ทั้งการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กระทำควบคู่ไปด้วย การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ยังเป็นการแสดงถึงความตั้งใจ ความสนใจ การรับรู้ในสุขภาพของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป้าหมายของการรักษา คือ การลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ คือ ระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; NIH, 2004) Mackay & Mensah (2004) รายงานว่าการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตที่สูงได้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้น 2 เท่าต่อการเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว หรือทุก 10 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว Friday et

al. (2002) ได้ทำการศึกษาติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองในรัฐเพ็นซิลวาเนีย (Pennsylvania) ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นระยะเวลา 4 ปี พบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยควบคุมระดับความดันขณะหัวใจคลายตัวให้ต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท นอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดซ้ำได้ ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodgers et al. (1996) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีประวัติสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) และอาการอัมพาตเล็กน้อยในประเทศนิวซีแลนด์พบว่า การลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวโดยเฉลี่ย 10 มิลลิเมตรปรอท จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 34 และการลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวโดยเฉลี่ย 5 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ความเสี่ยงลดลง ร้อยละ 28 จะเห็นได้ว่าการที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้นจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคหลอดเลือดสมอง

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ

แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้

ความหมายของความรู้

Good (1973) ได้ให้ความหมายความรู้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง หรือกฎเกณฑ์ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมได้จากประสบการณ์ต่างๆ บางส่วนได้มาจากผลการประมวลของสมอง

Pandian (2005) ได้ให้ความหมายความรู้ว่า เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

กีรติ บุญเจือ (2542) ให้ความหมายว่า ความรู้คือ ข้อเท็จจริง ความจริง หลักการและข้อมูลในขอบเขตทางสติปัญญาของมนุษย์ที่สะสมไว้โดยอาจได้จากประสบการณ์หรือการค้นหา และในทางปรัชญาความรู้คือ ประสบการณ์ที่จัดระบบระเบียบซึ่งในกระบวนการของการจัดระเบียบ มีทั้งความจำ ความคิด และการใช้เหตุผลรวมอยู่ด้วย

บุญชม ศรีสะอาด (2543) ได้ให้ความหมายของความรู้ เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์มีความสามารถรับรู้ไว้ในสมอง และรวบรวมจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งวัดได้จากความสามารถในการระลึกได้ของมนุษย์

ดังนั้นสรุปแล้ว ความรู้เป็นเรื่องของการรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความจริง หลักการ จากการศึกษาค้นคว้า หรือถ่ายทอดจากบุคคลอื่นอย่างมีเหตุผล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเข้าใจหรือรับทราบข้อเท็จจริง อธิบาย แปลความหมาย เปรียบเทียบ และตัดสินใจที่แตกต่างกัน

แหล่งที่มาของความรู้ แบ่งเป็น 5 แหล่ง (กิติมา ปรีดีดิลก,2540) ดังนี้

1. ความรู้ที่เปิดเผย (revealed knowledge) เป็นความรู้ที่พระผู้เป็นเจ้าผู้ให้เป็นความรู้อมตะที่เชื่อกันว่าความรู้ประเภทนี้ทำให้คนเป็นนักปราชญ์ได้ ได้แก่ความรู้ที่จากคำสอนของศาสนาต่างๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าจริงเพราะความเชื่อใครจะมาดัดแปลงแก้ไขไม่ได้

2. ความรู้ที่มีหลักฐาน (authoritative knowledge) เป็นความรู้ที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญในทางนั้น เช่น หนังสือพิมพ์ พจนานุกรม การวิจัย เป็นต้น

3. ความรู้โดยสัญชาติญาณ (intuitive knowledge) เป็นความรู้ที่เกิดจากการหยั่งรู้ขึ้นมาฉับพลันรู้สึกได้ว่าความรู้มาด้วยตนเอง ทั้งที่ไม่รู้ได้มาอย่างไร รู้แต่ว่าได้ค้นพบสิ่งที่เรากำลังค้นหาอยู่เป็นความรู้ที่ทดสอบได้โดยพิจารณาเหตุผล

4. ความรู้จากเหตุผล (rational knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากการคิดหาเหตุผล ซึ่งแสดงความเป็นจริงอยู่ในตนเอง ปัจจัยที่ทำให้คิดหาเหตุผลไม่ถูกต้อง นั่นคือความลำเอียง ความสนใจ และความชอบ

5. ความรู้จากการสังเกต (empirical knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากการสัมผัส การเห็นหารได้ยิน การจับต้อง การสังเกต

แนวความคิดเกี่ยวกับความเชื่อ

ความหมายของความเชื่อ

Fishbein,Mertin and Ajzen (1975) ได้ให้ความหมายความเชื่อไว้ว่า เป็นการพิจารณาถึงความน่าจะเป็นที่ได้รับอิทธิพลจากความรู้สึกส่วนตัว (Subjective Probability) ของบุคคลในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมาย (Object) ของความเชื่อกับลักษณะของเป้าหมาย (Attribute) โดยลักษณะของเป้าหมายในที่นี้หมายถึง มโนทัศน์ (Concept) คุณค่า (Value) ลักษณะของบุคคล (Trait) คุณสมบัติ (Property)คุณภาพ (Quality) ลักษณะภายนอก (Characteristic) ผลที่ปรากฏ (Outcome) หรือเหตุการณ์ (Event)

Gronbeck and Bruce E (1990) หมายถึง ความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ว่าถูกหรือผิด ซึ่งความคิดดังกล่าวเกิดจากประสบการณ์ตรงหรือจากสิ่งที่ได้ยินได้ฟังมา ความเชื่อของแต่

ละบุคคลจะมีระดับความแน่ใจต่างกัน และความเชื่อบางครั้งก็อยู่ในรูปของสิ่งที่สามารถพิสูจน์ได้หรือที่เรียกว่าข้อเท็จจริง ในขณะที่บางครั้งก็อยู่ในรูปของความคิดเห็นส่วนบุคคล

Glanz (2002) ได้ให้ความหมายความเชื่อไว้ว่า เป็นความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆเป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของBecker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งความเชื่อของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของความเชื่อเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า ความเชื่อ หมายถึง ความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆว่า มีหรือไม่มี ถูกหรือผิด โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายกับลักษณะของเป้าหมายนั้น ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ตรงของบุคคลหรือการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น

ประเภทของความเชื่อ

นักจิตวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ได้แก่ (Fishbein,Mertin and Ajzen,1975) ได้แบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความเชื่อที่เกิดจากประสบการณ์ตรง หมายถึง ความเชื่อที่เกิดจากการที่บุคคลได้มีประสบการณ์โดยตรงกับเป้าหมายของความเชื่อโดยผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การเห็น การได้ยิน การได้ลิ้มรส การได้กลิ่น หรือการได้สัมผัส ประสบการณ์ที่ได้นั้นอาจผ่านระบบประสาทอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างร่วมกัน เช่น บุคคลเชื่อว่าดวงอาทิตย์ขึ้นทางทิศตะวันออกเพราะได้เห็นด้วยตาของตนเอง

2. ความเชื่อที่เกิดจากการได้รับข่าวสาร หมายถึง ความเชื่อที่เกิดจากการที่บุคคลได้รับข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ โดยที่บุคคลไม่เคยมีความเชื่อเช่นนั้นจากประสบการณ์ตรงมาก่อน แหล่งต่าง ๆ ในที่นี้ ได้แก่ คนอื่นๆ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น สำหรับความเชื่อประเภทนี้ถือว่าเป็นความเชื่อที่เกิดจากแหล่งปัจจัยภายนอก

3. ความเชื่อที่เกิดจากการอนุมาน หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลมีจากการอนุมานความเชื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงอย่างเดียวหรือจากความเชื่อหลายอย่างที่เกิดจากประสบการณ์ตรง จากความเชื่ออย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างที่ได้รับข่าวสารมา หรือความเชื่อที่เกิดจากประสบการณ์ตรง

ผนวกกับความเชื่อที่เกิดจากการได้รับข่าวสาร สำหรับวิถีทางที่บุคคลมีความเชื่อที่เกิดจากการอนุมานสามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ การที่บุคคลใช้การเชื่อมโยงความเชื่อที่เคยมีมาในอดีตมาใช้ เช่น บุคคลมีความเชื่อที่เกิดจากประสบการณ์ตรงว่าคนร้องไห้เมื่อเสียใจ ดังนั้นเมื่อบุคคลพบเห็นบุคคลอื่นร้องไห้ในเวลาต่อมา บุคคลก็จะมีความเชื่อที่เกิดจากการอนุมานว่าบุคคลนั้นร้องไห้เพราะเสียใจ ลักษณะที่สอง คือ ความเชื่อที่บุคคลใช้ระบบตรรกศาสตร์ในการอนุมาน เช่น บุคคลได้เห็นว่า นาย ก สูงกว่า นาย ข และก็ได้เห็นว่า นาย ข สูงกว่านาย ค ดังนั้นแม้ว่าบุคคลนั้นจะไม่เห็นนาย ก กับ นาย ค พร้อมกัน แต่หลักตรรกศาสตร์ก็ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่านาย ก สูงกว่า นาย ค

จากแนวคิดข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ความเชื่อที่เกิดจากประสบการณ์ตรงเป็นความเชื่อที่บุคคลได้ประสบโดยผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของตนเอง ในขณะที่ความเชื่อที่เกิดจากการได้รับข่าวสารเป็นความเชื่อที่เกิดจากแหล่งต่างๆ ที่ถือว่าเป็นปัจจัยภายนอก และความเชื่อที่เกิดจากการอนุมานเป็นความเชื่อที่บุคคลอนุมานจากประสบการณ์ตรงหรือจากการได้รับข่าวสาร หรืออนุมานจากการรวมกันระหว่างประสบการณ์ตรงและจากข่าวสารแหล่งต่าง ๆ

แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม

เฉลิมพล ตันสกุล (2541)ได้ให้นิยามไว้ว่า หมายถึง การกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม โดยต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุกำหนดให้บุคคลเลือกตัวอย่างตัดสินการกระทำดังที่ปรากฏออกมา เช่น การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การงดบริโภคเนื้อสัตว์เมื่อตั้งครรภ์ นอกจากนี้จะต้องรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคล ซึ่งคนอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น เจตคติ (Attitude) ความรู้ (Knowledge) ความเชื่อ (Belief)

พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงอาจแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคลซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม สั่งการ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบฉีดโลหิตของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ และความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่นไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้นอกจากใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัดหรือสัมผัส ส่วนพฤติกรรม

ภายนอก หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การเดิน การนั่ง การยืน การเขียนหนังสือ เป็นต้น (ธิดาทิพย์ ชัยศรี,2541)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม สามารถแบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค เช่น การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ การพาบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ เช่น การนอนพักอยู่บ้านแทนที่จะไปทำงาน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การเลิกสุรา เป็นต้น

องค์ประกอบพฤติกรรม (Bloom, 1975) ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ / พุทธปัญญา(Cognitive domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายสาเหตุการเกิดโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective domain)หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบหรือไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาชูกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะของพฤติกรรม (ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา,2549) ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินความจำเป็น การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไป แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จากความหมายต่าง ๆ ของพฤติกรรม สรุปได้ว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทั้งที่สังเกตได้ คือ พฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกและที่สังเกตไม่ได้คือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่าง ๆและทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น ในส่วนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ การที่จะเกิดพฤติกรรรมด้านการปฏิบัตินั้นจะต้องเกิดพฤติกรรมทางด้านความรู้ว่าบุคคลนั้นมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่าง ๆ อย่างไร และมีพฤติกรรมทางด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติตามมา

ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีจึงควรส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเน้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ถ้าบุคคลปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ และอาหารแป้งอื่น ๆ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่อาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เกลือ โซเดียม แอลกอฮอล์ และอาหารที่ให้พลังงานสูง จะส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (ธิดาทิพย์ ชัยศรี,2541) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องจำกัดหรือควบคุมอาหารดังกล่าวเพื่อไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ภาวะวิกฤติได้ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตามมาทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้น

การประเมินความรู้

เนื่องจากความรู้เป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นพฤติกรรมเชิงภาวะสันนิษฐาน (Hypothetical Construct) ค่อนข้างเป็นนามธรรมและมีการเปลี่ยนแปลงได้ เกี่ยวกับความรู้สึก

สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Conscious of Something) และรับรู้ (Recognition) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับต้าน ความรู้สึก อารมณ์ ดังนั้นการที่จะนำการวัดและการประเมินผลจึงไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่วัดได้จากกการสรุปสันนิษฐาน จากการแสดงออกหรือจากการสอบถาม จึงจำเป็นต้องมีหลักการและ วิธีการตลอดจนเทคนิคเฉพาะจึงจะวัดความรู้และอารมณ์ดังกล่าวออกมาให้เที่ยงตรงและเชื่อมั่น เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกอารมณ์นั้นมีหลายประเภทด้วยกัน ดังนี้ (นริศ ทวีสุข,2541 : 39 อ้างใน ยงยุทธ ธนิทกุล,2546 : 335 - 336)

1. วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) อาจเป็นการสัมภาษณ์แบบที่มีโครงสร้างแน่นอน (Structure interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่มีคำถามและคำตอบไว้ให้เลือก หรืออาจเป็นแบบไม่มี โครงสร้าง (Unstructured interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่เพียงแต่ป้อนคำถามแก่ผู้สัมภาษณ์เพียง เล็กน้อย โดยการถามตอบเป็นไปแบบอิสระและลำดับการถามตอบอาจเปลี่ยนไปให้สอดคล้องกับ สภาพการณ์และตัวผู้ถูกสัมภาษณ์

2. แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามอาจเป็นชนิดเปิด หรือปิด หรือผสมระหว่างเปิดกับปิดก็ได้

3. แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) เป็นเครื่องมือวัดชนิดที่ได้ตรวจสอบว่าเห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย มีหรือไม่มี สิ่งที่กำหนดในรายการอาจอยู่ในรูปของการทำเครื่องหมายตอบหรือว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ ก็ได้

นอกจากนี้สิ่งกำหนดตามรายการอาจแบ่งเป็นข้อคำถาม (JohnW.Best, 1981:181-182) ได้กล่าวถึงข้อคำถามว่าประกอบด้วย คำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ซึ่งมีเกณฑ์ การให้คะแนนตามวิธีของ ลิเคอร์ท (Likert ' s scale) คือ

คำถามเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

คำถามเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน

ไม่เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน

4. มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็นเครื่องมือชนิดที่มีข้อความเกี่ยวกับเรื่องที่ จะให้ผู้ตอบพิจารณาพร้อมกับคำตอบ ที่แสดงความเข้มเกี่ยวกับเรื่องนั้นเป็นระดับมาก-น้อยสูง-ต่ำ ส่วนใหญ่ใช้ตั้งแต่ 3 ระดับขึ้นไป

5. การใช้ความหมายภาษา (Semantic differential technique หรือ S.D.) เทคนิคการวัด โดยใช้ความหมายของภาษาของ ออสกู๊ด เป็นเครื่องมือวัดที่ประกอบด้วยข้อให้เลือก 7 ข้อ โดยจะให้กลุ่มบุคคลที่จะศึกษาประเมินค่า (Rate) และการประเมินค่านั้นใช้คุณศัพท์ที่ตรงข้ามกันและมี ลำดับความมากน้อยทั้งหมด 7 อันดับ

การประเมินความรู้มีลำดับดังนี้ (ชวาล แพรัตนกุล, (2526) อ้างใน ยุพิน ชัยราชา, 2541)

1. การรวบรวมข้อมูล ข้อมูลนั้นอาจมาจากเอกสาร รายงานการศึกษาและงานวิจัย

2. การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้แน่ในว่าข้อมูลนั้นนำมาใช้ในการสร้างแบบวัดนั้นมีความเหมาะสมกับการที่จะตอบหรือใช้วัดกับกลุ่มตัวอย่าง

3. เขียนแบบวัด โดยการสร้างสถานการณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมาโดยการตรวจสอบแบบตรวจสอบรายการ

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด เมื่อสร้างแบบวัดตามเนื้อหาที่กำหนด แล้วนำแบบวัดไปปรึกษานักวิชาการที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่จะศึกษาเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของการใช้ภาษาและขอบเขตของเนื้อหา จากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้ แล้วตรวจให้คะแนน วิเคราะห์คุณภาพของแบบวัด ปรับปรุงคุณภาพของแบบวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แล้วนำไปใช้จริงตามลำดับ

การสร้างมาตรวัดจากชุดข้อคำถาม (Questionaires that from scale)แบ่งออกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) Summated Rating Scales 2) Equal Appearing Scales และ 3) Cumulative Scales (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2535)

Summated Rating Scales คือ ชุดข้อความที่ผู้ประเมินต้องประเมิน โดยตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่ มากน้อยเพียงใดคะแนนที่ได้ของผู้ตอบแต่ละรายจะเป็นผลรวมของทุกข้อ ซึ่งอาจเป็นคะแนนดิบหรืออาจหารด้วยจำนวนข้อหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นอาจจะแบ่งคำตอบในมาตรวัดประเภทนี้ ออกเป็น 4 ช่วง เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน เท่ากับ 4) เห็นด้วย (คะแนนเท่ากับ 3) ไม่เห็นด้วย(คะแนนเท่ากับ2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(คะแนนเท่ากับ1) โดยไม่อนุโลมให้ผู้ตอบไม่แน่ใจ

ไม่มีความเห็น หรือรู้สึกเฉยๆ และสำหรับมาตรวัดที่นิยมใช้ได้แก่มาตรวัดแบบ Summated Rating Scalesที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ก็คือ มาตรวัดที่สร้างโดยเรนสิส ลิเคิร์ท (Rensis Likert) ซึ่งเรียกชื่อตามผู้คิดค้นว่า มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert - type Scale)

Equal Appearing Scales เป็นมาตรวัดที่พยายามจะวัดในระดับการวัดแบบช่วงซึ่งครอบคลุมถึงมาตรวัดประเภทอื่นๆ เช่น Paired Comparison Scale ของ Thurstone และ Successive Intervals ของ Saffir ในที่นี้จะพูดถึงเฉพาะมาตรวัดของเทอร์สโตน ซึ่งกล่าวได้ว่ามีชื่อเสียงมากที่สุดในการวัดแบบนี้

Cumulative Scales หรือ Guttman Scales มาตรวัดประเภทนี้เป็นมาตรวัดในมิติเดียว ประกอบด้วยชุดข้อความที่ผู้ตอบลงความเห็นว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยชุดข้อความมีไม่มากข้อ อาจจะเพียง 4 - 5 ข้อขึ้นไป แต่ชุดข้อความนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่อเนื่องคือ คนที่เห็นด้วยกับข้อที่ 2 ก็จะต้องเห็นด้วยกับข้อที่ 1 และคนที่เห็นด้วยกับข้อที่ 3 ก็จะต้องเห็นด้วยกับข้อที่ 1 และ 2 เป็นต้น

การประเมินความความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีแบบประเมินดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทยของ อุมาพร แซ่กอ (2552) มีลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ คำถามประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13 ข้อ ซึ่งหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .88

2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทยของอุมาพร แซ่กอ (2552) ได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า วัดเป็น เห็นด้วยที่สุด เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย (Bloom, 1971) ประกอบด้วย ความเชื่อด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 22 คะแนน ซึ่งหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ.85

3. แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทยของอุมาพร แซ่กอ (2552) ได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดเป็นปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ (Bloom, 1971) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 18 คะแนน ซึ่งหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ.85

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. **เพศ** จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงตระหนักรู้ในโรคอื่นมากกว่า เช่น โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของเพศหญิงน้อยลง (Fogle et al., 2008) นอกจากนั้นในเรื่องลักษณะนิสัยส่วนบุคคลและบทบาทหน้าที่ในเรื่อง เพศหญิงที่ต่างจากเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน โดยเพศหญิงเป็นเพศที่มีกระบวนการตัดสินใจช้า มีความลังเล มีความกลัวมากกว่าเพศชาย (Mandelzweig, Goldbourt, Boyko & Tanne, 2006) และจากการศึกษาสมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกาในปี 2005 พบว่าเพศหญิงเพียงร้อยละ 20 มีความกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ พบร้อยละ50ของเพศหญิง ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเสียชีวิตในโรคหลอดเลือดสมอง และไม่มีความสนใจในโรคดังกล่าว (Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca, 2005)

2. **อายุ** จากการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เรียกหน่วยรับการรักษาร้อยละ 46.3และ จัดการด้วยวิธีการอื่นๆ ร้อยละ 53.7 และสามารถเรียกรถ EMS ได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 39.9และเรียกรถ EMS ไม่ถูกต้องร้อยละ 60.1 และมีความไม่ตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ22.7 และในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี สามารถเรียกหน่วยรับการรักษาได้ร้อยละ 55.5 และ จัดการด้วยวิธีการอื่นๆ ร้อยละ 44.5 และสามารถเรียกรถ EMS ได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 27 และเรียกรถ EMS ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 73 และมีความไม่ตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 12.4 (Pontes - Neto et al., 2008) และการศึกษาของ Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca (2005) พบว่าช่วงอายุ 45-69 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงวัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. **สถานภาพสมรส** จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Huang et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kamran et al. (2007) ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้และใส่ใจสุขภาพมากกว่าผู้ที่ยังไม่สมรส

4. **ระดับการศึกษา** จากการศึกษาของ Nolte, Jungehulsing,Rossnagel, Roll, Haeusler & Reich et al. (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมองระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 225 คน พบว่าระดับการศึกษาน้อยกว่า 11 ปี ไม่สามารถ บอกเกี่ยวกับอาการเตือนได้ และเป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Wahab et al, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pontes-Neto et al. (2008) และการศึกษาของ Pandian et al. (2005) ที่กล่าวว่าระดับการศึกษามีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2007) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า

5. **รายได้** ผู้ที่มีรายได้ดีมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการพื้นฐานปัจจัยสี่ของบุคคล โดยในผู้ที่มีรายได้ต่ำมักมีปัญหาในการจัดหาปัจจัยพื้นฐานสำหรับชีวิต มีความยุ่งยากในเรื่องการวางแผน แสวงหารายได้และการใช้เงิน Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีรายได้ดี มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ ปานกลาง และรายได้ต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

6. **การมีโรคร่วม** พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกลับมีความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ (Parahoo, K., Thompson, K., Cooper, M., Stringer, M., Ennis E., & McCollam, P., 2003) ได้ศึกษาความตระหนักรู้ในประชาชนที่เป็นโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยพบว่าร้อยละ 25 สามารถบอกอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ถูกต้องและสัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวพบว่าร้อยละ 40 สามารถบอกอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ถูกต้อง และ Wahab, K.W., et al (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนชาวไนจีเรีย พบว่าประชาชนกลุ่มที่มีโรคร่วมมากไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 60.4

7. **การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** จากการศึกษาของPontes-Neto et al. (2008) ในประเทศ บราซิล พบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีน้อยโดยร้อยละ 31.5 ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ ของคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ พบว่า ร้อยละ 40.7 ได้รับข้อมูลจากสถานศึกษา ร้อยละ 17.3 ได้รับข้อมูลจากการรณรงค์ของสถานพยาบาลสาธารณสุข และ ร้อยละ 28.4 จากสื่อโทรทัศน์ซึ่งความถี่ในการให้ข้อมูลของแต่ละแหล่งค่อนข้างน้อย และพบว่าโทรศัพท์ซึ่งเป็นอุปกรณ์สื่อสารในการใช้กรณีฉุกเฉินเพื่อเรียกรถพยาบาล ของประชาชนส่วนใหญ่ขาดแคลนการใช้

เทคโนโลยีดังกล่าว การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และการรักษา ในประชาชนทางตอนเหนือของประเทศอินเดียพบว่า การได้รับข้อมูลมีผลต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง โดยทางตอนเหนือของประเทศอินเดีย โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 39.9จากญาติ ร้อยละ32.1 จากเพื่อน ร้อยละ 9 จากการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 6.4 จากการอ่านหนังสือพิมพ์ร้อยละ 3.6 ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และเพียงร้อยละ 1.1 ได้รับจากการฟังวิทยุ (Pandian et.al., 2000) ส่วนการศึกษาของ Parahoo, Thompson, Cooper, Stringer, Ennis & McCollam (2003) พบว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จาก สื่อโทรทัศน์และเพื่อนบ้านหรือจากครอบครัว เท่ากันร้อยละ 60 และส่วนน้อยสุดได้รับความรู้จากบุคลากรทางวิชาชีพ ร้อยละ 21

4. บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การป้องกัน (Prevention) (อุไร, 2543)

การป้องกันโรค หมายถึง ยับยั้งไม่ให้เกิดโรค ขจัดการเกิดโรค ได้แบ่งการป้องกันโรค 3 ระดับ คือ

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

2. ระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก การลดระยะเวลาและความรุนแรงในการเกิดโรค เพื่อให้เข้าสู่ภาวะสุขภาพดีปกติโดยเร็วที่สุด การวินิจฉัยเริ่มต้นและการรักษาที่ฉับพลัน ได้แก่ ค้นหาผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การสำรวจคัดกรอง การตรวจหาเพื่อที่จะรักษาและป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือสิ่งที่จะตามมา ลดการเกิดภาวะทุพลภาพหรือพิการ หยุดยั้งความพิการ ได้แก่ การรักษาที่เหมาะสมเพียงพอที่จะหยุดการ

เกิดโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จัดหาสิ่งที่จะช่วยอำนวยหรือใช้ในการป้องกันความพิการหรือตาย

3. ระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นขั้นหยุดกระบวนการเกิดโรคและป้องกันความพิการ วัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคคลมีศักยภาพสูงสุด อยู่ในสังคมตามข้อจำกัดที่มีอยู่โดยกระทำให้ดีขึ้น ฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การจัดอำนวยความสะดวกทรัพยากรที่โรงพยาบาลและชุมชน เพื่อที่จะฝึกฝน ให้คำแนะนำให้บุคคลมีความสามารถสูงสุดตามศักยภาพ ให้ความรู้แก่ชุมชนและโรงงานให้รับผู้พิการเข้าทำงานเต็มตามศักยภาพที่เหลืออยู่ จัดงานบำบัดในโรงพยาบาล มีการรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มหรือสมาคมของคนทุพพลภาพ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถป้องกันได้ 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการส่งเสริมให้ประชากรมีสุขภาพดี เริ่มต้นด้วยการให้รู้จักการดูแลสุขภาพตนเอง สนใจและเอาใจใส่ในสุขภาพของร่างกายและจิตใจ โดยการกระตุ้นเผยแพร่ความรู้ และให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหารที่ถูกต้องโดยรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนในปริมาณเพียงพอ ลดอาหารเค็ม ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดแข็งได้ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเป็นประจำ เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาโดยเฉพาะพวกไขมันอิ่มตัว เช่น มันหมู มันไก่ ไข่แดง และกะทิมะพร้าว รวมทั้งอาหารหวานจัดเป็นต้น ซึ่งจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง และควรรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัย เช่น วัยสูงอายุควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายมีกากใยและรับประทานพวกเนื้อสัตว์ลดลง และไม่ควรรับประทานมากเกินไป การดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอก็เป็นสิ่งจำเป็นต่อการมีสุขภาพดี

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

1.3 การออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพที่สำคัญ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม จะช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีการไหลเวียนเลือดดี การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายดี และยังช่วยลดความเครียดได้อีกด้วย การขาด

การออกกำลังกาย มักจะทำให้เกิดโรคหัวขาดเลือดได้ง่าย แม้ว่ายังไม่มีการยืนยันที่แน่ชัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่การออกกำลังกายก็เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี และป้องกันโรคต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายจะมีปริมาณไขมันในเลือดลดลงอีกด้วย

1.4 การควบคุมน้ำหนัก ความอ้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายอย่าง เช่น พบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของ Glucose Tolerance และระดับอินซูลินสูงขึ้นหลังลดอาหาร หรือรับประทานกลูโคส การเพิ่มของอินซูลินนี้จะมีความสัมพันธ์กับการดื้อของอินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ และยังพบว่าคนอ้วนมักจะมีไขมันในเลือดสูงด้วย เช่น ระดับคลอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอร์ไรด์ ในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งภาวะดังกล่าว เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ก็จะช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้

1.5 หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่างๆ การดื่มแอลกอฮอล์มากจะทำให้ร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารลดลง นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากหลอดเลือดสมองแตกได้บ่อย ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมที่ขึ้นกับภาวะความดันโลหิตสูง หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นการป้องกันสาเหตุส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

1.6 การผ่อนคลายความเครียด ความเครียดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลายอย่าง เช่นความดันโลหิตสูง และยังทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความเครียดยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้สูง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่ฝึกจิตใจให้สงบได้ จะทำให้ความดันโลหิตลดลง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการผ่อนคลายโดยการออกกำลังกาย การทำให้จิตใจปลอดโปร่งแจ่มใส ก็จะช่วยให้ชีวิตมีความสุข มีสุขภาพจิตและกายที่ดีตามมา

1.7 มีการประเมินภาวะสุขภาพเป็นประจำ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้เช่น โรคทางกรรมพันธุ์ ความเสื่อมตามวัย เป็นต้น แม้จะยังไม่มีอาการแสดงให้เห็นเด่นชัด ก็ควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะให้การรักษาแต่แรกเริ่มและป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่ยากต่อการรักษา หรือเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการให้คำแนะนำอาการเตือนในระยะเริ่มแรก บุคลากร

ในทีมสุขภาพควรให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ต้องขังเกี่ยวกับอาการเตือนในระยะแรกของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เช่น การเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ควรให้ความสำคัญและให้การดูแลรักษาแต่เริ่มแรกเมื่อตรวจพบ และไม่ปล่อยเนินนานจนสมองขาดเลือดอย่างถาวร นอกจากนี้ยังควรให้การศึกษาแก่ผู้ต้องขังให้มีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ เบาหวาน การสูบบุหรี่ การรับประทานยาคุมกำเนิด

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

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Pontes-Neto et al. (2008) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับ ความตระหนักรู้ของโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนทั่วไป ประเทศบราซิล ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลจากประชากรประเทศบราซิล จำนวน 814 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.9 อายุโดยเฉลี่ย 39.2 ปี โดยมีอายุในช่วง18-80 ปี และพบว่าในประเทศบราซิล ใช้คำที่ใช้เรียกโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกันถึง 28 คำ ร้อยละ 22 ไม่ตระหนักรู้ในอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพียงร้อยละ 34.6 บอกได้ถูกต้องเกี่ยวกับหมายเลขบริการฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการ ประชาชนที่เรียกใช้บริการรถฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้นกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 51 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษาที่สูงกว่า 11 ปี มีผลต่อการเรียกรถบริการฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการและทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Schneider et al. (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ของโรคหลอดเลือดสมองโดยต้องมีอายุมากกว่า 75 ปี และอายุน้อยกว่า 35 ปี จะมีความตระหนักรู้น้อยกว่ากลุ่มอื่น

Wyatt, S. B., et al. (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองเช่นกันโดยพบว่าเพศหญิงมีความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากว่าเพศชาย โดยเฉพาะเพศชายที่สูบบุหรี่จะมีการใส่ใจต่อสุขภาพลดลงและเข้าตรวจรับการรักษาน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.001$)

Evci, Memis, Ergin & Beser (2007) ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนประเทศตุรกี พบว่าร้อยละ 28 ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากเส้นเลือดสมองตีบและร้อยละ18 เกิดจากการที่หลอดเลือดสมองแตก และมีผู้ที่ทราบเกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองโดยทราบดังนี้ ร้อยละ 37 ทราบว่าจะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ร้อยละ 26.8 ทราบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและร้อยละ 14 ทราบว่ามีอาการชาร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง และพบว่าในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มตัวอย่างพบร้อยละ 64 ทราบเพียง 1 อาการที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้จากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว

Wahab, K.W., et al (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับ อาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนชาว ไนจีเรีย ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานหรือได้รับการวินิจฉัยทั้งสองโรค โดยมีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 225 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.7 เพศหญิงร้อยละ 57.3 ในเรื่องอาการเตือน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ชาวไนจีเรียไม่ทราบ เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 60.4 ทราบว่าจะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง พบร้อยละ 24.4 ทราบว่ามีอาการวิงเวียนและการทรงตัวของร่างกาย พบร้อยละ 13.3 พบเพียงร้อยละ 2.2 ที่ทราบว่ามีการมองเห็นผิดปกติ และพบว่าถึงแม้ประชนชาวไนจีเรีย จะมีระดับการศึกษาสูง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าประชานกลุ่มดังกล่าวจะมาตรวจรับการรักษาอย่างทันท่วงที พบร้อยละ 40 ของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมากกว่า 11 ปี ตอบถูกเกี่ยวกับอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องเพียง 1 อาการพบร้อยละ 26.2 ตอบถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนได้ถูกต้องเพียง 2 อาการ และพบร้อยละ 4.4 ที่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 3 อาการ หรือมากกว่า

Neau, Ingrand & Godeneche (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนชาวฝรั่งเศส พบว่า ร้อยละ 62.3 สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตอบได้น้อยกว่าครึ่ง ของประชากรที่ศึกษา โดยแหล่งของการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนมีความคล้ายคลึงกันได้แก่ หนังสือ วารสารหนังสือพิมพ์ หรือจากสมาชิกครอบครัว หรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและแพทย์ที่ตรวจรักษาโรคทั่วไป

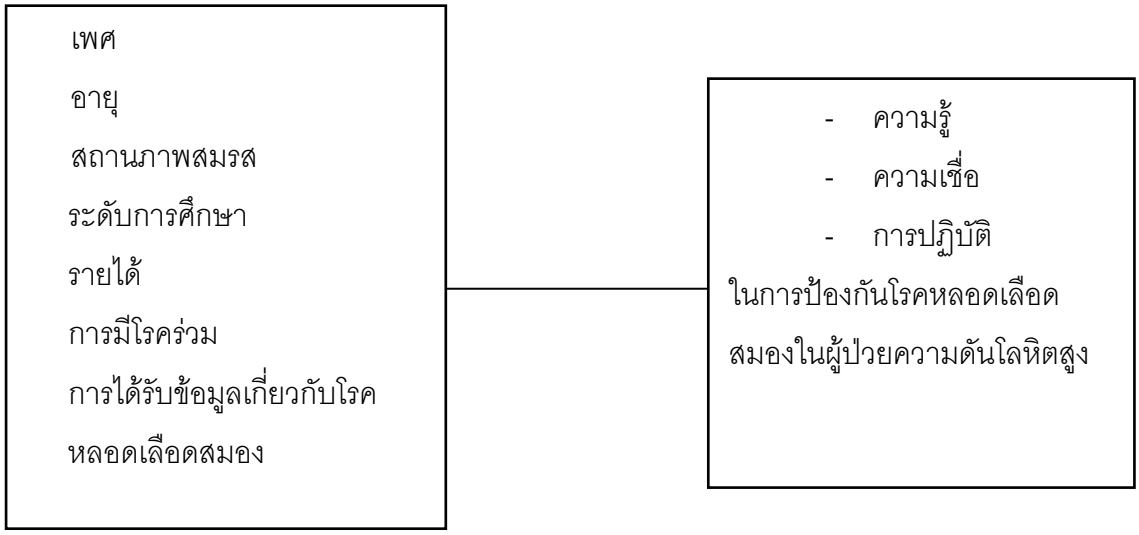
Yoon et al. (2001) ศึกษาในประชากรทั่วไปจำนวน 822 คน พบว่า ผู้มีอายุน้อย (p = 0.01) เพศชาย (p = 0.03) ระดับการศึกษาสูง (p = 0.002) มีประวัติเป็นโรคหัวใจ (P = 0.02) ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (p = 0.0009) เป็นตัวทำนายความตระหนักรู้ที่ดีเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Reeves et al. (2002) ได้ศึกษาความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ที่ Michigan พบว่า ประชาชนมีความรู้และความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 80 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 79 และยังพบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติเป็นความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ คือ เพศชาย การศึกษาน้อยและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี จะมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองน้อย ผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี จะมีความตระหนักรู้ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี แต่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อย 18 – 24 ปี มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนน้อย ผู้มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง หรือมีประวัติสูบบุหรี่จะมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองดี ความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

อุมาพร แซ่กอ (2552) การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ จำนวน 384 คน จากโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่งพบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบตาม อายุ (F = 8.28, p <.05) ระดับการศึกษา(F= 25.71, p <.05) รายได้ (F= 22.27, p<.05) และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านปัจจัยเสี่ยง (F=32.07, p<.05) ด้านอาการเตือน (F=29.30, p <.05) และด้านการรักษา (F=23.98, p < .05)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น (อุมาพร แซ่กอ,2552) ซึ่งหากขาดความรู้ความเชื่อ การปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคล ค่าใช้จ่าย เป็นภาระทางสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชากรไทยอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2555 – เดือนเมษายน 2555

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2555 – เดือนเมษายน 2555 จำนวน 400 คน โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
3. ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้องขณะให้ข้อมูล
4. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด และเข้าใจในภาษาไทย
5. สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Yamane (1973) อ้างถึงในรัตน์ศิริ ทาโต (2551) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .05 นำมาเข้าสมการดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

โดยที่ n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N หมายถึง ขนาดประชากร

e หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (1%, 5%)เมื่อนำมาเข้าสมการคำนวณจะได้

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{13,467}{1+13,467(0.05)^2} = 399.97 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 400 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง จำนวน 13,467 คน (สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประจำปี พ.ศ. 2553)

2. จากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ผู้วิจัยสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากร ดังนี้

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด X จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 4 โรงพยาบาล}}$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง (n = 400)

ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนประชากร	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้
โรงพยาบาลหาดใหญ่	2,014	60
โรงพยาบาลตรัง	3,152	94
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	4,473	133
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	3,828	113
รวม	13,467	400

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพศชายจำนวน 200 คน เพศหญิงจำนวน 200 คน ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ ดังนี้

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ประวัติการสูบบุหรี่ โรคร่วม)

ส่วนที่2 แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากอุมาพร แซ่กอ (2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเครื่องมือประกอบด้วย

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของอุมาพร แซ่กอ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของPandianและคณะ

(2005)ประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนนมีลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของอุมาพร แซ่กอ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ Essex Cardiac & Stroke Network (2007) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 22 คะแนน ได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า วัดเป็น เห็นด้วยที่สุด เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย (Bloom,1971)โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก (ข้อที่ 2,3,,6,7,8 และ 11.)		ข้อความที่มีความหมายทางลบ (ข้อที่ 1,4,5,9 และ 10.)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยที่สุด	2	เห็นด้วยที่สุด	0
เห็นด้วยปานกลาง	1	เห็นด้วยปานกลาง	1
ไม่เห็นด้วย	0	ไม่เห็นด้วย	2

แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของอุมาพร แซ่กอ (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของPandianและคณะ(2005) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 18 คะแนนได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดเป็นปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ (Bloom, 1971)โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก (ข้อที่ 4,5,6 และ 9.)		ข้อความที่มีความหมายทางลบ (ข้อที่ 1,2,3 และ 8.)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1

ไม่ปฏิบัติเลย 0 ไม่ปฏิบัติเลย 2

<u>ส่วนที่3</u> แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ เคยได้รับ และ ไม่เคยได้รับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เคยได้รับ ได้คะแนน 1 คะแนน

ไม่เคยได้รับ ได้คะแนน 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ และแก้ไขเนื้อหา ภาษาหลังจากนั้นแบบสอบถามพร้อมคำจำกัดความไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษา จำนวน 5 คน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ สำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยเลือกเกณฑ์การสอดคล้อง และการยอมรับโดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ควรมีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า .8 (Polit and Hungler, 1999) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จำนวน 1 คน

อาจารย์พยาบาลที่มี มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับระบบประสาทจำนวน 2 คน

พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 คน

ได้มีการกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ (Polit and Hungler, 1999)

ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามเลย

ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามนำผลการพิจารณามาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยใช้สูตรดังนี้(Polit and Hungler, 1999)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \geq .80$$

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า CVI เท่ากับ .85, .91, .89 และ .90 ตามลำดับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาครั้งนี้ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละแบบสอบถามดังแสดงในตารางที่ 2 – 4

ตารางที่ 2 แสดงข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุง

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	**ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ**
ข้อที่ 5 ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย	ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย
ข้อที่ 6 ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

ตารางที่ 3 แสดงข้อคำถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุง

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 5 ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและ อัมพฤกษ์อัมพาตน้อย	ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์อัมพาตน้อยกว่าผู้ชาย
ข้อที่ 8 อาการเตือนสำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์อัมพาต คือ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง	อาการเตือนที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์อัมพาต คือ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง อาการปากเบี้ยว

ตารางที่ 4 แสดงข้อคำถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุง

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 ท่านใช้น้ำปลา เกลือ ผงชูรส ในการปรุงรสอาหาร	ท่านใช้น้ำปลา เกลือ ในการปรุงรสอาหาร
ข้อที่ 2 ท่านรับประทานอาหารมันๆ เช่น ขาหมู ไข่ แดง ไก่ทอด กล้วยทอด หนังไก่ หมูสามชั้น	ท่านรับประทานอาหารมันๆ เช่น ขาหมู ไข่แดง ไก่ทอด กล้วยทอด หนังไก่ หมูสามชั้น กะทิ
ข้อที่ 6 ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิต	ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของ เนื้อหาแล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) 30 รายกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง

และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .75 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .84 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .78 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยยื่นหนังสือเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

3. หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมทางการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงการเข้าถึงเวชระเบียนของผู้ป่วย

4. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการขอดูเวชระเบียน และแนะนำผู้วิจัยให้พบกับกลุ่มตัวอย่าง

5. สำรวจแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วย ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลล่วงหน้าก่อนที่จะเป็นวันที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

6. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และรับรองว่าจะไม่มีผลต่อการบริการ หรือการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างไร

7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีหนังสือขอความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามหากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธไม่ตอบแบบสอบถามได้

8. หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย พิทักษ์สิทธ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

9. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาทีหากมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

10. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือใหม่หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว

11. ตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลที่ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วย หากมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสอบถามข้อมูลจนครบถ้วน

12. เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 400 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดขั้นตอนการวิจัยโดยการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นจึงทำการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณ

1. ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการแบ่งอันตรภาคชั้นของคะแนนความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้จำนวน 400 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ เพื่อการวิเคราะห์จริงจำนวน 400 ฉบับ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายจำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5

ตอนที่ 2 การศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7 – 20

ตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ถูก-ผิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 21 ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 22 และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 23 (แสดงไว้ในภาคผนวก จ)

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ประวัติการรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ โรคประจำตัวอื่นๆที่ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	200	50
หญิง	200	50
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	21	5.3
40 – 49 ปี	95	23.7
50 – 59 ปี	284	71
$\overline{X}$ = 51.86 , S.D. = 6.81		
สถานภาพสมรส		
สมรส	320	80
โสด	34	8.5
หม้าย	34	8.5
หย่าร้าง	8	2
แยกกันอยู่	4	1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	14	3.5
ประถมศึกษา	230	57.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	65	16.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	28	7
อนุปริญญา	28	7

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	32	8
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	0.7
ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	90	22.5
5,000 – 10,000 บาท	139	34.8
10,001 – 15,000 บาท	63	5.7
15,001 – 20,000 บาท	49	12.3
20,000 บาทขึ้นไป	59	14.7
อาชีพ		
เกษตร/ประมง	131	32.7
รับจ้างทั่วไป	82	20.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	17.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	71	17.8
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	35	8.7
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	10	2.5
ประวัติการรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง		
ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	344	86
รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง	47	11.7
ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ	9	2.3
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	324	81
สูบบุหรี่	42	10.5
เคยสูบแต่ปัจจุบันหยุดแล้ว	34	8.5

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวที่ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มีโรคร่วม	135	33.8
โรคเบาหวาน	112	28
ไขมันในเลือดสูง	76	19
โรคร่วมมากกว่า 1 โรค	55	13.3
โรคหัวใจ	19	4.8
อื่นๆ (โรคมะเร็ง, โรคเก๊าท์)	3	1.1

จากตารางที่ 5 พบว่าการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 400 คน เป็นชาย 200 คน (ร้อยละ 50) และหญิง 200 คน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.7) มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80สถานภาพสมรส ร้อยละ 91.3 จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 20,001 บาท ร้อยละ 88.8 ประกอบอาชีพนอกภาคราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 28.0 มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 19 มีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 4.8 มีโรคร่วมเป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 13.3 มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 81.0 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ86 มีประวัติการรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 2 การศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนต่ำสุด – สูงสุด คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 400)

ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ	คะแนน				
	เต็ม	Max	Min	$\overline{X}$	SD
ความรู้	13.00	13.00	.00	11.21	2.02
ความเชื่อ	22.00	22.00	6.00	16.72	3.00
การปฏิบัติ	18.00	18.00	5.00	13.36	2.47

จากตารางที่ 6 พบว่า ด้านความรู้ คะแนนเต็ม 13 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้คะแนน สูงสุดเท่ากับ 13 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 11.21 (S.D = 2.02) สำหรับองค์ประกอบด้านความเชื่อคะแนนเต็มเท่ากับ 22 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้คะแนน สูงสุด เท่ากับ 22 คะแนน ต่ำสุด 6 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.72 (S.D = 3.00) และสำหรับคะแนนการปฏิบัติ คะแนนเต็ม 18กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูงสุด เท่ากับ 18 คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.36 (S.D = 2.47)

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7– 20

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามเพศ (n = 400)

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
เพศ						
ชาย	11.26	1.96	16.92	3.10	13.24	2.40
หญิง	11.17	2.09	16.53	2.90	13.48	2.53

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.26 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.96) มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 16.92 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.10) การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.24 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.40) เพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.17 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.09) มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 16.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.90) การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.53)

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	η	P-Value	η	P-Value	η	P-Value
เพศ	.021	.571	.064	.138	.049	.90

จากตารางที่ 8 เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามอายุ (n = 400)

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
อายุ						
น้อยกว่า40ปี	10.43	2.62	16.81	3.30	12.48	2.42
40 – 49 ปี	11.15	1.77	17.10	2.44	13.77	2.60
50 – 59 ปี	11.29	2.05	16.59	3.14	13.29	2.41

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 50 – 59 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 11.29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.05) อายุน้อยกว่า 40 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 10.43 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.62) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 40 – 49 ปี มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 17.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44) อายุ 50 -59 ปี มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 16.59 (ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.14) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 40 – 49 ปี มีการปฏิบัติในการป้องโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 13.77 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.60)อายุน้อยกว่า 40 ปี มีการปฏิบัติในการป้องโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 12.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.42)

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
ตัวแปร	ความรู้	ความเชื่อ	การปฏิบัติ
อายุ			
r	.084	-.058	-.003
P-Value	.093	.247	.953

จากตารางที่ 10 เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามสถานภาพสมรส (n = 400)

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
สถานภาพสมรส						
โสด	11.00	1.72	17.32	3.36	12.20	2.33
คู่	11.34	1.98	16.75	2.99	13.53	2.42
หม้าย	10.29	2.47	15.94	2.84	13.15	2.71
หย่าร้าง	11.00	2.27	16.87	2.47	13.25	2.05
แยกกันอยู่	10.75	2.06	15.75	3.30	11.25	3.30

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพคู่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 11.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพหม้าย มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 10.29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.47) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพโสดมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 17.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.36) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพแยกกันอยู่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 15.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.30) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพคู่ มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 12.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.33) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีสถานภาพแยกกันอยู่ มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 11.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.30)

ตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	η	P-Value	η	P-Value	η	P-Value
สถานภาพสมรส	.150	.022	.102	.267	.175	.001

จากตารางที่12 เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (η=.150 , $p < .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(η=.175 , $p < .05$)

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับการศึกษา (n = 400)

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	3.64	2.37	14.86	3.18	11.14	3.11
ประถมศึกษา	11.19	2.13	16.60	3.05	13.27	2.46
มัธยมศึกษาตอนต้น	11.43	1.60	16.72	2.37	14.14	2.58
มัธยมศึกษาปลาย	10.78	2.47	16.21	3.40	13.11	2.45
อนุปริญญา	11.53	1.69	17.78	3.20	13.28	1.86
ปริญญาตรี	11.69	1.35	17.59	2.80	13.59	1.88
สูงกว่าปริญญาตรี	11.67	1.53	19.67	1.53	11.67	1.53

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 11.69 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.35) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.37) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 19.67 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.53) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการศึกษา มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 14.86 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.18) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 14.14 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการศึกษา มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 11.14 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.11)

ตารางที่ 14 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
ตัวแปร	ความรู้	ความเชื่อ	การปฏิบัติ
ระดับการศึกษา			
ρ	.076	.131**	.112*
P-Value	.128	.009	.025

** $p < .01$

จากตารางที่ 14 เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ρ = .131 , p <.01) มีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = .112 , p <.05)

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายได้ (n = 400)

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
รายได้						
น้อยกว่า 5,000 บาท	10.75	2.54	15.64	3.47	12.89	2.44
5,000 – 10,000 บาท	11.09	1.98	16.70	2.93	13.37	2.67
10,001 – 15,000 บาท	10.78	2.15	16.70	2.68	13.28	2.55
15,001 – 20,000 บาท	11.90	1.12	17.85	1.98	14.16	2.03
20,000 บาทขึ้นไป	12.10	1.08	17.50	2.94	13.47	2.12

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 12.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 10.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.54) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 17.85 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 15.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 14.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.03) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 12.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44)

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
ตัวแปร	ความรู้	ความเชื่อ	การปฏิบัติ
รายได้			
r	.219**	.214**	.103*
P-Value	.000	.000	.040

** $p < .01$

จากตารางที่ 16 เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .219 , p <.01) รายได้มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .214 , p<.01) รายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r = .103 , p <.05)

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามการมีโรคร่วม (n = 400)

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
โรคประจำตัวที่ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง						
ไม่มีโรคร่วม	11.38	1.63	16.46	3.04	13.58	2.59
โรคร่วม 1 โรค	10.58	1.40	14.53	2.33	13.78	1.39
โรคร่วมมากกว่า 1 โรค	11.76	2.11	18.14	1.89	13.16	1.38

จากตารางที่ 17 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 11.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.11) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม 1 โรค มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 10.58 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.40) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคมากกว่า 1 โรค มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 18.14 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.89) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม 1 โรค มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 14.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.33) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม 1 โรค มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 13.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.39) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 13.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.38)

ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคร่วมกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
	ความรู้		ความเชื่อ		การปฏิบัติ	
	η	P-Value	η	P-Value	η	P-Value
การมีโรคร่วม	.269	.015	.237	.082	.155	.956

จากตารางที่18 เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (η=.269 , $p < .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n = 400)

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
ด้านปัจจัยเสี่ยง		
ได้รับ	375	93.8
ไม่ได้รับ	25	6.2
ด้านอาการเตือน		
ได้รับ	371	92.8
ไม่ได้รับ	29	7.2
ด้านการรักษาโรค		
ได้รับ	343	85.8
ไม่ได้รับ	57	4.2

จากตารางที่ 19 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 375 คน (ร้อยละ 93.8) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 371 คน (ร้อยละ 92.8) ได้รับข้อมูลการรักษาโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 343 คน (ร้อยละ 85.8)

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

	ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
ตัวแปร	ความรู้	ความเชื่อ	การปฏิบัติ
การได้รับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง			
ρ	.134**	.103**	.114*
P-Value	.008	.039	.023

** $p < .01$

จากตารางที่ 20 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ= .134 , $p < .01$)การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ= .103, $p < .01$) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ= .114 , $p < .05$)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Research)เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 18 – 59 ปี ซึ่งมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้จำนวน 4 แห่ง ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ.

2555 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริงจำนวน 400 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .75 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .84 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .78 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยด้วยการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณ

1. ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการแบ่งอันตรภาคชั้นของคะแนนความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.21 (S.D = 2.02) มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.72 (S.D = 3.00) มีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.36 (S.D = 2.47)

2. เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ความเชื่อ และการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. สถานภาพสมรส รายได้ การได้รับข้อมูล การมีโรคร่วม ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

4. ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เท่ากับ 11.21 (2.02) เมื่อพิจารณาข้อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อพบว่ามีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุดคือ“ข้อที่กล่าวว่าอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต” อยู่ที่ร้อยละ 74.5 การที่ผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง(NINDS,2005) ด้านความเชื่อพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเท่ากับ 16.72 (3.00) เมื่อพิจารณาข้อคำถามด้าน

ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีข้อความเชื่อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกได้น้อยที่สุดคือ " ข้อที่กล่าวว่าโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาตมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้น" อยู่ที่ร้อยละ 50.3 จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าอายุ 45-54ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 1000 ราย อายุ 56-64ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 100 ราย อายุ 75-84 ปี พบอัมพาตประมาณ 1 ต่อ ประชากร 50 ราย (American Stroke Association, 2003) และด้านการปฏิบัติพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 13.36 (2.47) เมื่อพิจารณาข้อคำถามด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีข้อความข้อคำถามการปฏิบัติตัวที่มีผู้ตอบถูกได้น้อยที่สุดคือ "ข้อที่กล่าวว่า ท่านใช้น้ำปลา เกลือ ในการปรุงรสอาหาร" อยู่ที่ร้อยละ 25.5 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมาก ซึ่งในส่วนนี้ควรมีการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้อง และให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Fogle et al. (2008) ที่พบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองและเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงสุดในเพศหญิง และทั้งนี้ยังพบการศึกษาที่แสดงผลต่างกันคือ เพศหญิงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย Wyatt, S. B., et al. (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองเช่นกันโดยพบว่าเพศหญิงมีความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากว่าเพศชาย โดยเฉพาะเพศชายที่สูบบุหรี่จะมีการใส่ใจต่อสุขภาพลดลงและเข้าตรวจรับการรักษาน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.001$)

ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pontes - Neto et al.(2008) พบว่าในช่วงอายุ 50-64 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด พบร้อยละ 61.8 รองลงมา ในช่วงอายุ 40-49 ปี พบร้อยละ 28.9 ช่วงอายุ 30-39 ปี พบร้อยละ 26.7 และพบมีความตระหนักรู้น้อยสุดอยู่

ในช่วงอายุ 18-29 ปี คือ ร้อยละ12.8และการศึกษาของ Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca (2005) พบว่าช่วงอายุ 45-69 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพโสด มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.72) สถานภาพคู่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98) สถานภาพหม้าย มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 10.29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.47)สถานภาพหย่าร้าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.27)สถานภาพแยกกันอยู่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 10.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.06) พบว่าผู้ที่สถานภาพสมรสคู่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าสถานภาพอื่นๆ

ด้านความเชื่อ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการปฏิบัติ พบว่า สถานภาพสมรสมีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพโสด มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 12.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.33) สถานภาพคู่ มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.42) สถานภาพหม้าย มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.71) สถานภาพหย่าร้าง มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.05) สถานภาพแยกกันอยู่มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.30) พบว่าผู้ที่สถานภาพสมรสคู่มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าสถานภาพอื่น ๆ

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al.(2007) พบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า

ผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamran et al. (2007) ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้และใส่ใจสุขภาพมากกว่าผู้ที่ยังไม่สมรส

ระดับการศึกษา การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ด้านความรู้ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านความเชื่อ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการศึกษามีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 14.86 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.18) ระดับประถมศึกษา มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 16.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.05) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 16.72 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.37) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 16.21 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.40) ระดับอนุปริญญา มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 17.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.20) ระดับปริญญาตรี มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 17.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.80) ระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 19.67 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.53) พบว่าระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ

ด้านการปฏิบัติ พบว่า ระดับการศึกษามีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการศึกษามีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.14 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.11) ระดับประถมศึกษามีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.27 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.46) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 14.14 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.11 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.47) ระดับอนุปริญญา มีการปฏิบัติตัวเพื่อลด

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86) ระดับปริญญาตรี มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.88) ระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.67 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.53) พบว่า ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2007) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 11 ปี จะตระหนักรู้และเฝ้าระวังต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าเนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะสนใจต่อสุขภาพน้อยลงด้วย

รายได้ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ด้านความรู้ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 10.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.54) รายได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.09 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98) รายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 10.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.15) รายได้ 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 11.90 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.12) รายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 12.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08) พบว่ารายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ

ด้านความเชื่อ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 15.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47) รายได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 16.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.93) รายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 16.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 2.68) รายได้ 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 17.85 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98) รายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 17.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.94) พบว่ารายได้15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ด้านการปฏิบัติ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 12.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44) รายได้ 5,000 – 10,000 บาท มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.37 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67) รายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.55) รายได้ 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 14.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.03) รายได้มากกว่า 20,000บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 13.47 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.12) พบว่ารายได้15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีรายได้ดี มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

โรคร่วม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ด้านความรู้ พบว่า การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านความเชื่อ พบว่า การมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการปฏิบัติ พบว่า การมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Yoon et al. (2001) พบว่ามีประวัติเป็นโรคหัวใจ (P = 0.02) ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (p = 0.0009) เป็นตัวทำนายความตระหนักรู้ที่ดีเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ด้านความรู้ พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านความเชื่อ พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านการปฏิบัติ พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Pontes-Neto, O. M., et al. (2008) พบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ โดยเฉพาะข้อมูลจากสถานศึกษา ข้อมูลจากการรณรงค์ของสถานพยาบาลสาธารณสุข และสื่อทีวี ตลอดจนความถี่ในการให้ข้อมูลของแต่ละแหล่งมีผลต่อความตระหนักรู้

โดยสรุปพบว่า เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพบปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับช่องทางการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.2 ได้รับจากสื่อโทรทัศน์เป็นหลัก บุคคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลยังค่อนข้างน้อย ในจุดนี้ควรมีการส่งเสริมบุคลากรเจ้าหน้าที่ให้เกิดความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ในส่วนองค์ประกอบด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต โดยกลุ่มตัวอย่างทราบเพียง ร้อยละ 74.5 ซึ่งในส่วนนี้ควรมีการจัดการรณรงค์สื่อโดยผ่านช่องทาง โทรทัศน์ในการได้รับข้อมูล มีแผ่นพับ ใบปลิว หรือโปสเตอร์ ติดในสถานพยาบาล และข้อคำถามความรู้ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต มักเกิดขึ้นทันทีทันใดซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบได้เพียงร้อยละ 75.8 ซึ่งในข้อคำถามข้อนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ทราบระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากช่องทางโทรทัศน์เป็นหลัก (ร้อยละ 95.2) นอกจากนั้นบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่า จะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดให้มีการให้ข้อมูลในส่วนนี้เพิ่มเติมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับการรักษา เพื่อเป็นการป้องกันไว้เบื้องต้น

ในส่วนองค์ประกอบด้านความเชื่อ ข้อความเชื่อที่มีผู้ตอบถูกได้น้อยที่สุดคือ “ข้อที่ 4 โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาตมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้นอยู่ที่ร้อยละ 53.5 ซึ่งขัดแย้งกับ American Stroke Association (2003) ที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้กับทุกกลุ่มอายุ และข้อที่ 5 ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและ อัมพฤกษ์อัมพาต น้อยกว่าผู้ชายอยู่ที่ร้อยละ 50.3 ซึ่งขัดแย้งกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงเป็นอันดับหนึ่ง จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการแก้ไขความเชื่อที่ผิดข้อนี้ ซึ่งทั้ง 2 ข้อ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับองค์ประกอบด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องกลับพบพฤติกรรมการไม่ใช้น้ำปลา เกลือ ในการปรุงรสอาหาร ร้อยละ 25.5 พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง ปู ร้อยละ 30.8 และพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 45.3 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมาก ซึ่งในส่วนนี้ควรมีการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้อง และให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้พบว่าการได้รับประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสนใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การรักษา โรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับประสบการณ์ตรงอยู่

เป็นประจำ เช่น มีกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตึก หรือตามบ้านที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทั้งนี้ การสร้างเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการให้ข้อมูลผ่านทางสื่อโทรทัศน์ และ/หรือการจัดกิจกรรม ควรเน้นในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ระดับการศึกษาน้อย เนื่องจากมีระดับความตระหนักรู้ค่อนข้างน้อย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในทางการพยาบาล

1. พยาบาลควรจัดให้มีการส่งเสริมความตระหนักรู้ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่ำ และ ระดับการศึกษาน้อย ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนที่สำคัญ 5 ประการ และในเรื่องเวลาที่จะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น และจากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งในส่วนนี้พยาบาลควรมีการติดตามใกล้ชิดในเรื่องการปฏิบัติตัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และส่งเสริมประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษา เช่น จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทราบแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. สำหรับขั้นตอนการตรวจซักประวัติผู้ป่วย พยาบาลควรมีการคำนึงถึง ปัจจัยในส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำ ระดับการศึกษาน้อย ซึ่งอาจขาดความสนใจในเรื่องสุขภาพดังกล่าวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรจัดให้มีการสร้างเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จัดทำโครงการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชี้แนะ ให้กำลังใจ ติดตามช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยเน้นพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

3. ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และ สหสาขาวิชาชีพ จัดโครงการบริการให้คำปรึกษาต่อเนื่องในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยผ่านสื่อต่าง ๆ ควรมีการสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อสร้างเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำผลการวิจัยไปศึกษาต่อยอดงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ตามตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้

2. ควรมีการศึกษาขยายผลในประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ และพื้นที่อื่นๆต่อไป เพื่อให้เป็นข้อมูลเฉพาะของประชากรกลุ่มต่างๆและพื้นที่ต่างๆการรณรงค์ส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้และสื่อต่างๆในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กชกร อ่อนอภัย. 2551. การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กิติมา ปรีดีดิลก. 2540.ปรัชญาการศึกษา:ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับปรัชญาการศึกษา.กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒน์.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

กีรติ บุญเจือ. 2542. ตรรกวิทยาทั่วไป.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพาณิชย์

จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์.2546. โรคความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เฉลิมพล ตันสกุล. 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

ทนงศักดิ์ ประสบกิตติกุล. 2534. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(1): 22-23.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2548. การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ธิดาทิพย์ ชัยศรี.2541. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.วิยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2548. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

นิจศรี ชายณรงค์. 2553. เครือข่ายวิจัยสุขภาพโครงการวิจัย.[ออนไลน์].แหล่งที่มา: http: //www.thainhf.org/hrn/ Research-Detail.asp [25 สิงหาคม 2554]

บุญชม ศรีสะอาด. 2543. การวิจัยทางการวัดผลและประเมินผล.กรุงเทพฯ:สุรีวิริยาสาสน์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. 2548. โรคหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป กรุงเทพฯ: งานตำราและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

พัชรินทร์ สืบสายอ่อน. 2546. การบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. ความตระหนัก. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์ พับลิเคชั่นส์.

รัชฎาภรณ์ เจริญพร้อม. 2550. ความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับผลกระทบของฝุ่นละอองต่อระบบนิเวศในเขตอุตสาหกรรมเหมืองปูนและโรงโม่บด และย่อยหิน: กรณีศึกษาตำบลหน้าพระลานอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตน์ศิริ ทาโต. 2552. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุจิเรศ ธนูรักษ์. 2543. วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สยามศิลป์การพิมพ์.

เวทินี สุขมาก. 2545. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2545: 27-32.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2538. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : วี เจ พริ้นติ้ง.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2551. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [ออนไลน์].แหล่งที่มา:http://www.thaihypertension.org/index.php [25 สิงหาคม 2554]

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. 2550. วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (Stroke Awareness Day). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค 2550. แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สาธารณสุข, กระทรวง.กรมควบคุมโรค ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. 2548. รายงานผลการสำรวจ:

พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2552. สุขภาพดีวิถีไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551. แนวทางการบริหารกองทุนย่อย ปี 2552. [ออนไลน์].แหล่งที่มา: http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewItemAction.do?folder_id=000000000000519&item_id=000000000026836.html [25 กรกฎาคม 2554]

สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. 2550. สถิติโรค. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สุพร หุตากร. 2549. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขศึกษา

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอ อัมพวา จังหวัด สมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรเกียรติ อาชานุภาพ. 2544. ความดันโลหิตสูง. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป .พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

อดุลย์ วิริยเวชกุล. 2534. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง. อายุรศาสตร์ก้าวหน้า 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์

อุมาพร แซ่กอ. 2552.การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Ajzen Icek ,Fishbein and Mertin.1975. Understanding attitude and behavior. Englewood Chiffs,New Jersey : Prentice –Hill.

Ali, H., Kanapathy., J., & Marway, P. 2009. Essex Stroke Awareness Report. South West Essex.

American Heart Association. 2005. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Part 9: Adult Stroke, Circulation 112 : 220

American Heart Association. 2008.High Blood Pressure Increases Your Risk for Stroke.

American Stroke Association. 2008. Heart disease and stroke statistics 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation, 117(4), e25-146.

Appleby, P. N., Davey, G. K., and Key, T. J. 2002. Hypertension and blood pressure among meateaters, fish eaters, vegetarians and vegans in EPIC-Oxford [Online] Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12372158.html [2011, Jul 12]

Beilin, L. J., Puddey, I. B., and Burke, V. 1998. Alcohol and hypertension*:* Kill or cure. WesternAustraria: University Department of Medicine.

Bhatt, S. P., Luqman-Arafath, T. K.,and Guleria, R. 2007. Non-pharmacological management of hypertension. [Online] Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18025751.html [2011, Jun 12]

Bloom, B. S. 1971. Handbook on Formative and Summative of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company

Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C., Babyak, M., Waugh, R., Georgiades, A., et al.2000. Exercise and weight loss reduce blood pressure in men and women with mild hypertension: effects on cardiovascular, metabolic, and hemodynamic functioning. [Online] Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10888969.html [2011, Jun 12]

Breckler, S.W. 1986. Attitude Structure and Function. Hillsdale NJ: L. Erlbaum Association.

Chockalingam, A. 2008. World Hypertension Day and global awareness. Journal of Hypertension, 24(6), 441-444.

Evci, E. D., Memis, S., Ergin, F., & Beser, E. 2007. A population-based study on awareness of stroke in Turkey. The European Journal of Neurology, 14(5), 517-522.

Essex Cardiac & Stroke Network. 2007. Stroke Awareness Questionnaire. [Online]. Available from: http://www.essexcardiacservices.nhs. uk/page.asp?node= 1&dec=Home [2011, Aug 2]

Ferris, A., Robertson, R. M., Fabunmi, R., and Mosca, L. 2005. American Heart Association and American Stroke Association national survey of stroke risk awareness among women. Circulation, 111(10), 1321-1326.

Fogle, C. C., et al. 2008. Public education strategies to increase awareness of stroke warning signs and the need to call 911. Journal of Public Health Management and Practice, 14(3), 17-22.

Friday, G., Alter, M., and Lai, S. M. 2002. Control of hypertension and risk of stroke recurrence[Online]. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query. fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12411656.html [2011, Jun 12]

Glanz,K.,Rimer,B.K.,and Lewis,F.M.2002.Health behavior and Health education : Theory research and practice. San Francisco: Jossey-Bass.

Good, C.V. 1973. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill book Company.

Gronbeck and Bruce E .1990. Principles and types of speech communication. New York : Harper Collins Publishers.

Hickey, A., O'Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F., et al. 2009. Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. Biomedcentral geriatric, 9, 35.

Huang, et al. 2007. Effect evaluation for comprehensive treatment of acute stage of stroke. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao, 5(3), 276-281.

Kalaria, R. N., and Ballard, C. 2001. Stroke and cognition. Current Atherosclerosis Reports, 3(4), 334-339.

Kamran, et al. 2007. The level of awareness of stroke risk factors and symptoms in the Gulf Cooperation Council countries: Gulf Cooperation Council stroke awareness study. Neuro epidemiology, 29(3-4), 235-242.

Kaplan, N.M. 2002. Clinical hypertension 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Kleindorfer, D., Khoury, J., Broderick, J. P., Rademacher, E., Woo, D., Flaherty, M. L., et al. 2009. Temporal trends in public awareness of stroke: warning signs, risk factors, and treatment. Stroke, 40(7), 2502-2506.

Koffka, K. (1978). Encyclopedia of the social science. New York : Macmillan.

Kokkinos, P. F., Papademetrou, V., and Moutsatsos, G.D. 2000. Non-pharmacologic approachesfor blood pressure control. Washigton DC: George Town University Medical Center.

Kothari, R., et al. 1997. Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. Stroke, 28(10), 1871-1875.

Kraywinkel, K., Heidrich, J., Heuschmann, P. U., Wagner, M., and Berger, K. 2007. Stroke risk perception among participants of a stroke awareness campaign. Biomed central Public Health, 7, 39.

Kwan J, Hand P, Sandercock P. 2004. Improving the efficiency of delivery of thrombolysis for acute stroke: a systematic review. Quarterly Journal of Medicine 97; 273-79.

Kysennck, H. I., and Arnold , W. 1972 . Encyclopedia of Psychology. London: Search Press.

Linton, A. D. 2000. Introductory nursing care of adults. Philadephia.W. B. Saunders.

Lutfiyya, M. N., Bardales, R., Bales, R., Aguero, C., Brady, S., Tobar, A., et al. 2009. Awareness of Heart Attack and Stroke Symptoms Among Hispanic Male Adults Living in the United States. Journal of immigrant and minority health.

Lutfiyya, M. N., Ng, L., Asner, N. and Lipsky, M.S. 2009. Disparities in Stroke

Symptomology Knowledge among US Midlife Women: An Analysis of Population Survey Data. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 18(2): 150-157.

Mackay, J., and Mensah, G. A. The atlas of heart disease and stroke. [online]2004. Available from www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm [2011, Aug 2]

Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., and Tanne, D. 2006. Perceptaul, Social and Behavioral Factors Associated With Delays in Seeking Medical Care in Patients With Symptoms of Acute Stroke. Stroke, 37 : 1248-1253.

Markova, I. S., and Berrios, G. E. 2006. Approaches to the assessment of awareness: conceptual issues. Neuropsychological Rehabilitation, 16(4), 439-455.

Marx, J. J., et al. 2009. An educational multimedia campaign improves stroke knowledge and risk perception in different stroke risk groups. European Journal of Neurology, 16(5), 612-618.

National Institutes of Health. 2004. The seventh report of the joint national committee. [online] Available from http://www.nhlbi.nih.gov/ guidelines/ hypertension/ jnc7full.htm [2011, Aug 2]

National Institute of Neurological Disorder and Stroke.2008. Stroke : Hope to Research. [online] . Available from http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/ detail_stroke.htm [2011, Aug 7]

Neau, J. P., Ingrand, P., and Godeneche, G. 2009. Awareness within the French population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors.Clinical Neurology and Neurosurgery.

Nicol, M. B., and Thrift, A. G.2005. Knowledge of risk factors and warning signs of stroke.[online]. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query. fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17315400.html [2011, Aug11]

Nolte, C. H., Jungehulsing, G. J., Rossnagel, K., Roll, S., Haeusler, K. G., Reich, A., et al. 2009. Vascular risk factor awareness before and pharmacological

treatment before and after stroke and TIA. The European Journal of Neurology, 16(6), 678-683.

Pancioli, et al. 1998. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. Journal of the American Medical Association, 279(16), 1288-1292.

Pandian, et al. 2005. Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in northwest India. Stroke, 36(3), 644-648.

Parahoo, K., Thompson, K., Cooper, M., Stringer, M., Ennis, E.,and McCollam, P. 2003. Stroke: awareness of the signs, symptoms and risk factors--a population-based survey. Cerebrovascular Diseases, 16(2), 134-140.

Pontes-Neto, O. M., et al. 2008. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. Stroke, 39(2), 292-296.

Reeves,M. J., Hogan, J. G., and Refferty,A.P.2002. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. Neurology. 59: 1547 – 1552 .

Rodgers, A., MacMahon, S., Gamble, G., Slattery, J., Sandercock, P., and Warlow, C. 1996.Blood pressure and risk of stroke in patients with cerebrovascular disease [online]. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8688776.html [2011, Aug 7]

Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., and Haase, N., et al. 2008. Heart disease and stroke statistics2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Circulation, 117, e25-146.

Schneider ,T., Pancioli, A. M., Khoury, J. C., Rademacher, E. A. Tuchfarber, R. Miller, D. Woo, B. Kissela, and J. P. Broderick. 2003. Trends in Community Knowledge of the Warning Signs and Risk Factors for Stroke. Journal Of the American Medical Association, January 15, 2003; 289(3): 343 - 346.

Strange, S., Wu, T., Dorn, J. M., Ferdenheim, J. L., Muti, P., Farinaro, E., et al. 2004. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension. American Heart

Association, 44, 813-819.

Teasell R, Foley N, Salter K, Bhogal S, Jutai J, Speechley M. 2007Rehabilitation Evidence-Based Review.[online]. Available from www.Canadian Stroke Network.ca[2011, Aug 2]

Wahab, et al. 2008. Awareness of warning signs among suburban Nigerians at high risk for stroke is poor: a cross-sectional study. BMC Neurol, 8(18).

Whelton, S. P., Hyre, A. D., Pedersen, B., Yi, Y., Whelton, P. K., and He, J. 2005. Effect of dietary fiber intake on blood pressure: A meta-analysis of randomized, controlled clinical trials .[online]. Available from http://www.ncbi.nlm.nih. gov/entrez/ query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15716684.html [2011, Jun11]

World Health Organization. 2004. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) Statement on the management of Hypertension, 21,1983-1992.

World Health Organization. 2003. The World Health Report. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.

World Stroke Organization. 2008. 7th World Stroke Congress: statistic

Wyatt, S. B., et al. 2008. Prevalence, Awareness, Treatment,and Control of Hypertension in the Jackson Heart Study. Hypertension, 51, 650-656.

Xin, X., He, J., Frontini, M. G., Ogden, L.G., Motsami, O. I., and Whelton, P. K. 2001 Effect of alcohol reduction on blood pressure hypertension. Hypertension, 38, 1112-1117.

Yoon, S. S., et al. 2001. Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms and treatment among an Australian urban population. Stroke, 32: 1926 –1930

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์อาภาส นาโค	นายแพทย์ชำนาญการ สาขาประสาทวิทยา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
นางสาวรัตนา ลือวานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
นางเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์	อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง (APN)
นางดวงใจ สวัสดี	อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
นางสาวเตือนใจ ภักดีพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย Stroke Unit โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ /2367

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง " ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ " โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางเจียมจิต โสภณสุขสถิต อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. นางดวงใจ สวัสดี อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางเจียมจิต โสภณสุขสถิตและนางดวงใจ สวัสดี
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล โทร. 08-1894-1411

ที่ ศธ 0512.11/ /2367

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง " ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางสาวเตือนใจ ภักดีพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (APN) ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย Stroke Unit เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวเตือนใจ ภักดีพรหม
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล โทร. 08-1894-1411

ที่ ศธ 0512.11/ /2367

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง " ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ อาภาส นาโค นายแพทย์ชำนาญการสาขาประสาทวิทยา แผนกอายุรกรรม
2. นางสาวรัตนา ลือวานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ อาภาส นาโค และนางสาวรัตนา ลือวานิช
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล โทร. 08-1894-1411

ที่ ศธ 0512.11/ /0121

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 163 คน โดยใช้แบบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าวคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-115
ชื่อนิสิต นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล โทร. 08-1894-1411

ที่ ศธ 0512.11/ /0121

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 94 คน โดยใช้แบบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่องวันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล โทร. 08-1894-1411

ที่ ศธ 0512.11/ /0121

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 113 คน โดยใช้แบบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล โทร. 08-1894-1411

ที่ ศธ 0512.11/ /0121

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง " ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 60 คน โดยใช้แบบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u> ฝ่ายการพยาบาล
<u>ฝ่ายวิชาการ</u> โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
<u>ชื่อนิสิต</u> นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล โทร. 08-1894-1411

ภาคผนวก ค
เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

รหัสโครงการวิจัยที่ 5/55
เอกสารรับรองเลขที่ 6/55

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

(ภาษาอังกฤษ) Factors related to stroke awareness in hypertensive adult patients in southern region

ผู้วิจัยหลัก นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล

ตำแหน่ง/ สถานะ นิสิตปริญญาโท

สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 13 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะการรับรอง วันที่ 12 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....
(นางสาวอารยา ศรีไพโรจน์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
วันที่ 13 / มี.ค. / 2555

ลงนาม.....
(นางวไลพร เอื้อนนทัช)
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาทรัพยากรบุคคล
ทำการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
วันที่ 15 / มี.ค. / 2555

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มการพยาบาล งานห้องผ่าตัด โทร ๑๗๗๒

ที่ สธ ๐๐๒๗.๑๐๓/พิเศษ วันที่ 23 เดือน กพ. พ.ศ. 55

เรื่อง รายงานผลการพิจารณางานวิจัยด้านจริยธรรม ครั้งที่ 1/๒๕๕๕

เรียน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่

ตามที่ คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม เพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาลหาดใหญ่นั้น ในการนี้ขอรายงานผลการพิจารณาโครงร่างวิจัยของ

คุณ กัญญาวีร์ตน์ ศุขสกุล จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เรื่อง ปัจจัยด้านสรรถที่สัมพันธ์กับความตรงหนักรู้เกี่ยวกับโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรคหลอดเลือดสมองตีบในภาคใต้

มีดังต่อไปนี้ 1. ชี้แจงเกี่ยวกับรวมข้อมูล ข้อ 2 3 4 และ ส่วนที่เพิ่มเติมข้อ 2 โดยผู้วิจัยส่งหนังสือทางหรือจดหมายก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2. มีการเพิ่มหลักฐานผู้ให้ข้อมูล เป็นลายลักษณ์อักษร และอธิบายความหมาย

* ต้องเป็นตามข้อตกลง ข้อ 3. อย่างเคร่งครัด

สรุปแล้ว ☑ อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยได้

☐ ไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้

(น.ส.ธรรัตน์ ภัทรโยธิน) กรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมฯ

(นางศิตชนก อนุชาญ) ประธานกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมฯ

ขอให้ผู้วิจัยทำข้อตกลงกับกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่ ดังนี้

๑. ผู้วิจัยจะมอบรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องนี้แก่กลุ่มการพยาบาลฯ ☐ ยินดี ☐ ไม่ให้สัญญา

๒. ผู้วิจัยจะยินดีเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเรื่องนี้แก่บุคลากรกลุ่มการพยาบาล ☐ ยินดี ☐ ไม่ให้สัญญา

๓. ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามขั้นตอนการขออนุญาต การชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ์อย่างเคร่งครัด ☐ยินดี ☐ไม่ให้สัญญา

☑ ยินดีทำตามข้อตกลง ☐ ไม่ให้สัญญา

(นางสาวกัญญาวีร์ตน์ ศุขสกุล) ผู้วิจัย

☑ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

(ดวงปาฮิงหา ขนาดกุล) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่

เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย
เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ผู้วิจัย คือ นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕

ลงชื่อ
(นายดามพ์ มุกด์มณี)
นายแพทย์ ระดับชำนาญการ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ
(นายธรรมนูญ สุขุมานันท์)
ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ ๑๒ /๒๕๕๕

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทร. (๐๗๗) ๒๗๒๒๓๑ ต่อ๒๔๖๔, โทรสาร (๐๗๗) ๒๘๓๒๕๗

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล

ที่อยู่ที่ติดต่อ เจ.ปอนด์.อพาร์ทเมนต์ (406) ถนนนคร ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000

โทรศัพท์ 0818941411

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบกับผู้วิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 – 20 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ กันยารัตน์ อุ๋ยสกุล
(นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกันยารัตน์ อุ่ยสกุล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธสามัญ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

(ที่บ้าน) เจ.ปอนด์.อพาร์ทเมนต์ (406) ถนนนคร ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 076361261

โทรศัพท์มือถือ 0818941411 E-mail : nan-oug@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะผู้วิจัยต้องการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 18 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 400 คน มีสติสัมปชัญญะ และสามารถบอกอาการได้ด้วยตนเอง ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการเขียนภาษาไทย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกจากงานวิจัย คือ (Exclusion criteria) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท โดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย, ไม่สามารถจดจำสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาได้, เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการเข้าพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล และอาการด้านร่างกายไม่คงที่ สัญญาณชีพผิดปกติ

กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้มาจากผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยดูข้อมูลการวินิจฉัยโรคจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

โดยที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 – 20 นาที ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็น**ความลับ**

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง ผู้วิจัยต้องอธิบายให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบ และแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลพร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย รวมถึงแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถาม (ในกรณีที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง)

6.2 หากกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือไม่พูดภาษาไทย ผู้วิจัยต้องอธิบายให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบ และแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล เมื่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับฟัง และเป็นผู้กรอก

ข้อมูลในแบบสอบถามให้ตรงตามจริงตามความต้องการของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.3 ในกรณีที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส/เปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ต้องขัง เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อม คนพิการ ชนกลุ่มน้อย ปัญญาอ่อน ทหารเกณฑ์ ผู้ป่วยอาการหนักไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยต้องดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีหน้าที่ในการให้การดูแลบุคคลดังกล่าวข้างต้นก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล

7. การที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** ท่านสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. งานวิจัยเรื่องนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัย
เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้
เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล นิสิตปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งการทำวิทยานิพนธ์นี้ จะสำเร็จลุล่วงได้จำต้องได้รับข้อมูลจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัยคำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ และการแปลผล ข้อมูลจะไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล ไม่ว่ากรณีใดๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยโปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ และนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและให้การป้องกันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดสมอง โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้

คำชี้แจง ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น3 ส่วนย่อย

ส่วนย่อยที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนย่อยที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนย่อยที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่3 แบบสอบถามประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาก ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อมูลทั่วไป	สำหรับผู้วิจัย
ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	
1.1 เพศ O ชาย O หญิง	**Sex** ☐
1.2 อายุ.....ปี.....เดือน (มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)	**Age** ☐
1.3 สถานภาพสมรส O 1.โสด O 2. คู่ O 3. หม้าย O 4. หย่าร้าง O 5. แยกกันอยู่	**Status** ☐
. . .	
2.5 โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง O 1. โรคหัวใจ O 2. ภาวะไขมันในเลือดสูง O 3. โรคเบาหวาน O 4. อื่นๆ(ระบุ).....	**OTH** ☐

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย

ส่วนย่อยที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าข้อความ **ใช่หรือ ไม่ใช่**

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าไม่เป็นจริง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1.โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง			K1☐
2.โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้			K2☐
. . . 13. หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเสียชีวิตได้			K13☐

ส่วนย่อยที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่างตามการรับรู้ที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงโดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับเรื่องนั้นมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นแบบก้ำกึ่ง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1.โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้				B1☐
2. การลดการบริโภคอาหารแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต				B2☐
. . . 11.โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคที่ป้องกันได้				B11☐

ส่วนย่อยที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต)

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันหรือทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นบางครั้ง หรือนานๆครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
1.ท่านใช้น้ำปลา เกลือ ในการปรุงรสอาหาร				P1 ☐
2.ท่านรับประทานอาหารมันๆ เช่น ขาหมู ไข่แดง ไก่ทอด กล้วยทอด หนังไก่ หมูสามชั้น กะทิ				P2 ☐
. . . 9.การลดความเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง				P9☐

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต)

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เคยได้รับ หรือ ไม่เคยได้รับ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและหากท่านตอบว่าเคยได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้ท่านตอบแหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง

ข้อคำถาม	เคยได้รับ	ไม่เคยได้รับ	แหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)
1.**ประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต** เช่น เคยได้รับ ทราบว่าหรือพบเห็นว่า ผู้ที่รับประ ทานอาหารไขมันสูง เค็ม หวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน			( ) โทรทัศน์ ( ) วิทยุ ( )ใบปลิว ( ) โปสเตอร์( ) อินเตอร์เน็ต ( ) แผ่นพับ ( ) หนังสือพิมพ์ ( ) หอกระจายข่าว ( ) บุคคลในครอบครัว( )เพื่อน ( ) ญาติ ( ) ครู, อาจารย์ ( ) แพทย์ ( )พยาบาล ( )เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( )เภสัชกร( )ผู้นำชุมชน อื่นๆ.....
. . . 3.**ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต** เช่น รักษาโดยการใช้ยา หรือผ่าตัดเคยทราบว่าต้องมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง และต้องมารับการรักษาอย่างเร่งด่วน			( ) โทรทัศน์ ( ) วิทยุ ( )ใบปลิว ( ) โปสเตอร์( ) อินเตอร์เน็ต ( ) แผ่นพับ ( ) หนังสือพิมพ์ ( ) หอกระจายข่าว ( ) บุคคลในครอบครัว( )เพื่อน ( ) ญาติ ( ) ครู, อาจารย์ ( ) แพทย์ ( )พยาบาล ( )เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( )เภสัชกร( )ผู้นำชุมชน อื่นๆ.....

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ถูก-ผิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 24 ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 25 และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 26

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ตอบถูกและผิดเรียงจากข้อที่มีผู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	298	74.5	102	25.5
2. อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์อัมพาต มักเกิดขึ้นทันทีทันใด	303	75.8	97	24.2
3. ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย	319	79.8	81	20.2
4. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ	325	81.3	75	18.7
5. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	335	83.8	65	16.2
6. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง	345	86.3	55	13.7

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเสียชีวิตได้	346	86.5	54	13.5
8. การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรค หลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต	350	87.5	50	12.5
9. ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้	353	88.3	47	11.7
10.โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือ มีเลือดออกในสมองก็ได้	368	92	32	8
11.เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตเกิดขึ้นควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	374	93.5	26	6.5
12.ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต	378	94.5	22	5.5
13.เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด	391	97.7	9	2.3

จากตารางที่ 24 แสดงร้อยละของผู้ที่ตอบ “ใช่” (มีความรู้ถูกต้อง) ในข้อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โดยข้อความรู้ที่มีผู้ตอบถูกได้มากที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่าเมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด”อยู่ที่ร้อยละ 97.7 และข้อความรู้ที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่าอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต” อยู่ที่ร้อยละ 74.5 รองลงมา คือ “ ข้อที่กล่าวว่าอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์อัมพาต มักเกิดขึ้นทันทีทันใด” อยู่ที่ร้อยละ 75.8

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรียงตามจำนวนร้อยละตามข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด

ข้อความ	ความเชื่อที่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาตมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้น	201	50.3
2. ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและ อัมพฤกษ์ อัมพาตน้อยกว่าผู้ชาย	214	53.5
3. ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์อัมพาต	241	60.3
4. การดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆในปริมาณมาก ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์อัมพาตได้	260	65
5. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคที่ไม่สามารถ รักษาให้หายได้	266	66.5
6. โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคที่ป้องกันได้	283	70.8
7. อาการเตือนที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต คือ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง อาการปากเบี้ยว	300	75
8. โรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม	311	77.8
9. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต	323	80.8
10. โรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	337	84.

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ข้อความ	ความเชื่อที่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
11. การลดการบริโภคอาหารแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต	373	93.3

จากตารางที่ 25 แสดงร้อยละของผู้ที่ตอบ “เห็นด้วย” (มีความเชื่อที่ถูก) ในข้อความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ข้อที่ 2,3,6,7,8 และ11และ ที่ตอบ “ไม่เห็นด้วย” (มีความเชื่อที่ถูก)ในข้อที่ 1,4,5,9 และ 10 (เรียงข้อตามแบบสอบถาม) โดยข้อความเชื่อที่มีผู้ตอบถูกได้มากที่สุดคือ “ ข้อที่กล่าวว่า การลดการบริโภคอาหารแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต” อยู่ที่ร้อยละ 93.3 และข้อความเชื่อที่มีผู้ตอบถูกได้น้อยที่สุดคือ “ ข้อที่กล่าวว่าโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาตมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้น” อยู่ที่ร้อยละ 50.3

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรียงตามจำนวนร้อยละตามข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด

ข้อความ	การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านใช้น้ำปลา เกลือ ในการปรุงรสอาหาร	102	25.5
2. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง ปู	123	30.8
3. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5ครั้ง	181	45.3
4. ท่านรับประทานอาหารมันๆ เช่น ขาหมู ไข่แดง ไก่ทอด กล้วยทอด หนังไก่ หมูสามชั้น กะทิ	202	50.5
5. การลดความเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ทำให้ลด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	242	60.5
6. ท่านรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม กล้วย สับปะรด	266	66.5
7. เมื่อมีเผชิญกับเรื่องเครียด ๆ ท่านจะเก็บตัวคนเดียว	290	72.5
8. ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง	331	82.8
9. ท่านมาตรวจโรคประจำตัวตามแพทย์นัด	354	88.5

จากตารางที่ 26 แสดงร้อยละของผู้ที่ตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” (มีความประพฤติที่ถูก) ในข้อคำถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)ข้อที่ 4,5,6,7 และ 9 และ ที่ตอบ “ไม่ปฏิบัติ” (มีความประพฤติที่ถูก) ในข้อที่ 1,2,3 และ 8 (เรียงข้อตามแบบสอบถาม)โดยข้อคำถามการปฏิบัติตัวที่มีผู้ตอบถูกได้มากที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่า ท่านมาตรวจโรคประจำตัวตามแพทย์นัด” อยู่ที่ร้อยละ 88.5 และ ข้อคำถามการปฏิบัติตัวที่มีผู้ตอบถูกได้น้อยที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่าท่านใช้น้ำปลา เกลือ ในการปรุงรสอาหาร” อยู่ที่ร้อยละ 25.5

ตารางที่ 27 แสดงจำนวน ร้อยละของช่องทางการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

ข้อความ	ที่ได้รับข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ
เภสัชกร	17	4.2
ครู อาจารย์	25	6.2
หอกระจายข่าว	40	10
ใบปลิว	50	12.5
ผู้นำชุมชน	53	13.2
แผ่นพับ	63	15.7
ญาติ	63	15.7
หนังสือพิมพ์	75	18.7
อินเตอร์เน็ต	82	20.5
โปสเตอร์	105	26.2
บุคคลในครอบครัว	194	48.5
แพทย์	196	49
วิทยุ	199	49.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	212	53
เพื่อน	228	57
พยาบาล	229	57.2
โทรทัศน์	381	95.2

จากตารางที่ 27 เมื่อสำรวจถึงช่องทางประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน หรือ การรักษา พบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการได้รับข้อมูล (ร้อยละ 95.2) และยังมีบ้างที่ได้รับข้อมูลจากพยาบาล (ร้อยละ 57.2) เพื่อน (ร้อยละ 57) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 53) แพทย์ (ร้อยละ 49)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกันยารัตน์ อุ๋ยสกุล เกิดวันที่ 23 มีนาคม 2524 ที่จังหวัดภูเก็ต สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2545 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2552

ประวัติการทำงาน รับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธสามัญ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน