ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

นางจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO SECONDARY STROKE PREVENTION IN STROKE SURVIVORS

Mrs. Jirawan Wiriyakijpaiboon

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 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
โดย	นางจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO SECONDARY STROKE PREVENTIONIN STROKE SURVIVORS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 169 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 159 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ความร่วมมือในการรับประทานยาและความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .82, .73, .72, .71, .89, .95, .91 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาและด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (=18.62, SD=2.75 และ = 57.09, SD=11.57 ตามลำดับ)

2. การรับรู้ประโยชน์ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .351, .344, .341 และ .291 ตามลำดับ)

3. การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.539, .506 และ .274 ตามลำดับ)

4. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.175)

5. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=-.368)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5577160336 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: SECONDARY STROKE PREVENTION / RISK FACTORS / COGNITIVE FUNCTION / ILLNESS PERCEPTON / DEPRESSION / SOCIAL SUPPORT / STROKE SURVIVORS

JIRAWAN WIRIYAKIJPAIBOON: FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO SECONDARY STROKE PREVENTIONIN STROKE SURVIVORS. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 169 pp.

This research aimed to investigate relationships among cognitive function, knowledge, perceived benefits, illness perception, depression, social support and secondary stroke prevention behaviors in stroke survivors. One hundred and fifty nine ischemic stroke patients were recruited using a multistage sampling technique from out-patient-departments at Roi-et Hospital and Mahasarakham Hospital. The instruments used for data collection were demographic data form, Mini-Mental State Examination, knowledge questionnaire, perceived benefits questionnaire, the brief illness perception questionnaire, Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), social support questionnaire and adherence to secondary stroke prevention questionnaire, consisted of two parts which were adherence to medication and adherence to health behavior modification .All of the questionnaires were tested for their content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability for each questionnaires tested by Cronbach's alpha were . 82, .73, .72, .71, .89, .95, .91 and .86, respectively. Data were analyzed using means, standard deviation, and Pearson's production-moment correlation. The major findings were follows:

1. Stroke survivors had a high level of adherence to secondary stroke prevention in aspect of medication adherence and health behavior modification adherence (=18.62, SD=2.75 and = 57.11, SD = 11.58).

2. Perceived benefits, cognitive function, illness perception and social support were positively correlated with adherence to medication in stroke survivors (p<.01 : r=351, .344, .341 and .291,respectively).

3. Perceived benefits, social support, and knowledge were positively correlated with adherence to health behavior modification in stroke survivors (p<.01 : r=.539, .506 and .274,respectively).

4. Illness perception was positively correlated with adherence to health behavior modification in stroke survivors (p<.05 : r=.175).

5. Depression was negatively correlated with adherence to health behavior modification (p<.01 : r=-.368).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Academic Year: 2014 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมาจนผู้วิจัยสามารถผ่านอุปสรรคในการทำวิทยานิพนธ์มาได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้กับศิษย์ด้วยความเมตา ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านจากสถาบันต่างๆ ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย อีกทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

กราบขอบพระคุณโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ให้โอกาสทางการศึกษา เจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีมาตลอด ขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิด อบรมเลี้ยงดูและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักและความห่วงใย ตลอดทั้งบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 6

ปัญหาการวิจัย 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 7

สมมติฐานการวิจัย 10

ขอบเขตการวิจัย 11

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 11

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 14

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 15

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 16

2. แนวคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 17

3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือ 27

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 55

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย 58

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 59

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 59

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 64
การเก็บรวบรวมข้อมูล 78
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 80
การวิเคราะห์ข้อมูล 80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 87
สรุปผลการวิจัย 88
อภิปรายผลการวิจัย 91
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 100
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 100
รายการอ้างอิง 102
ภาคผนวก 113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 114
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย 116
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 126
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 133
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 169

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 วันและเวลาการเปิดให้บริการของคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาล 61

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โรคร่วมอื่นๆ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ยาที่รับประทาน ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด (n=159) 61

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30 และ n=159) 78

ตารางที่ 4 แสดงการกำหนดระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์..... 81

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ของความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=159)..... 83

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ของของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=159)..... 84

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาและด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n = 159)..... 85

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย สวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 149

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 152

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จำแนกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 153

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามการตอบถูกและตอบผิดเรียงจากมากไปน้อยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 154

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 156

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 157

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 158

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)..... 159

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18,629 ราย อัตราป่วย 29.03 ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกเป็นเพศชาย 10,646 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 33.70 ต่อประชากรแสนคน และ เพศหญิง 7,983 ราย อัตราป่วย 24.50 ต่อประชากรแสนคน และยังเป็นสาเหตุการตายแบ่งตามกลุ่มโรคสำคัญเป็นอันดับสาม รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรกโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในครั้งแรกร้อยละ 8-12 จะเสียชีวิตภายใน 30 วันและก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิต (stroke survivors) แต่อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 30 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ร้อยละ 30 มีความพิการในระดับที่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันโดยทั่วไป ร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเดิน และร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลา (พรภัทร ธรรมสโรช,2555) จากการศึกษาของ Grau et al. (2001) ได้รวบรวมจากการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5,017 ราย เป็นเวลา 3 เดือนพบว่า ในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.4 นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 33 มีความพิการปานกลางหรือรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่เหลืออีกร้อยละ 57 มีความพิการแต่เพียงเล็กน้อยหรือหายเป็นปกติ

สำหรับในประเทศไทยจากศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อติดตามต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10 และผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 32 มีความพิการขั้นรุนแรง ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่มีความพิการเพียงเล็กน้อย หรือหายเป็นปกติพบได้ร้อยละ 58

ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ใน 4 จะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (National Stroke association, 2013) โดยพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในเดือนแรกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกประมาณร้อยละ 14 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในปีที่ 5 (Mohr et al., 2011) และยังพบว่าภายใน 5 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 40 โดยพบอัตราเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในเพศชาย ร้อยละ 42 ในเพศหญิงร้อยละ 24 (National Stroke association, 2013) สำหรับในประเทศไทยพบว่า

ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระมงกุฎจำนวน 452 ราย ร้อยละ 31.39 เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Nidhinandana & Changchit, 2010)

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent stroke) หมายถึง อาการผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว (World Health Organization, 2013) ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีความพิการที่รุนแรงมากขึ้น และมีอัตราการตายมากกว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรก (Slark, 2010) และพบว่าในกลุ่มผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราตายสูงขึ้นเป็น 2 เท่าของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (Coull & Rothwell, 2004) การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีค่า HDL ต่ำ โรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว โรคเบาหวานที่รักษาด้วยยาอินซูลิน (Mohr et al., 2011; Suanprasert & Tantirithisak, 2011) นอกจากนี้สาเหตุที่นับว่ามีสำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองคือเกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Slark, 2010) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และขาดความเอาใจใส่ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(van Wijk et al., 2005)

ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของ Slark (2010) หมายถึง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย (1) การควบคุมอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด คือ แอสไพริน การรับประทานยาควบคุมระดับไขมันในเลือด คือ ยากลุ่มสเตติน และการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต (antihypertensive agent) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke association (2013) ประกอบไปด้วยหลายองค์ประกอบ ได้แก่ (1) การควบคุมความดันโลหิตโดยรวมถึงการใช้ยากลุ่มควบคุมความดันโลหิต และการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (2) การควบคุมไขมันในเลือดโดยรวมถึงการใช้ยากลุ่มสเตติน และการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (3) การควบคุมเบาหวานโดยรวมถึงการใช้ยากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (4) การควบคุมภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) โดยรวมถึงการใช้ยาวาร์ฟารินและการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (5) การงดสูบบุหรี่ (6) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (7) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และ(8) การเพิ่มการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่ามีองค์ประกอบอื่นที่สำคัญเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้กล่าวไว้ในแนวคิดการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ Slark (2010) ดังนั้น ในการศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ จึงใช้แนวคิดของ Slark (2010) ร่วมกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke association (2013) ประกอบด้วย (1) การรับประทานยาในกลุ่มต้านเกร็ดเลือด ยาต้านลิ่มเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด (2) การควบคุมความดันโลหิตเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่รวมการใช้ยา (3) การควบคุมไขมันในเลือดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่รวมการใช้ยา (4) การงดสูบบุหรี่ (5) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การรับประทานยา จากการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เหมาะสม โดยแนวทางการรักษาสำหรับผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจะมีการให้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านลิ่มเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด จากการศึกษาของ Hillen et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายใน 90 วัน มีอัตราการให้ความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มต้านเกล็ดเลือดลดลงเหลือร้อยละ 75 การรับประทานยากลุ่มต้านลิ่มเลือดลดลงเหลือร้อยละ 41 และการรับประทานยากลุ่มควบคุมความดันโลหิตลดลงเหลือร้อยละ 70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wei et al. (2010) ที่ได้ติดตามผลการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 12 เดือน พบว่ายาในกลุ่มควบคุมความดันโลหิตมีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง แต่ยาในกลุ่มต้านเกล็ดเลือด และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด พบความต่อเนื่องในการับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 66 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยร้อยละ 21.25 หยุดรับประทานยา (สาธิต กาสุริย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2547)

การควบคุมระดับไขมันในเลือด ไขมันประกอบด้วยโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งถ้าหากมีมากเกินไปจะเกิดการสะสมที่หลอดเลือดแดง ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง โดยเฉพาะถ้าเกิดกับเส้นเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้มีการขัดขวางเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดย Goldfinger et al. (2012) ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจำนวน 582 ราย พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 66 ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับความชุกและสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียบผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดหลอดเลือดตีบ จำนวน 100 ราย พบว่าร้อยละ 20

การควบคุมภาวะไขมันในเลือดไม่ดี นั่นคือ total cholesterol มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร LDL cholesterol มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร HDL cholesterol น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ triglyceride มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การควบคุมความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ในการทำให้ภาวะผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งเพิ่มขึ้น เร่งการเกิดไขมันของหลอดเลือดสมอง และทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในตำแหน่งนั้นหรือมีการหลุดของลิ่มเลือดจากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นไปอุดหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เกิดภาวะสมองตาย โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกที่โรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงสูงเป็น 1.9 เท่า ในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมาก กว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน (Mohr et al., 2011) ปัจจุบันพบว่าการควบคุมความดันโลหิตเป็นวิธีลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดไม่เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 51 และชนิดเสียชีวิตได้ร้อยละ 41 (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เหมาะสม โดย Koenig et al. (2007) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว 30 วัน จำนวน 130 ราย พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 รับประทานอาหารไม่สอดคล้องกับโรคของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldfinger et al. (2012) ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) จำนวน 582 ราย พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 66 ไม่มีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) ที่ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับความชุกและสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียบผู้ป่วยที่รับรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดหลอดเลือดตีบ (thrombotic stroke) จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33.75 มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี นั้นคือ SBP มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP มากกว่า 90/140 มิลลิเมตรปรอท

การงดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่จะทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องทางให้ไขมันและโคเลสเตอรอลโดยเฉพาะ LDL โคเลสเตอรอล เคลื่อนลงไปฝังตัวในชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือดซึ่งรวมถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองด้วย เกิดการหนาของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยหรือช้าลงหรือไม่สามารถไหลผ่านไปได้ การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่า (Shinton et al.,1989 อ้างถึงใน พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

ดังนั้นการงดสูบบุหรี่จึงสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่จากการศึกษาของ Redfern, McKevitt, Dundas, Rudd, and Wolfe (2000) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด จำนวน 1,139 ราย พบว่า 1 ปีหลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่

การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้ (thromboembolism) โดยการกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของเลือดและเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองบริเวณนั้นลดลงด้วย ซึ่งเป็นผลจากพิษของแอลกอฮอล์ต่อเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง และเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการแตกของหลอดเลือดสมองด้วย (Mohr et al., 2011) ดังนั้นการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ จากการศึกษาของ Redfern et al. (2000) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด จำนวน 1,139 ราย พบว่า 1 ปีหลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ร้อยละ 4 ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างหนัก

ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านจะต้องปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา โดยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม เช่น การการควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Lawrence, Kerr, Watson, Jackson and Brownlee, 2009; National Stroke association, 2013) ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ การเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวของกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ซึ่งนับเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาล และหากสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้สามารถลดความพิการสะสมที่รุนแรง ลดอัตราการตาย และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบเพียงการศึกษาของ สาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับความชุกและสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ(thrombotic stroke) จำนวน 100 ราย พบว่า สาเหตุการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยร้อยละ 21.25 หยุดรับประทานยาเอง และยังพบสาเหตุจากการไม่ให้ความร่วมมือในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา โดยผู้ป่วยร้อยละ 33.75 มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี กล่าวคือ SBP มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP มากกว่า 90 140 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยร้อยละ 20 มีการควบคุมภาวะไขมันในเลือดไม่ดี นั่นคือ total cholesterol มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร LDL cholesterol มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร HDL cholesterol น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ triglyceride มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนและมากพอที่จะเป็นประโยชน์ในการให้การพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหาการวิจัย

1. ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

2. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดมอง นับเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ตรงกับแผนการรักษาและมีความสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องอาศัยการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันหรือมีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายที่ผู้ป่วยทุกรายจะให้ความร่วมมือ (Bushnell et al, 2009) และพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความจำ การรำลึก ความตั้งใจ การประมวลผล จำแนกข้อมูลที่รับรู้เข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปลความหมายทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม (Hannegan, 1989) ความบกพร่องของการหน้าที่ด้านการรู้คิดจะส่งผลต่อความสามารถในการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตเกิดความผิดปกติด้านความคิดและความจำ ผู้ป่วยอาจมีความสนใจในระยะสั้นหรือความจำสั้น (National Institue of Neurological Disorders and Stroke, 2013) ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยขาดความสนใจและไม่สามารถจดจำคำแนะนำตามแผนการรักษาของบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ ซึ่งเป็นการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาแบบไม่ได้ตั้งใจ (non-intentional non-adherence) จากการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำ จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำเช่นกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Chambers et al.

(2011) ที่พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไม่ทำให้เกิดคามแตกต่างระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกับกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านสุขภาพ บุคคลจะเกิดพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974 อ้างถึงในนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553) โดยเมื่อผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคก็จะกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้

จากการศึกษาของ Zeng et al. (2012) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดความรู้อย่างมากเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Koenig et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 52 ไม่สามารถบอกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ Sloma, Backlund, Strender, and Skaner (2010) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ และ OA Connell and Hartigan (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษามีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างน้อย 1 ปัจจัย แต่ไม่มีผู้ป่วยรายใดทราบว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเลย นอกจากนี้ Croquelois and Bogousslavsky (2006) ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13 ที่รู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือคุณค่าที่บุคคลจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงจะมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์สูง (Chambers et al., 2011; O'Carroll et al., 2011) ความเชื่อเกี่ยวกับยา และประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้ยาจะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษา และยังพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อีกด้วย (Horne, 2000; Horne, Graunpner, Frost and Weinman, 2004 cited in Oladimeji, 2009) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ให้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา มีแนวโน้มเชื่อมั่นในแนวทางการรักษาด้วยยาและความสามารถในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าตนเองถูกสั่งจ่ายยาให้รับประทานมากเกินไป และยาที่ได้รับไม่ได้มีประโยชน์กับการเจ็บป่วยของตนเอง (Chambers et al., 2011)

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นความนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่จะประเมินลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และภาวะอารมณ์ขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Leventhalet al., 2003 cited in Hale,Treharne and Kitas, 2007) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยสามารถทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงก็ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการให้ความร่วมมืออย่างสอดคล้องกับแผนการรักษา O'Carroll et al. (2011) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย พฤติกรรม อันได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอัตมโนมติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Radloff, 1997)

ภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอุบัติการณ์การเกิดสูงถึงร้อยละ 14-60 (Saxena, Ng, Yong, Fong, & Koh, 2008) โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยของ Schepers et al. (2009) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 131 ราย ในศูนย์ฟื้นฟูสภาพประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูงหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 6 เดือน 1 ปี และ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.7, 25.2 และ 16 ตามลำดับ

สำหรับประเทศไทยพบความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 38.8 (ภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2546) และจากการศึกษาของ มณฑล ว่องวันดี (2552) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองร้อยละ 28.2 จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 39 ราย โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่รับประทานอาหาร และนอนไม่หลับ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีผลกระทบต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่าภาวะซึมเศร้า

หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา และ Ireland et al. (2010) ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และ จรวยพร วงศ์ขจิต (2554) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนใน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรม (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981)โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) การได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดจะทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตเป็นโรคหลอดเลือดสมองคลายความวิตกกังวล มีกำลังใจในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเตือนความจำในการรับประทานยาให้ผู้ป่วย และบุคลากรทางด้านสุขภาพจะให้การช่วยเหลือและการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ถึงแม้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากก็ตาม การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือการได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการรักษาสูง(High adherence) จะมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเตือนในการรับประทานยา และผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาอย่างชัดเจนจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ (low adherence) จะพบว่ากลุ่มนี้จะไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยา หรือได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจน จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Chambers et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang (2014) ที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และ จรวยพร วงศ์ขจิต (2554) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดอย่างน้อย 21 วัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18-59 ปีบริบูรณ์ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดอย่างน้อย 21 วัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18-59 ปีบริบูรณ์ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดอย่างน้อย 21 วัน ที่ยังไม่เคยเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาโดยรับประทานยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด ยาต้านลิ่มเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ

ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. การรับประทานยา คือ พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulant) ยาควบคุมความดันโลหิต (antihypertensive) และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด (Lipid lowering) ที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด ความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการรับประทานยายา ไม่หยุดยาหรือเพิ่มหรือลดขนาดยาเองนอกเหนือจากแผนการรักษาของแพทย์

2. การควบคุมระดับไขมันในเลือด คือ พฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นไขมันจากสัตว์และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง อาหารประเภทที่สามารถเปลี่ยนเป็นไขมันได้ เช่น คาร์โบไฮเดรต เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผักและผลไม้ การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์

3. การควบคุมความดันโลหิต คือ พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการรับประทานอาหารที่หลีกเลี่ยงจากอาหารรสเค็ม ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียดและการพบแพทย์ตามนัด

4. การงดสูบบุหรี่ คือ พฤติกรรมของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่แสดงออกโดยการไม่สูบสูบบุหรี่ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง หลีกเลี่ยงจากการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ รวมถึงการปฏิเสธสถานการณ์ที่ชักนำให้สูบบุหรี่

5. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ พฤติกรรมของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่แสดงออกโดยการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่อวันลง รวมถึงการการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ชักนำให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การประเมินความร่วมมือในการป้องการการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยใช้ Medication Adherence Report Scale (MARS) ของ Horne (2004) ตอนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความจำ การรำลึก ความตั้งใจ การประมวลผล จำแนกข้อมูลที่รับรู้เข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปลความหมายทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม วัดโดยแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Mini Mental State Examination) ของ Folstein, Folstein, and McHugh (1975) ซึ่งได้แปลเป็นไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542)

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการจำได้ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม การเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเลือด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน การออกกำลังกาย วัดโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ Sloma et al. (2010)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติตามคำแนะนำในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มแอลกอฮอล์ วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่จะประเมินลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และภาวะอารมณ์ขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น วัดโดยแบบสอบถาม The Brief Illness Perception Questionnaire ของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลไทยโดย นภาพร โสวัฒนางกูร

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอัตมโนมติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่ให้ความร่วมมือ วัดโดยใช้ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ของ National Institute of Mental Health ฉบับแปลเป็นไทย โดย ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั้นดี, และสมพร เตรียมชัยศรี (2533)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัวได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ ที่ครอบคลุมถึงการช่วยเหลือและการตอบสนองความต้องการ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการดูแลสุขภาพ

2. ด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ และกำลังใจ

3. ด้านรูปธรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ความช่วยเหลือทางการเงิน หรือความช่วยเหลืออื่น ๆ

วัดโดยใช้ The ENCRICH social support Questionnaire ฉบับแปลไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดอัตราการพิการสะสมที่รุนแรงขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.1 ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.2 อุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.3 พยาธิสรีรภาพของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.4 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.6 ผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
    2.7 ปัจจัยสนับสนุนการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา
    3.1 คำศัพท์เกี่ยวกับความร่วมมือ
    3.2 ความร่วมมือของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
    3.3 การประเมินการให้ความร่วมมือ
    3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรกโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในครั้งแรกร้อยละ 8-12 จะเสียชีวิตภายใน 30 วัน นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิต แต่อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) โดยผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติร้อยละ 30 มีความพิการในระดับที่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันโดยทั่วไปร้อยละ 30 ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเดินร้อยละ 20 และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลาร้อยละ 20 (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) และจากการศึกษาของ Grau et al. (2001) ได้รวบรวมข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5,017 ราย เป็นเวลา 3 เดือนพบว่า ในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.4 นอกจากนั้นผู้ป่วยร้อยละ 33 มีความพิการปานกลางหรือรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่เหลืออีกร้อยละ 57 มีความพิการแค่เพียงเล็กน้อยหรือหายเป็นปกติ

สำหรับในประเทศไทยจากศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อติดตามต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10 และผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 32 มีความพิการขั้นรุนแรง ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่มีความพิการเพียงเล็กน้อย หรือหายเป็นปกติพบได้ร้อยละ 58

ดังนั้นในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาทั้งในด้านของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ Stroke) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) หมายถึง กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดการขาดเลือดหรือมีเลือดออก สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดคือการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) เกิดจากการสะสมตัวของไขมันและแผ่นของลิ่มเลือดบนผนังหลอดเลือดแดงชั้นในของหลอดเลือดสมอง (fatty streak & fibrous plaque) (World Health Organization, 2013) การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent stroke) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ได้ให้ความความหมายว่า หมายถึง อาการผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นใหม่ตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเดิม

Hankey et al. (1998) ให้ความหมาย การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการ และ/หรือ อาการแสดงของการสูญเสียการทำงานจากสมองส่วนซีรีบรัมบางส่วนหรือทั้งหมดที่มีอาการทางคลินิกชัดเจน มีอาการบกพร่องบางส่วนทางด้านประสาท เกิดขึ้นใหม่ในทันที โดยไม่มีสาเหตุอื่นนอกจากสาเหตุด้านหลอดเลือด (กล่าวคือ ความบกพร่องไม่สามารถอ้างได้จากโรคอื่นๆ เช่น การชัก หรือจากการได้สารพิษอื่นๆ) สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเวลาหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดมองครั้งแรกแล้ว หรือมีอาการทางคลินิกที่บ่งบอกว่ามีความแย่ลงอย่างเฉียบพลันของอาการทางระบบประสาท โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่นนอกจากทางหลอดเลือด ภายใน 21 วันหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

Moroney, Bagiella, Paik, Sacco, and Desmond (1998) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง หลังจากจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) Early recurrent stroke คือ อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายใน 90 วัน

2) Late recurrent stroke คือ อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายหลัง 90 วัน

Coull and Rothwell (2004) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่าหมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองแบบใดก็ได้ใน 24 ชั่วโมงหลังเป็นโรคครั้งแรก โดยไม่คำนึงถึงตำแหน่งของเส้นเลือด

Coutts et al. (2008) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การเสื่อมสภาพของระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือด ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้การการทำงานของสมองลดลงซึ่งจะแตกต่างกันแล้วแต่บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพรวมถึงการอุดตันของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นใหม่ หรือการขยายของบริเวณที่มีการตายของสมองอยู่ก่อนแล้ว และการมีเลือดออกในสมอง

Camara et al. (2013) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่เกิดกับหลอดเลือดที่แตกต่างจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นครั้งใหม่นี้อาจจะเกิดกับหลอดเลือดสมองเส้นเดิมหรือหลอดเลือดสมองเส้นใหม่ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง อาการและอาการแสดงจะขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ส่วนระยะเวลาที่ถือว่าเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีการกำหนดเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยจะอยู่ในช่วง 24 ชั่วโมง ถึง 21 วัน หลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

2.2 อุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

Mohr et al. (2011) กล่าวว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1- 4 พบใน 30 วัน หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ร้อยละ 6-13 พบในช่วง 1 ปีหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และร้อยละ 19-42 พบในช่วง 5 ปี หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

National Stroke association (2013) กล่าวว่า อย่างน้อย 1 ใน 4 หรือ ร้อยละ 25 -35 ของชาวอเมริกัน 795,000 คน ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และภายใน 5 ปี หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 40 โดยพบอัตราเกิดซ้ำในเพศชายร้อยละ 42 และในเพศหญิงร้อยละ 24

Camara et al. (2013) ได้ทำการศึกษาโดยการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเป็นเวลา 3 ปี และพบว่าร้อยละ 33 เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ 3 พบให้ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และร้อยละ 43 พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี

พรภัทร ธรรมสโรช (2555) พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสะสมตามหลังการโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่ 30 วัน 1 ปี และ 5 ปี พบร้อยละ 3-10 ร้อยละ 5-14 และร้อยละ 25-40 ตามลำดับ

สำหรับการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย สมศักดิ์ เทียมเก่า (2554) ได้ทำการศึกษารวบรวมสรุปเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 79 ราย พบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 29 ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 46 และในช่วงหลังจาก 5 ปี ร้อยละ 25 และจากการศึกษาของ Nidhinandana and Changchit (2010) ซึ่งได้ทำการศึกษาการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระมงกุฎ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจำนวน 141 ราย พบว่าร้อยละ 15.59 เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 48.87 วัน หลังจากการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

สรุปได้ว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จะมีโอกาสกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีก โดยอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะพบตั้งแต่เดือนแรกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และจะเพิ่มอัตราการเกิดขึ้นทุกปีและพบว่า 5 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำโรคมากกว่าร้อยละ 40 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

นอกจากนั้นการศึกษาของ Mohr et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) มีความเสี่ยงสูงเป็น 1.8 เท่า ในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยจากการศึกษาของ Hata et al. (2005) อ้างถึงใน Camara et al. (2013) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าในผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีสาเหตุมาจากการอุดกั้นของก้อนเลือดที่ลอยมาจากหัวใจ (cardioembolic) และการตีบของเส้นเลือด (atherothrombotic) จะเพิ่มโอกาสในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ และ สาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) ที่ได้ศึกษาการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร้อยละ 17 แบ่งเป็น lacunar infarction ร้อยละ 21 Middle cerebral artery infarction ร้อยละ 5 Multiple infarction ร้อยละ 26 และ Vertebrobasilar infarction ร้อยละ 5

2.3 พยาธิสรีรภาพของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดสมองภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (World Health Organization, 2013) โดยการเกิดซ้ำนี้อาจเป็นเส้นเลือดเดิมหรือเส้นเลือดใหม่ ทำให้การการทำงานของสมองลดลงซึ่งจะแตกต่างกันแล้วแต่บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพรวมถึงการอุดตันของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นใหม่ หรือการขยายของบริเวณที่มีการตายของสมองอยู่แล้วรวมถึงการมีเลือดออกในสมองด้วย (Coutts et al., 2008) ดังนั้นพยาธิสรีรภาพของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจึงอธิบายได้เช่นเดียวกับพยาธิสรีรภาพของของโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป โดยพบว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็น

ชนิดสมองขาดเลือด (cerebral infarction) ร้อยละ 71 และพบว่าร้อยละ 89 ของผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาก่อน (Hankey et al., 1998) โดยพยาธิสรีรภาพของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การอุดกั้นจากลิ่มเลือด (thrombotic) จากกระบวนการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการอักเสบของหลอดเลือดแดงที่ผนังถูกทำลาย การเพิ่มการแข็งตัวของเลือด (coagulation) พบได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากการศึกษาของ Mohr et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงสูงเป็น 1.9 เท่า ในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และพบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยยาอินซูลิน

2) การอุดกั้นจากก้อนเลือด (embolic) ส่วนใหญ่มาจากก้อนเลือดหลุดลอยมาจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง (cardiac embolic) พบได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation)

2.4 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมี 2 แนวทาง คือ

2.4.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention stroke) เป็นแนวทางการแก้ไขและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงมีดังนี้

1) การควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงมากกว่าคนปกติถึง 2-17 เท่า ดังนั้นในปัจจุบันพบว่าการควบคุมความดันโลหิตเป็นวิธีลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะต้องความดันควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2) การควบคุมเบาหวาน ผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงมากกว่าคนปกติถึง 2.5 เท่า ให้ให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงนับว่ามีความสำคัญ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องคุมระดับน้ำตาลตอนเช้าให้ต่ำกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และน้ำตาลเฉลี่ยหรือสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

3) การงดสูบบุหรี่ ในปัจจุบันมีข้อมูลยืนยันว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2.5 เท่า ซึ่งปัจจัยนี้ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ด้วยตนเองโดยการเลิกสูบบุหรี่

4) การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง โดยทั่วไปจะควบคุมให้ LDL- cholesterol ให้ต่ำลงถึงเป้าหมาย และระดับไขมัน HDL- cholesterol ให้สูง โดยในผู้ชายควรสูงกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และในผู้หญิงควรสูงกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

5) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ภาวะโรคหัวใจ อายุ การออกกำลังกาย ภาวะอ้วน พันธุกรรม ภาวะเครียด และเพศ ปัจจัยเหล่านี้ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญไม่มากนัก โดยปัจจัยเสี่ยงบางอย่างไม่สมารถหลีกเลี่ยงได้เลย เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม แต่ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่สามรถหลีกเลี่ยงได้ เช่น การออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ภาวะเครียด ซึ่งถ้าสามารถลดปัจจัยเสี่ยงนี้ได้ก็จะทำให้โอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง

2.4.2 การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention stroke) เป็นแนวทางการป้องกันผู้ที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วไม่ให้เกิดการการกลับเป็นซ้ำของโรคอีก โดยตามแนวทางของ National Stroke association (2013) ได้แนะนำไว้ ดังนี้

1) การควบคุมความดันโลหิต สามารถควบคุมโดยการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือกสมองขาดเลือดมาแล้วพบว่าการใช้ยาลดความดันโลหิต สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและโรคของหลอดเลือดอื่นๆ ได้อีกด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยแนะนำให้พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ความดันโลหิตเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 130/80 mmHg ควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน ออกกำลังกายที่ไม่หนักจนเกินไป เช่น การเดิน รับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ จำกัดอาหารประเภทเกลือและไขมัน หลีกเลี่ยงจากภาวะเครียด และการพบแพทย์เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอตามนัด หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2) การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่มีหรือคาดว่ามีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือด(atherosclerosis) ระดับ LDL-Cholesterol เป้าหมายน้อยกว่า 100 mg/dL และหากถ้าจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก ระดับ LDL- Cholesterol เป้าหมาย คือ น้อยกว่า70 mg/dL ยาที่แนะนำ คือ ยากลุ่มสเตติน (statins) ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีหรือคาดว่ามีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือด และระดับ LDL-Cholesterol ไม่สูงอาจพิจารณาใช้ยากลุ่มสเตติน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดอื่นๆ ควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นไขมันจากสัตว์และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผักและผลไม้ การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์

3) การควบคุมเบาหวาน โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) โดยมีเป้าหมาย Hemoglobin A1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ซึ่งสามารถทำได้โดยการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาล เช่น ข้าวเหนียว ทุเรียน มะม่วงสุก เป็นต้น

4) การควบคุมภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) แนะนำให้ใช้ยาวาร์ฟาริน (warfarin) โดยมีเป้าหมายค่า INR เท่ากับ 2.5 (2.0-3.0) แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาวาร์ฟารินได้ให้ใช้แอสไพรินขนาด 325 มิลลิกรัมต่อวันแทน โดยทั่วไปอาจเริ่มให้วาร์ฟารินกับผู้ป่วยในเวลา 2 สัปดาห์หลังจากที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว แต่ถ้าพบผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือ มีพื้นที่ของสมองตายกว้าง อาจพิจารณาเลื่อนการได้รับยาวาร์ฟารินออกไปก่อน

5) การงดสูบบุหรี่ งดการดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนัก และ เพิ่มการออกกำลังกายตามความเหมาะสม และรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ

2.5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดย American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) (2010) ได้ให้แนวทางปฏิบัติไว้ดังต่อไปนี้

2.5.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) เป็นแนวทางการรักษาโดยการทำ Carotid endarterectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อกำจัดไขมันที่สะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด (atheroma plaque) มักทำในกรณีหลอดเลือดแดงคาโรติดอุดตันมากกว่าร้อยละ 70 ของภาวะปกติ และผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงไม่มาก

2.5.2 การรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological therapy) โดยการใช้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (antithrombotic therapy) ยาที่สำคัญคือยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ซึ่งมีแนวทางการให้ยาดังนี้

1) ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ลอยมาจากหัวใจ (non-cardioembolic stroke) การเลือกใช้ยาต้านเกล็ดเลือดที่เหมาะสมต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายอย่างรวมถึงประสิทธิภาพของยา สภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย ผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และราคา เช่น ยาแอสไพริน ที่ราคาถูกกว่าอาจทำให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่า ถ้ายาราคาแพงหรือกรณีที่ผู้ป่วยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndromes) อาจใช้ยาโคพิโดเกรล (clopidogrel) ร่วมกับยาแอสไพริน เป็นต้น โดยยากลุ่มต้านเกร็ดเลือดประกอบด้วย

1.1) แอสไพริน เป็นยาต้านเกล็ดเลือดตัวหนึ่งที่ AHA/ASA ยอมรับเป็นยาตัวเลือกแรกที่ใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ขนาดที่แนะนำคือ 50-325 mg ต่อวัน ขนาดที่สูงกว่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ดังนั้นในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวขณะได้รับแอสไพรินอยู่แล้ว ไม่แนะนำให้เพิ่มขนาดยาของแอสไพรินขึ้น เนื่องจากไม่พบว่ามีประสิทธิภาพดีขึ้นในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง AHA/ASA แนะนำให้เปลี่ยนไปใช้ ยาต้านเกล็ดเลือดตัวอื่นซึ่งยังไม่สามารถแนะนำได้ว่าควรใช้ยาใด เนื่องจากยังไม่มีรายงานการศึกษาที่ตอบคำถามนี้ได้

1.2) dipyridamole + aspirin combination (extended-release formulation ประกอบด้วย 200 mg dipyridamole และ 25 mg aspirin) การศึกษาทางคลินิกพบว่า สามารถลดอัตราการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 37 AHA/ASA จึงยอมรับการใช้ extended-release dipyridamole + aspirin combination เป็นยาตัวเลือกแรกที่แนะนำให้ใช้แทนแอสไพรินเดี่ยวๆ หรือ ใช้แทนแอสไพรินในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในขณะได้รับยาแอสไพรินอยู่แล้ว โดยให้ยาสูตรผสมนี้วันละ 2 ครั้ง เช้าเย็น ผลไม่พึงประสงค์ที่มักเกิดขึ้นจากการใช้ extended dipyridamole คือ อาการปวดศีรษะ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยทนต่อการใช้ยาไม่ได้

1.3) ทิโคพิดีน (ticlopidine) ในการศึกษาเปรียบเทียบทิโคพิดีน กับแอสไพริน พบว่าทิโคพิดีน มีประสิทธิภาพดีกว่าแอสไพริน ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่เนื่องจากยามีผลไม่พึงประสงค์ที่อันตรายถึงชีวิต คือ neutropenia จึงมักสงวนไว้ใช้เป็นยาอันดับหลังๆ ผลไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่พบบ่อย คือการเกิดผื่น และถ่ายเหลว ขนาดยาที่แนะนำ คือ 250 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 2 ครั้ง

1.4) โคพิโดเกรล (clopidogrel) เป็นยากลุ่มเดียวกับทิโคพิดีน แต่ผลข้างเคียง neutropenia พบน้อยกว่าทิโคพิดีนมาก การศึกษาพบการให้โคพิโดเกรล 75 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ดีกว่าแอสไพริน 325 มิลลิกรัมต่อวันเล็กน้อย AHA/ASA จึงแนะนำให้ใช้โคพิโดเกรลเป็นตัวเลือกแรกๆ ที่อาจจะพิจารณาใช้แทนแอสไพรินเดี่ยวๆได้ และแนะนำโคพิโดเกรล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้แอสไพรินได้เนื่องจากแพ้ยา หรือ กรณีที่ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดขณะได้รับยาแอสไพริน ขนาดยาที่แนะนำคือ 75 มิลลิกรัม วันละครั้ง ข้อจำกัดหนึ่งของการใช้โคพิโดเกรล คือ ยามีราคาแพงกว่าแอสไพรินมาก

2) ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ลอยมาจากหัวใจ(cardioembolic stroke) ข้อควรพิจารณาในการให้ยามีดังนี้

2.1) ผู้ป่วยโรคหัวใจสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) แนะนำให้ใช้ยาวาร์ฟารินโดยมีเป้าหมายค่า INR เท่ากับ 2.5 (2.0-3.0) แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้วาร์ฟารินได้ให้ใช้แอสไพริน

325 มิลลิกรัมต่อวันแทน โดยทั่วไปอาจเริ่มให้วาร์ฟารินกับผู้ป่วยในเวลา 2 สัปดาห์หลังจากที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว แต่ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือมีพื้นที่ของสมองตายเป็นบริเวณกว้าง อาจพิจารณาเลื่อนการได้รับยาวาร์ฟารินออกไปก่อน

2.2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตรวจพบ left ventricular thrombus ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สาเหตุมาจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากหัวใจ (cardioembolic stroke) ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วง 1-3 เดือนแรกของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมักพบ thrombus นี้ขณะทำ echocardiography หรือ cardiac imaging อื่นๆ ในกรณีผู้ป่วยเช่นนี้ แนะนำให้ใช้วาร์ฟารินโดย มีเป้าหมายค่า INR เท่ากับ 2.5 (2.0-3.0) เป็นเวลา 3 เดือนถึง 1 ปี โดยแนะนำให้แอสไพรินร่วมด้วยในขนาดไม่เกิน 160 มิลลิกรัมต่อวัน

2.3) ผู้ป่วย rheumatic mitral valve disease ไม่ว่าจะมีภาวะหัวใจสั่นพลิ้วร่วมด้วยหรือไม่ แนะนำให้ใช้วาร์ฟาริน โดยมีเป้าหมายค่า INR เท่ากับ 2.5 (2.0-3.0) โดยไม่ให้ยาต้านเกล็ดเลือดเพื่อลดความเสี่ยงของการมีเลือดออก อย่างไรก็ดีหากผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือการเป็นซ้ำที่เกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ลอยมาจากที่อื่นอาจให้แอสไพริน 80 มิลลิกรัมร่วมด้วย

2.4) ผู้ป่วย aortic valve disease โดยผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจสั่นพลิ้ว แนะนำให้ยาต้านเกล็ดเลือด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจสั่นพลิ้วให้ใช้วาร์ฟาริน

2.5) ผู้ป่วยที่ผ่านการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมแบบ แนะนำให้ใช้ยาวาร์ฟาริน โดยมีเป้าหมายค่า INR เท่ากับ 3.0 (2.5-3.5) และถ้าเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ขณะได้รับวาร์ฟารินให้พิจารณาเพิ่มแอสไพริน 75-100 มิลลิกรัมต่อวัน

2.5.3 การควบคุมความดันเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมาย (blood pressure control) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบว่าการใช้ยาลดความดันโลหิตสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและโรคของหลอดเลือดอื่นๆ ได้อีกด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตหลังผ่านช่วงอาการเฉียบพลันไปแล้วยังไม่สามารถกำหนดแน่นอนได้ ตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันได้แนะนำว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคความดันเลือดสูง และได้รับยาลดความดันโลหิตก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว สามารถเริ่มยาลดความดันโลหิตได้ภายใน 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แต่ในระยะเรื้อรังระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของผู้ป่วยประวัติโรคหลอดเลือดสมอง

ขาดเลือดหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ยังไม่สามารถระบุได้แน่นอน ในการดูแลผู้ป่วยประวัติโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ได้แนะนำให้พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการศึกษาทางคลินิกพบว่าประโยชน์จากการใช้ยาลดความดันโลหิตมักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง 10/5 mmHg และ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตเป้าหมาย คือ น้อยกว่า130/80 mmHg ทั้งนี้ควรพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตกับผู้ป่วยประวัติโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวทุกรายไม่ว่าจะมีประวัติความดันโลหิตสูงหรือไม่

2.5.4 การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่มีหรือคาดว่ามีสาเหตุมาจากการตีบแคบของหลอดเลือดควรจัดเป็น symptomatic atherosclerotic disease จึงมีระดับ LDL-Cholesterol เป้าหมายน้อยกว่า 100 mg/dL และหากถ้าจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ระดับ LDL-Cholesterol เป้าหมาย คือ น้อยกว่า70 mg/dL ยาที่แนะนำคือ ยากลุ่มสเตติน ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีหรือคาดว่ามีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือดและพบระดับ LDL-Cholesterol ไม่สูง อาจพิจาณาใช้ยากลุ่มสเตตินเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคของหลอดเลือดอื่นๆ

2.5.5 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) โดยมีเป้าหมาย HbA1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 เปอร์เซ็นต์

2.6 ผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เกิดความพิการที่รุนแรงกว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (Slark, 2010) และนำสู่ความพิการสะสมที่เพิ่มขึ้น(พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) นอกจากนั้นยังพบอัตราตายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 2 เท่าของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (Coull and Rothwell, 2004) โดยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจะพบการเสียชีวิตร้อยละ 12 ในเวลา 30 วัน (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) แต่การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 23 จะเสียชีวิตใน 28 วัน (Hankey et al., 1998) นอกจากนั้นสมศักดิ์ เทียมเก่า (2554) ได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองแล้วได้สรุปว่าอัตราตายในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับครั้งแรก ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราตายจะสูงถึงร้อยละ 80 และส่งผลให้เกิดความพิการตามมามากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เสียค่ารักษา และทรัพยากร ต่างๆของโรงพยาบาลมากขึ้น

2.7 ปัจจัยสนับสนุนการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านโรคของผู้ป่วย

Mohr et al. (2011) พบว่า การเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ดังนี้

1.1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงสูงเป็น 1.9 เท่า ในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง โดยการเปรียบเทียบในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน

1.2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกที่เป็นโรคโรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) มีความเสี่ยงสูงเป็น 1.8 เท่า ในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว

1.3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว มีความเสี่ยงสูงเป็น 3.5 เท่า ในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว โดยการเปรียบเทียบในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน

นอกจากนั้นยังพบการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาด้วยยาอินซูลิน มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รักษาด้วยยาอินซูลิน หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

2) ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยแนวทางการรักษาสำหรับผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามที่ American stroke association (2013) และ National Stroke association (2013) ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองนั้นประกอบไปด้วย การผ่าตัด การรักษาด้วยยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวทางการรักษานี้จำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่จากการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เหมาะสมและยังไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลความต่อเนื่องในการรับประทานยากลุ่มต้านลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต และยาควบคุมระดับไขมันในเลือดก็จะลดลง (Hillen et al., 2000; Wei et al., 2010) และยังพบว่าการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิต

จากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตและการควบคุมระดับไขมันในเลือดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เหมาะสมเช่นกัน (Goldfinger et al., 2012; สาธิต กาสุริย์ และคณะ, 2547) นอกจากนั้นยังพบว่าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Redfern et al., 2000) รวมทั้งผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะต้องให้ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญในการมาตรวจตามที่แพทย์นัด (Koenig et al., 2007)

3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือ

3.1 คำศัพท์เกี่ยวกับความร่วมมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งพบว่ามีการใช้คำศัพท์ที่หลากหลาย Cohen (2009) และ Hearnshaw and Lindenmeyer (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของความร่วมมือของผู้ป่วย และสรุปไว้ว่าไม่มีการให้ความหมายของความร่วมมือที่เป็นมาตรฐาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ป่วย มีการใช้คำศัพท์และการให้ความหมายของความร่วมมือ สรุปดังต่อนี้

1) ความร่วมมือ (Adherence)

World Health Organization (2003) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือ ไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการใช้ยาตามคำสั่งการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคคลากรทางการแพทย์

Bushnell et al. (2009) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือ ว่าหมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ เป็นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ โดยจะรายงานผลของความร่วมมือเป็นสัดส่วนของการใช้ยาตามปริมาณที่แพทย์กำหนดให้

2) ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Adherence to health recommendations, adherence to prescribed health care recommendation)

Leong et al. (2004) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับคำแนะนำหรือสอดคล้องกับแผนการรักษาใน

ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Hearnshaw and Lindenmeyer (2006) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะในการดูแลสุขภาพ ว่าหมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การตรวจตามนัด การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต (การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย) และการดูแลเท้า

ระพิณ ผลสุข (2548) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด

3) ความร่วมมือในการรักษา (Adherence to treatment)

Horwitz and Horwitz (1993) ได้ศึกษาและสรุปความหมายของ ความร่วมมือในการรักษา ว่าหมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่ทำควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์

Horne and Weinman (1999) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา ว่าหมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

Parham et al (2012) ศึกษาในผู้ป่วยโรคซีสติกไฟโบรซิส (Cystic Fibrosis) ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษา ว่าหมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

4) ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence to medication, Medication adherence)

Bosworth et al. (2011) ได้ให้ความหมาย ความร่วมมือในการใช้ยา ว่าหมายถึง การรับประทานยาตามคำแนะนำที่ตรงกับแผนการรักษาย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ในด้านเวลาในการรับประทานยา ปริมาณยาและความถี่ในการรับประทานในแต่ละวัน

Chambers et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ให้ความหมาย ความร่วมมือในการใช้ยา ว่าหมายถึง การรับประทานยาตามแผนการักษา ที่สอดคล้องกับความรู้ เจตคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ประกอบกับประสบการณ์จากการการใช้ยาซึ่งรวมถึงข้อควรระวังต่างๆ หรืออุปสรรคจากการใช้ยา

Muntner et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ให้ความหมาย ความร่วมมือในการใช้ยา ว่าหมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

อิสรีย์กรณ์ สุรศรีสกุล (2555) ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ ได้ให้ความหมาย ความร่วมมือในการใช้ยา ว่าหมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามคำแนะนำที่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยรับประทานยาได้ครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานต่อวัน ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกเวลา โดยไม่ลืมรับประทานยา

จันทิมา ช่วยชุม (2555) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชัก ได้ให้ความหมาย ความร่วมมือในการใช้ยา ว่าหมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจในการใช้ยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่รวมถึงการใช้ยาอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด

5) ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Adherence to secondary prevention)

Slark (2010) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ว่าหมายถึง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย (1) การควบคุมอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด คือ แอสไพริน (4) การรับประทานยาควบคุมระดับไขมันในเลือด คือ สเตติน และ (5) การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต (antihypertensive agent)

O'Carroll et al. (2011) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ว่าหมายถึง การให้ความร่วมมือในการรักษาในด้านการรับประทานยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยวัดเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

Venturelli, Sacks, Madrid, and Lavados (2013) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ว่าหมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาเทียบกับกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาตามแนวทางการรักษา

โดยสรุป ความร่วมมือ หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการใช้ยาตามคำสั่งการรักษา และการปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของโรคนั้นๆ โดยพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคคลากรทางการแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แนวคิดของ Slark (2010) ร่วมกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke association (2013) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3.2 ความร่วมมือของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้คำศัพท์ ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แนวคิดของ Slark (2010) ร่วมกับแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke association (2013) ซึ่งประกอบด้วย

1) การรับประทานยา ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะมีการรักษาด้วยยาสำหรับรับประทาน ดังนี้ (Hillen et al., 2000; Wei et al., 2010)

1.1) ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet)

- แอสไพริน (aspirin) เป็นยาต้านเกล็ดเลือดตัวหนึ่งที่ American stroke association (2013) ยอมรับเป็นยาตัวแรกที่เลือกใช้ในการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

- ทิโคลพิดีน (ticlopidine) มีประสิทธิภาพดีกว่าแอสไพรินในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แต่เนื่องจากยามีผลไม่พึงประสงค์ที่อันตรายถึงชีวิต คือ neutropenia จึงมักสงวนไว้ใช้เป็นยาอันดับหลังๆ ผลไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่พบบ่อย คือการเกิดผื่นและถ่ายเหลว (American stroke association, 2013)

- โคลพิเกรล (Clopidogrel) โดย American stroke association (2013) แนะนำโคลพิเกรลเป็นยาตัวเลือกแรกที่อาจจะพิจารณาให้ใช้แทนแอสไพรินเดี่ยวๆได้ และแนะนำให้ใช้โคลพิเกรลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้แอสไพรินได้เนื่องจากแพ้ยา หรือกรณีที่ผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองขณะได้รับยาแอสไพรินอยู่แล้ว

1.2) ยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulant) ได้แก่ วาร์ฟาริน (warfarin) ให้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมองที่มีสาเหตุมาจาก cardioembolism หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

1.3) ยาควบคุมความดันโลหิต (antihypertensive) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบว่าการใช้ยาลดความดันโลหิตสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและโรคของหลอดเลือดอื่นๆ ได้อีกด้วยเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ

1.4) ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด (Lipid lowering) โดย American stroke association (2013) แนะนำให้ใช้ยากลุ่มสเตติน (statins) เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดอื่นๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ที่มีหรือคาดว่ามีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือด (atherosclerosis) เพื่อควบคุมระดับ LDL cholesterol ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย คือ น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เหมาะสม โดย Hillen et al. (2000) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Antithrombotic) และยากลุ่มลดความดันโลหิต (antihypertensive) ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายใน 90 วัน มีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ลดลงเหลือร้อยละ 75 การรักษาด้วยยากลุ่มต้านลิ่มเลือด (anticoagulant) ลดลงเหลือร้อยละ 41 และ ต่อการรักษาด้วยยากลุ่มลดความดันโลหิต (antihypertensive) ลดลงเหลือร้อยละ 70 และการศึกษาของ Wei et al. (2010) ได้ติดตามผลการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 12 เดือน พบว่ายาในกลุ่มลดความดันโลหิตมีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง แต่ยาในกลุ่มต้านเกล็ดเลือดและกลุ่มลดไขมันในเลือด (lipid-lowering) พบความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 66 และร้อยละ 17 ตามลำดับ สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยร้อยละ 21.25 หยุดรับประทานยา (สาธิต กาสุริย์ และคณะ, 2547)

2) การควบคุมระดับไขมันในเลือด ไขมันประกอบด้วย โคเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งถ้าหากมีมากเกินไปจะสะสมที่หลอดเลือดแดง ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง โดยเฉพาะถ้าเกิดกับเส้นเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้มีการขัดขวางเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (American stroke association, 2013) และโคเลสเตอรอลเป็นไขมันที่ไม่ละลายในเลือด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1) HDL cholesterol นับเป็นโคเลสเตอรอลที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค่าปกติของ HDL cholesterol ในเพศชายมากกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และเพศหญิงมากกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2.2) LDL cholesterol เป็นโคเลสเตอรอลที่ไม่ดีที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค่าปกติของ LDL cholesterol ควรน้อยกว่า 115 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การควบคุมระดับไขมันในเลือดนั้นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่มีหรือคาดว่ามีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือด ระดับ LDL cholesterol เป้าหมายต้องน้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (American stroke association, 2013)

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด สามารถทำได้โดย

1) การรับประทานยากลุ่มสเตติน ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่มีหรือคาดว่ามีสาเหตุจากการตีบของหลอดเลือด อาจพิจาณาใช้ยากลุ่มสเตติน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดอื่นๆ (National Stroke association, 2013)

2) การรับประทานอาหารที่เพิ่มกากและใย เช่น ผักและผลไม้ ลดการรับประทานไขมันจากสัตว์และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา (National Stroke association, 2013)

3) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับไขมันชนิด HDL ในเลือดได้ โดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 3-5 วัน/สัปดาห์ (National Stroke association, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดย Goldfinger et al., (2012) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) จำนวน 582 ราย พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 66 ไม่มีการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และ สาธิต กาสุริย์และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด โดยศึกษาในผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าร้อยละ 20 การควบคุมภาวะไขมันในเลือดไม่ดี นั่นคือ total cholesterol มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร LDL cholesterol มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร HDL cholesterol น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ triglyceride มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3) การควบคุมความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ในการทำให้ภาวะผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งเพิ่มขึ้น เร่งการเกิดไขมันของหลอดเลือดสมอง และทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในตำแหน่งนั้นหรือมีการหลุดของลิ่มเลือดจากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นไปอุดหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เกิดภาวะสมองตาย (American Stroke association, 2013) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงสูงเป็น 1.9 เท่า ในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง โดยการเปรียบเทียบ

ในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน (Mohr et al., 2011) ปัจจุบันพบว่าการควบคุมความดันโลหิตเป็นวิธีลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดไม่เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 51 และชนิดเสียชีวิตร้อยละ 41 (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต สามารถทำได้โดย

1) การรับประทานยา ตามแนวทางปฏิบัติล่าสุดของ American stroke association (2013) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ได้แนะนำว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับยาลดความดันโลหิตก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว สามารถเริ่มยาลดความดันโลหิตได้ภายใน 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แต่ในระยะเรื้อรังระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของผู้ป่วยประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ยังไม่สามารถระบุได้แน่นอน ในการดูแลผู้ป่วยประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้แนะนำให้พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการศึกษาทางคลินิกพบว่าประโยชน์จากการใช้ยาลดความดันโลหิตมักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง 10/5 mmHg และ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตเป้าหมาย คือ น้อยกว่า130/80 mmHg ทั้งนี้ควรพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตกับผู้ป่วยประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ทุกรายไม่ว่าจะมีประวัติความดันโลหิตสูงหรือไม่

2) การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยดัชนีมวลกายต้องอยู่ในเกณฑ์ 18.5 – 23.5 กิโลกรัม/เมตร^2 เส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก น้อยกว่า 1 หรือเส้นรอบเอวผ่านสะดือในผู้หญิงน้อยกว่า 32 นิ้ว ผู้ชายน้อยกว่า 36 นิ้

3) ทำกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน ออกกำลังกายที่ไม่หนักจนเกินไป เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน รำไม้พลอง

4) รับประทานอาหารที่เน้นประเภทผัก ผลไม้ จำกัดอาหารประเภทเกลือและไขมัน โดยปัจจุบันมีงานวิจัยยืนยันว่าการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น การรับประทานผักและผลไม้ จะสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ (National Stroke association, 2013)

5) หลีกเลี่ยงจากภาวะเครียด

6) พบแพทย์เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอตามนัด หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เหมาะสม โดย Koenig et al. (2007) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหรือผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค

หลอดเลือดสมองแล้ว ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมาแล้ว 30 วัน จำนวน 130 ราย พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 มีการรับประทานอาหารไม่สอดคล้องกับโรคของตน Goldfinger et al. (2012) ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) จำนวน 582 ราย พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 66 ไม่มีการควบคุมความดันโลหิต และ สาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับความชุกและสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในผู้ป่วยที่รับรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดหลอดเลือดตีบ(thrombotic stroke) จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.75 มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี นั้นคือ SBP มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP มากกว่า 90 140 มิลลิเมตรปรอท

4) การงดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่จะทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องทางให้ไขมันและโคเลสเตอรอล โดยเฉพาะ LDL โคเลสเตอรอล เคลื่อนลงไปฝังตัวในชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือดซึ่งรวมถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองด้วย เกิดการหนาของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยหรือช้าลงหรือไม่สามารถไหลผ่านไปได้ (American stroke association, 2013)

การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่า (Shinton et al., 1989 อ้างถึงใน พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) ดังนั้นการงดสูบบุหรี่จึงสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่จากการศึกษาของ Redfern et al. (2000) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงสูบบุหรี่

5) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้ โดยการกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของเลือดและเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดที่เลี้ยงสมองบริเวณนั้นลดลงด้วย (American Stroke association, 2013) ซึ่งเป็นผลจากพิษของแอลกอฮอล์ต่อเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง และเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการแตกของหลอดเลือดสมองด้วย (Mohr et al,2011) ดังนั้นการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ จากการศึกษาของ Redfern et al. (2000) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วง 1 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในกลุ่มผู้ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4 ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างหนัก

3.3 การประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย

3.3.1 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถทำได้ 2 วิธี คือ

วิธีประเมินโดยตรง

1) การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) เป็นวิธีการวัดการให้ความร่วมมือในการรักษาในการใช้ยาที่เป็นรูปธรรมและใช้หลักทางวิทยาศาสตร์มากที่สุด ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่มีความทันสมัยสำหรับการตรวจวัดระดับความเข้มข้นของยา หรือเมตาบอไลท์ของยาในเลือดหรือในพลาสมา ซึ่งจะบอกถึงขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไป เมื่อถึงระดับยาคงที่ในเลือด ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง รวมถึงสารเคมีที่ใช้ในการตรวจด้วย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยด้านการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับที่อาจจะส่งผลให้การวัดเกิดความคลาดเคลื่อนได

2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ (Measurement of urinary excretion) วิธีนี้ใช้หลักการเดียวกันกับการวัดระดับยาในเลือด แต่การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ โดยยาหรือเมตาบอไลท์ของยา หรือสารบ่งชี้ต้องไม่มีพิษ ไม่มีผลทางเภสัชวิทยา ไม่ถูกสะสมโดยสารบ่งชี้ ยาหรือสารที่จะวัดนี้จะถูกขับออกอย่างอิสระและรวดเร็วในเวลาไม่กี่ชั่วโมง และควรสลายไปใน 6 ชั่วโมง นอกจากนี้สารที่บ่งชี้ไม่ควรมีปฏิกิริยากับยาจริงๆของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสังเกตได้เองจากสีหรือกลิ่น วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกความแตกต่างระหว่างการใช้ยามากหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ใช้ได้กับยาหรือเมตาบอไลท์ของยาที่มีการขับออกทางปัสสาวะ และมีปริมาณมากพอที่จะตรวจสอบได้ ไม่สามารถสืบหาเวลาที่แน่นอนที่ผู้ป่วยใช้ยาได้

3) วิธีอื่นๆ เป็นการวัดปริมาณยาในน้ำลาย อุจจาระ และลมหายใจ วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ วิธีการตรวจค่อนข้างยุ่งยาก เพราะปริมาณยาหรือเมตาบอไลท์ของยาในสิ่งที่ขับออกมามีปริมาณน้อย เสียค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลาในการตรวจค่อนข้างนาน

วิธีประเมินโดยอ้อม

1) การนับเม็ดยาที่เหลือ (pill counts) เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็วและประหยัด นอกจากนั้นยังสามารถตรวจสอบวิธีการเก็บรักษายาของผู้ป่วยได้ด้วย การนับเม็ดยาสามารถคิดเป็นจำนวนร้อยละของความร่วมมือในการรักษาในการใช้ยาได้โดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$\frac{[(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยมีเริ่มต้น}+\text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย})-\text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}]}{[\text{จำนวนเม็ดยา/วันที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน}]\times \text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาติดตามประเมินผล}} \times 10$$

ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ข้อมูลที่ได้อาจจะมีความคาดเคลื่อนในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาขาดหรือเกินจำนวนที่แพทย์สั่งจ่าย หรือผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาจริงแต่เอายาออกจากขวดยา หรือผู้ป่วยมีการเตรียมจำนวนเม็ดยาก่อนมาพบบุคลากรทางการแพทย์

2) การวัดผลการรักษาและอาการข้างเคียงที่แสดงออก (Outcome of therapy and side effects) เป็นวิธีการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ซึ่งสามารถประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยได้

3) การใช้เครื่องมืออิเล็คทรอนิคส์บันทึกการเปิดฝาขวดยา (Medication event monitoring system : MEMS) เป็นวิธีที่แสดงค่าเป็นตัวเลขชัดเจน ทำให้ทราบถึงความถี่และรูปแบบในการรัยประทานยาในแต่ละวันของผู้ป่วย โดยอาศัยเครื่องมืออิเล็คทรอนิคส์ในการบันทึกวันและเวลาในการเปิดฝาขวดแต่ละครั้ง ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ค่าใช้จ่ายสูง และต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการใช้อุปกรณ์ นอกจากนี้การประเมินผลอาจคาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ในกรณีที่ผู้ป่วยนำยาออกจากขวดมากกว่า 1 เม็ดต่อการเปิดขวด 1 ครั้ง

4) การตรวจสอบความสม่ำเสมอของการมารับยาตามนัด (Review of pharmacy records) ข้อมูลนี้ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และค่าใช้จ่ายน้อย แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมาตรวจรับยาอย่างสม่ำเสมอก็ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง

5) การสัมภาษณ์โดยตรง หรือการใช้แบบสอบถาม (Interview or questionnaire) กับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีที่ใช้บ่อย วิธีนี้สามารถประเมินรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาหรือสาเหตุต่างๆที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการตั้งคำถามต้องมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย จำนวนคำถามและเวลาที่ใช้ต้องมีความเหมาะสม วิธีนี้มีความจำเพาะ แต่ขาดความไว ค่าใช้จ่ายน้อย ทำได้ง่ายและสะดวก ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ผู้ป่วยอาจปิดบังความจริง เนื่องจากกลัวว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์จะรู้ว่าตนเองไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนี้

1) The 8-item Morisky medication adherence score (MMAS-8) พัฒนาโดย Morisky และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งพัฒนามาจาก Morisky medication adherence scale ชนิด 4 ข้อคำถาม แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาเกี่ยวกับอุปสรรคและลักษณะการรับประทานยา โดยเพิ่มข้อคำถามที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยา การแปลผลคะแนน คือ คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 6-7 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และ

คะแนน 8 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง และได้นำแบบสอบถามนี้ไปประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

2) Medication Adherence Scale (MAS) (Wu et al., 2008) เป็นแบบประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ และอุปสรรค จำนวน 18 ข้อ และประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาจำนวน 14 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

3) The Adherence to refill and Medication Scale (ARMS) พัฒนาโดย Kripalani, Risser and Jacobsob ในปี ค.ศ. 2009 เป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมการมารับยาตามนัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ มีมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มารับยาตามนัด 4 คะแนน หมายถึง มารับยาตามนัดทุกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

4) Medication adherence Report Scale (MARS-5) พัฒนาขึ้นโดย Hone (2004) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามด้านลบทั้ง 5 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบการประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ คะแนน 16-25 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง โดยได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .68-.86 และ O'Carroll et al., (2011) ได้นำแบบประเมินนี้มาใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .67

ในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยเลือกใช้ Medication adherence Report Scale (MARS-5) ของ Hone (2004) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา มีความกระชับ ชัดเจน และใช้เวลาในการประเมินไม่นาน

3.3.2 การประเมินความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีเครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐานในการประเมินความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มีเพียงเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาสำหรับการศึกษานั้น ๆ โดยเฉพาะ ดังนี้

1) Health promoting lifestyle profile,version II (HPLP-II) พัฒนาขึ้นโดย Walker, Sechrist and Pender ในปี ค.ศ. 1987 และมีการปรับปรุงเครื่องมือในปี ค.ศ. 1995 เครื่องมือนี้ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ มี 6 มิติ คือ การสำนึกตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ และการ

จัดการกับความเครียด มาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพดี ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86

2) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ของ ระพิณ ผลสุข (2548) สร้างขึ้นตามแนวคิดการให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อใช้วัดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมาตรวจตามนัด และการควบคุมน้ำหนัก มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ นำมาหาความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80

3) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ อุมาพร แซ่กอ (2552) โดยแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นตามแนวคิด Pandian et al. (2005) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 18 คะแนน กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) วัดเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย หาความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85

4) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ วัลลยา ทองน้อย (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ใช้ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติบางวัน และไม่ปฏิบัติเลย หาความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.75

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ สุพร หุตากร (2549) ใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถาน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการป้องกันโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มาตราวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ หาความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .80

ในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคหัวใจ โรคลมชัก เป็นต้น พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะซึมเศร้า สภาวะของโรค ภาวะโรคร่วม (2) ปัจจัยด้านการดูแลรักษา ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยพบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา (Lewis et al ., 2004 cited in Slark, 2010) และระยะเวลาในการรักษา แต่จากการศึกษาของ จันทิมา ช่วยชุม (2555) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคลมชัก และอิรีย์กรณ์ สุรศรีสกุล (2555) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงและภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ และระพิณ ผลสุข (2548) พบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีดังต่อไปนี้

1) อายุ จากการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หลังจากวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 15 เดือน จำนวน 180 ราย พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะให้ความร่วมมือต่ำในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยอายุน้อยมักลืมรับประทานยา เนื่องจากไม่สามารถรับประทานยาตามระยะเวลาที่กำหนดได้ ประกอบกับมีอย่างอื่นที่ต้องทำ เช่น การรีบไปทำงาน เป็นต้น นอกจากนั้น Ostergaard et al. (2013) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ในช่วงที่ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นเวลา 180 วันนับจากวันแรกที่เริ่มรับประทานยา จำนวน 594 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด และจากการศึกษาของ Redfern et al. (2000) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก

2) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (cognitive function)

ความหมายของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Davis (2000) ได้ให้ความหมายของ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive Function) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการให้ความหมายและทำความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม คัดเลือกข้อมูลข่าวสารเพื่อจัดเก็บกำหนดรูปแบบและตอบสนองเบื้องต้นต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างมีจุดมุ่งหมายเฉพาะในแต่ละบุคคล

Hannegan (1989) ให้ความหมายการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive Function) หมายถึง ความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความจำ การรำลึก ความตั้งใจ การประมวลผล จำแนกข้อมูลที่รับรู้เข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปลความหมายทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุป ได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ ทำความเข้าใจ จดจำ และประมวลผลข้อมูลแล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง โดยผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะสมองซีกขวา จะทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิดและความจำ ผู้ป่วยมีความสนใจในระยะสั้นหรือความจำสั้น (National Institue of Neurological Disorders and Stroke, 2013) ดังนั้นผู้ป่วยจะไม่ให้ความสนใจในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาหรือไม่สามารถจดจำสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพแนะนำได้ ซึ่งเป็นการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยไม่ได้ตั้งใจ จากการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หลังจากวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 15 เดือน จำนวน 180 ราย พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำ จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำเช่นกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และเปรียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดมองกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกับกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ

การประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

1) Mini - Mental state examination (MMSE) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท ที่พัฒนาโดย Folstein et al. (1975) ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้ง 2 ซีก ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 5-10 นาที

ใช้ได้ดีในการประเมินความรุนแรงของของ cognitive function ที่บกพร่อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) สภาพด้านจิตใจ คือการแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำ และการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิกิริยาตอบสนอง 3) ความสามารถในการเรียนแบบ มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ 24 คะแนน หากผู้ป่วยได้รับคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน แสดงว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

2) Neurobehavioral cognitive status examination (NCSE) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในวัยผู้ใหญ่ ที่พัฒนาโดย Kiernan, Mueller, Langston, and Van Dyke (1987) โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้วัน เวลา สถานที่และสมาธิ ซึ่งสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองได้ 5 ด้าน คือ ภาษา การเข้าใจความหมาย ความจำ การคำนวณ และความคิดเป็นเหตุเป็นผล ในการประเมินเพื่อคัดกรองความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดนั้นใช้หลักการ คือ เมื่อผู้ป่วยตอบถูกจะไม่มีการประเมินต่อ หากผู้ป่วยตอบผิดจะมีการประเมินในขั้นต่อไป คะแนนรวมที่ต่ำอาจมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ใช้เวลาในการประเมิน 10-20 นาที

3) Cognitive capacity screening examination (CCSE) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนกลางที่พัฒนาโดย Jacobs, Bernhard, Delgado, and Strain (1977) ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล การให้ผู้ป่วยพูดตัวเลขซ้ำ ความตั้งใจ การนับเลข 7 หลัก การพูดตาม การเข้าใจความหมาย การรับรู้ และความจำระยะสั้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 5-10 นาที เป็นแบบวัดที่มีการวัดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในด้านต่างๆ คะแนนรวมต่ำกว่า 20 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบประเมินนี้มีจุดเด่น คือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย

4) Alzheimer's disease assessment scale (ADAS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรค Alzheimer ของ Wilma และคณะ (1984) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล, และพชรวุช กาญจนนาคินทร์ (2545) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) Cognitive part เป็นการทดสอบ cognitive part behavior เพื่อประเมินความบกพร่องของ cognitive function ตามความผิดปกติของส่วนสมอง โดยประเมินด้านความจำ ภาษา ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีจำนวน 11 ส่วนย่อย มีคะแนนเต็ม 70 คะแนน 2) Non-cognitive part เป็นการประเมินความบกพร่องด้านพฤติกรรมและอารมณ์ มีคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยประเมินความถี่และความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้น มีจำนวน 10 ส่วนย่อย โดยนันทิกา ทวิชาชาติได้แปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ content validity และนำคะแนนที่ได้มาหาตรงของแต่ละ item ได้เท่ากับ .88 จากนั้นนำแบบประเมินฉบับแปลไทยไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ทดสอบหาค่า

test-retest reliability 2 ครั้ง ได้ค่าเท่ากับ .97 และความเที่ยงทั้งหมดเท่ากับ .97 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Mini-Mental State Examination ของ Folstein et al. (1975) ฉบับแปลเป็นไทย (MMSE-Thai 2002)โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสมองได้ทั้งซีกซ้าย ซึ่งทำหน้าที่ในด้านการคิดคำนวณ การพูด การเขียน และสมองซีกขวาซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น การเข้าใจภาษาง่ายๆ การเลียนแบบ โดยแบบประเมินนี้ใช้เวลาในการประเมินน้อยประมาณ 5-10 นาที และแบบประเมินนี้ยังมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของความรู้

Bloom (1971) อ้างถึงใน แจ่มจิตต์ เทพนามวงค์ (2540) ได้ให้ความหมาย ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ประสบการณ์ที่จัดเป็นระบบระเบียบในกระบวนการของการจัดระเบียบ มีทั้งความจำ ความคิด และการใช้เหตุผลรวมอยู่ด้วย และสามารถแบ่งความรู้(Knowledge) ออกเป็น 6 ขั้น คือ 1) ระดับที่ระลึกได้ (Recall) คือ การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะหรือวิธีปฏิบัติกระบวนการ และแบบแผนนั้นๆได้ 2) ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ ความเข้าใจ (Comprehension) คือ การที่บุคคลสามารถที่จะเขียนข้อความที่จำได้เหล่านั้น ได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพให้ความหมายตีความและเปรียบเทียบความคิดอื่นๆหรือคาดคะเนผลที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ 3) ระดับการนำไปใช้ (Application) คือ การที่บุคคลสามารถนำข้อเท็จจริง ตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม 4) ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) คือ ระดับที่สามารถนำความคิดมาแตกแยกเป็นส่วน เป็นประเภท หรือนำข้อมูลต่างๆมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตัวเอง 5) ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำข้อมูลและแนวคิดมาประกอบกัน แล้วนำไปสู่สิ่งสร้างสรรค์ (Creation) สิ่งใหม่ต่างจากเดิม 6) ระดับของการประเมินผล (Evaluation) ความสามารถในการใช้ความรู้เพื่อจัดเกณฑ์การวัดข้อมูลตามมาตรฐานเพื่อให้ข้อตัดสินระดับของประสิทธิผล ของกิจกรรมในการตัดสินคุณค่า ของสิ่งต่างๆตามเกณฑ์ภายในหรือภายนอกที่กำหนดขึ้น

Good (1973) ให้ความหมายของ ความรู้ (knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริง ความจริง หลักการ และข้อมูลในขอบเขตทางสติปัญญาของมนุษย์ที่สะสมไว้ โดยอาจได้จากประสบการณ์หรือการค้นหาและบางส่วนได้มาจากผลการประมวลของสมอง

Smith (1977) ให้ความหมายของ ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคลซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากรายงาน ซึ่งการรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ปัจจัยซึ่งถ้าบุคคลมีอยู่จะเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ ซึ่งแบ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และมีประวัติครอบครัวเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจชนิดสั่นพลิ้ว ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย (American stroke association, 2013)

ดังนั้นจึงสรุป ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการศึกษาหรือค้นคว้า ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่ช่วยให้ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974 อ้างถึงใน นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดความรู้อย่างมากเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Zeng et al., 2012) โดยการศึกษาของ Koenig et al. (2007) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 30 วัน จำนวน 130 ราย พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 52 ไม่สามารถบอกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sloma et al. (2010) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 240 ราย พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรู้ในระดับต่ำเกี่ยวปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีความรู้ในระดับต่ำเกี่ยวกับการการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำโดยการให้ยากลุ่มต้านลิ่มเลือดและยาต้านเกล็ดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ OA Connell and Hartigan (2011) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษามีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างน้อย 1 ปัจจัย แต่ไม่มีผู้ป่วยรายใดทราบว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเลย สอดคล้องกับการศึกษาของ Croquelois and Bogousslavsky (2006) ได้ศึกษาการตระหนักรู้และ

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่ป่วยรอดชีวิตจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13 ที่รู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1) knowledge about cerebrovascular risk factors questionnaire ของ Croquelois and Bogousslavsky (2006) ซึ่งได้ศึกษาการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่ป่วยรอดชีวิตหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 3 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 164 คน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนี้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นลักษณะแบบทดสอบปรนัย ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ใช่ กับไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2) Perception of risk of future stroke and heart disease questionnaire ของ Slark, Bentley, Majeed, and Sharma (2012) ที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 18-91 ปี จำนวน 622 ราย เป็นลักษณะแบบทดสอบอัตนัย ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเขียนคำตอบบอกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ Sloma et al. (2010) สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 240 ราย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย อายุที่มากขึ้น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจสั่นพลิ้วความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก การมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ภาวะหลอดเลือดแดง carotid อุดตัน การสูบบุหรี่ และ โรคหัวใจขาดเลือด และปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ คือ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคกระดูกพรุน โรคต่อมไธรอยด์ และภูมิแพ้

4) แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ สาวิตรี สิงหาด (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับ อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายปิด เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับปัจจัย

เสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ สำหรับคำตอบที่ถูกคิด 1 คะแนน และ คำตอบที่ผิดคิด 0 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.97 และ คำนวณหาค่า KR-20 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.95

ในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ของ Sloma et al. (2010) เนื่องจากแบบสอบถามนี้ได้สร้างขึ้นมาใช้สำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของการรับรู้ประโยชน์

Becker (1974) ให้ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

Pander (2006) ให้ความหมายการรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือคุณค่าที่บุคคลจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงจะมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์สูง (Chambers et al., 2011; O'Carroll et al., 2011) ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับยาและประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้ยาจะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมในการใช้ยาตามแผนการรักษา(Horne, 2000; Horne, Graunpner, Frost and Weinman, 2004 cited in Oladimeji, 2009) จากการศึกษาของ Chambers et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงและผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูง มีแนวโน้มเชื่อมั่นในแนวทางการรักษาด้วยยาและความสามารถในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่ำ มีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าตนเองถูกสั่งจ่ายยาให้รับประทานมากเกินไป และยาที่ได้รับไม่ได้มีประโยชน์กับการเจ็บป่วยของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยทำนาย

เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาต่ำสามารถทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

1) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของ วัลลยา ทองน้อย (2554) ใช้ประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ กษมา เชียงทอง (2554) ใช้ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์นี้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามสามารถรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของสุพร หุตากร (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 อันดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

ในการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม

5) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Leventhal et al. (1987) ได้ให้ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง ความนึกคิดของบุคคลที่จะประเมินลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และภาวะอารมณ์ขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะมีการจัดการตนเองอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้การเจ็บป่วย โดยการศึกษา Morris et al. (2002) และ Broadbent et al. (2006) ก็ได้ให้ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยโดยอ้างอิงตามการให้ความหมายของ Leventhal et al. (1987)

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยนับว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ของ Becker (1974) ที่ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตน ซึ่ง

มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่ตามมาหลังจากความเจ็บป่วย ความสามารถของตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อความเจ็บป่วย (The common sense model of illness representation

Leventhal และคณะ ได้พัฒนาแนวคิดนี้ขึ้นมาในปี 1970 โดยได้พัฒนามาจากแนวคิด fear drive model และ health belief model และเสนอ The common sense model of illness representation ในปี ค.ศ. 1980 โดยเป็นทฤษฎีที่เน้นความสำคัญที่โครงสร้างความเข้าใจของบุคคล (cognitive structure) โดยมีข้อตกลงพื้นฐาน ดังนี้

1) บุคคลเป็นนักแก้ปัญหา โดยพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพที่คุกคามตนเองอยู่ และมีการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาตามการรับรู้และความเข้าใจของตนเอง

2) กระบวนการในการแก้ปัญหา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความคิดความเข้าใจหรือมโนภาพต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย หรือภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยซึ่งอาจไม่ใช่ภาพเดียวหรือใช้มุมมองทางการแพทย์เท่านั้น

3) แนวคิด illness representation หรือภาพสะท้อนมองความคิดต่อการเจ็บป่วยซึ่งมีความแตกต่างจากมุมมองด้านการแพทย์ การสร้างภาพสะท้อนทางความคิดจะต้องอาศัย บทบาททางสังคม วัฒนธรรมและการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยภาพสะท้อนทางความคิดนี้จะเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ซึ่งไม่ได้เป็นพฤติกรรมที่ถาวรสามารถปรับเปลี่ยนได้หากมีปัจจัยที่ส่งภาพให้มีความแตกต่างไปจากเดิม

พฤติกรรมการปรับตัวในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยมีกระบวนการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายและแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (illness representation of health threat) มีองค์ประกอบ ดังนี้

1.1) ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น (Identify/Label symptoms) การระบุอาการหรือการให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่กำลังคุกความตนเองอยู่

1.2) สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) เป็นการรับรู้เสาเหตุของโรคว่ามาจากสาเหตุใด ซึ่งไม่ได้หมายถึงสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่ แต่เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่นอกเหนือจากปัจจัยด้านการแพทย์ โดยรวมเอาความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรับผิดชอบส่วนบุคคลของพวกเขาในการก่อให้เกิดการเจ็บป่วย

1.3) ระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป (Timeline) ความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วยของตนเอง ว่าเป็นการเจ็บป่วยเป็นเฉียบพลันหรือเรื้อรังและเป็นรอบ

1.4) ผลที่คาดว่าจะเกิดตามภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงและผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย ทั้งด้านความรุนแรงของอาการที่ตนเองเคยมีประสบการณ์และยังรวมถึงผลกระทบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น การลดลงของคุณภาพชีวิตและผลกระทบต่อจิตวิทยาสังคม มิติทางกายภาพ และเศรษฐกิจ

1.5) ความสามารถในการควบคุมหรือการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Control/Cure) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าสามารถควบคุมหรือรักษาได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งมีผลกระทบต่อความก้าวหน้าของการเจ็บป่วย เช่น การเป็นหวัด หากมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเป็นแบบเรื้องรังก็จะมโนภาพที่จะการตอบสนองโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ที่รับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและสามารถหายได้เองก็จะมีมโนภาพที่จะตอบสนองเพียงแค่พักผ่อนเพื่อรอเวลาให้หายจากการเจ็บป่วย เป็นต้น

ระยะที่ 2 ระยะการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย (Coping responses) เป็นระยะของการแสดงพฤติกรรมหรือการปรับตัวในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคามสุขภาพ เป็นการคิดหาวิธีลงมือกระทำ โดยการที่ผู้ป่วยจะมีวิธีการเผชิญกับปัญหาอย่างไรขึ้นอยู่กับมโนภาพทางความคิดต่อการเจ็บป่วยนั้นๆ ซึ่งอาจจะมีรูปแบบหรือไม่มีก็ได้

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลที่เกิดขึ้นของการกระทำ (Appraisal) ซึ่งแต่ละคนจะให้เกณฑ์ในการประเมินผลสำเร็จจากการ ในการเผชิญกับสิ่งคุกคามสุขภาพ ถ้ารู้ว่าผลลัพธ์ยังไม่ดีขึ้นก็จะเกิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อปัญหานั้นและวางแผนปรับเปลี่ยนแนวทางแก้ปัญหาที่เข้ามาคุกคามสุขภาพต่อไป

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อความเจ็บป่วย มีความเกี่ยวข้องกับการกับการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรค โดยเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองอยู่ในสภาวะของโรคที่เรื้อรังซึ่งจะต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และหากจะสามารถควบคุมอาการหรือป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา O'Carroll et al. (2011) ศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

1) Illness Perception Questionnaire–Revised (IPQ-R) ของ Morris et al. (2002) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อมาจาก The Illness Perception Questionnaire ของ Weinman et al. (1996) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิด Illness representations ของ Leventhal (1984) เพื่อใช้ประเมิน 2 ส่วน คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ประกอบด้วย 80 ข้อคำถาม มีระดับการวัดแบบ Likert scale ซึ่งใช้เวลาในการประเมินมาก

2) The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) ของ Broadbent, Petrie, Main, and Weinman (2006) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อมาจาก The Illness Perception Questionnaire ของ Weinman et al. (1996) โดยปรับปรุงเครื่องมือนี้ให้มีความกระชับและสะดวกในการใช้ยิ่งขึ้น โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1) การรับรู้ความเจ็บป่วย (Cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย (1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (2) การรับรู้ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ และ (4) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

2.2) การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินจากระดับความกังวลและอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ

Broadbent et al. (2006) ได้ทำการทดสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ (Brief-IPQ) เทียบกับแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง(Illness Perception Questionnaire-Revised, IPQ-R) โดยนำไปประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วย 6 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 103 คน โรคหอบหืด จำนวน 309 คน โรคไต จำนวน 132 คน โรคเบาหวาน จำนวน 199 คน การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เช่น หวัด ภูมิแพ้ และปวดศีรษะ จำนวน 166 คน และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและมารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจ (stress exercise testing) จำนวน 62 คน และได้นำไปหาค่าความเที่ยงโดยการตรวจซ้ำที่ 3 และ 6 สัปดาห์ ภายหลังเกิดอาการในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการทดสอบซ้ำอยู่ระหว่าง .42-.75

O'Carroll et al. (2011) ได้นำแบบประเมิน The Brief Illness Perception Questionnaire มาใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 180 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 นอกจากนั้น Sowattanangoon et al. (2009) ได้นำแบบประเมิน The Brief Illness Perception Questionnair**e** มาแปลเป็นภาษาไทย และใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวานไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลไทยโดย นภาพร โสวัฒนางกูร เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ได้ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยและที่สำคัญจำนวนข้อคำถามที่ไม่มากทำให้มีความสะดวกและรวดเร็วในการประเมิน

6) ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Radloff (1997) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าหมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย พฤติกรรม อันได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอัตมโนมติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าหมายถึง ภาวะที่เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลือกสนใจเฉพาะด้านลบ การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง การขยายความต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว การคิดเอนเอียงไปเกี่ยงข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง การคิดเพียงด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด

Beeber (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าหมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิด อัตมโนทัศน์ในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า ว่าหมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ และอารมณ์มากผิดปกติ ซึ่งจะแสดงออกโดยมีอาการอ่อนเพลีย ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจในการดูแลตนเอง แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานอาหาร และนอนไม่หลับ

ภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอุบัติการณ์การเกิดสูงถึงร้อยละ 14-60 (Saxena et al., 2008) โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยของ Schepers et al. (2009) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 131 ราย ในศูนย์ฟื้นฟูสภาพประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูงภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 6 เดือน 1 ปี และ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.7, 25.2 และ 16 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย พบความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 38.8 (ภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2546) และการศึกษาของ มณฑล ว่องวันดี (2552) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 28.2 จาการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 39 ราย โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าได้แก่ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่รับประทานอาหาร และนอนไม่หลับ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีผลกระทบต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา

การประเมินภาวะซึมเศร้า

1) The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2) Hospital Anxiety depression scale ของ Zigmond and Snaith (1983) ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) ที่ดัดแปลงโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยข้อที่เป็นเลขคู่จะเป็นคำถามเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า ส่วนข้อที่เลขคี่จะเป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน การ

แปลผลคะแนน คะแนน 0-7 คะแนน คือ ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 8-10 คะแนน คือ สงสัยผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้า คะแนน 11 คะแนนขึ้นไป คือผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

3) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck et al. (1979) บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม ในตอนแรกนำไปใช้โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการรายงานของผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ลักษณะคะแนนมีทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนระหว่าง 0-9 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10-15 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16-19 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20-29 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนน ระหว่าง 30-63 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ที่สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ. (2533) ซึ่งแบบประเมินนี้เหมาะสำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ และเป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค โดยใช้จุดตัดคะแนนที่ชี้บ่งภาวะซึมเศร้าที่ 19 คะแนนตาม วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ที่ทำการศึกษาพบว่าให้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 93.33 และความจำเพาะเท่ากับ 94.2 และมีค่าความเที่ยงของแบบทดสอบเท่ากับ 0.92 โดยมีความเหมาะสมสำหรับการวัดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ของคนไทย

7) การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคม ว่าหมายถึง การที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนใน 4 ด้าน ดังนี้ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับกำลังใจ การได้รับความรักใคร่และห่วงใย การได้รับความมั่นใจ หรือความรู้สึกที่มีที่พึ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรักมีคนคอยดูแลและเอาใจใส่ (2) การสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ หรือบอกให้ทราบถึงผลดี ผลเสียที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆในการแก้ปัญหาและการได้รับข้อมูลย้อนกลับต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว (4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและบริการ (Instrument support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ การอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

Schaefer et al. (1981) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนใน 3 ด้าน ดังนี้ (1) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการดูแลสุขภาพ (2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ และกำลังใจ (3) การสนับสนุนด้านรูปธรรม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ความช่วยเหลือทางการเงิน หรือความช่วยเหลืออื่นๆ

Hupcey (2001) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ว่าหมายถึง การส่งเสริมในรูปแบบทางบวก เป็นพฤติกรรมที่ให้การดูแลและตอบสนองความต้องการที่แตกต่างไปจากบุคคลทั่งไป

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลอื่นหรือกลุ่มคนในด้านของการให้กำลังใจ ให้สิ่งของ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้ข้อมูลข่าวสารและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์

การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเตือนความจำในการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี และบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องคอยให้ความช่วยเหลือและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์และถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น และมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ถึงแม้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากก็ตาม การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือการได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการรักษาสูง (High adherence) จะมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเตือนในการรับประทานยา และผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาอย่างชัดเจนจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ (low adherence) พบว่ากลุ่มนี้จะไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยา หรือได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจน จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Chambers et al., 2011)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) Social Support Questionnaire ของ Toljamo&Hentinen (2001) ฉบับแปลไทยโดย สิริรัตน์ ลีลาจรัส และพิศสมัย อรทัย (2554) มี 5 องค์ประกอบ 12 ข้อความ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 แรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน มี 4 ข้อความ องค์ประกอบที่ 2 แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมี 3 ข้อความ องค์ประกอบที่ 3 แรง

สนับสนุนจากเพื่อน มี 2 ข้อความองค์ประกอบที่ 4 แรงสนับสนุนด้านลบ มี 2 ข้อความ และองค์ประกอบที่ 5 แรงสนับสนุนด้านการเงิน มี 1 ข้อความ

2) Social Support Questionnaire ของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ (2) ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ (3) ด้านรูปธรรม จำนวน 2 ข้อ ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-28 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งแปลเป็นไทยโดยสมจิต หนุเจริญกุล(1988) โดยได้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีของครอนบาคแอลฟาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97 และสุจรรยา โลหะชีวะ (2548) ได้นำแบบประเมินนี้มาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92

3) The personal resource questionnaire: PRQ part II ของ Brandt and Weinert (1985) ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ โดยเป็น Self–rating scale 7 ระดับ มี 5 องค์ประกอบ คือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำ การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น การส่งเสริมให้รู้คุณค่าของตนเอง และความผูกพันใกล้ชิด คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 75–175 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง Brandt and Weinert (1985) ได้ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ใน ค.ศ. 1987 ได้ค่าแอลฟา .72 และการหาความคงที่ได้แอลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วงร้อยละ 43.4-48.9

4) The ENCRICH social support Instrument (ESSI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มีเพียงหนึ่งมิติและไม่ได้กำหนดแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางคมที่แตกต่างกัน (ครอบครัว เพื่อน บุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ)ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ อารมณ์(emotional) การให้ข้อมูลข่าวสาร (informational) วัตถุสิ่งของ (instrumental) และการประเมินผล(appraisal) ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ โดยไม่นำมาคิดคะแนน โดยจันทนา หล่อตระกูล (2549) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยหลังเป็นโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 526 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.875 และ พวงผกา กรีทอง (2550)ได้นำ The ENCRICH social support Instrument (ESSI) ฉบับแปลไทยโดย

จันทนา หล่อตระกูล (2549) มาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว(Heart failure) จำนวน 422 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.8

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้ The ENCRICH social support Instrument ฉบับแปลไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดสมอง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาในประเทศไทย

สาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับความชุกและสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ(thrombotic stroke) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 100 ราย พบว่าสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย คือ การควบคุมความดันโลหิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 33.75 นั่นคือ SBP มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท การควบคุมเบาหวานไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 26.25 คือ ค่า FPG มากกว่า 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ ค่า HbA1C มากกว่า 7 การควบคุมภาวะไขมันในเลือดไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20 นั่นคือ total cholesterol มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร LDL cholesterol มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร HDL cholesterol น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ triglyceride มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยร้อยละ 21.25 หยุดรับประทานยาเอง

การศึกษาในต่างประเทศ

Slark (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แล้วสรุปได้ว่าวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วย 5 วิธี คือ (1)การควบคุมอาหาร (2)การออกกำลังกาย (3)การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด คือ แอสไพริน (4)การรับประทานยาควบคุมระดับไขมันในเลือด คือ สเตติน และ (5)การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต

Redfern et al. (2000) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด จำนวน 1,139 ราย พบว่าความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เหมาะสม โดยในช่วง 1 ปี หลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22 ยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 36 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 4

ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คนผิวขาวและผู้ชายมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ และคนผิวขาวที่อายุน้อยมีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก เพศหญิงและคนผิวสีมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอ้วน และคนผิวสีมีแนวโน้มสูบบุหรี่สูงขึ้น

Croquelois and Bogousslavsky (2006) ศึกษาการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วประมาณ 3 เดือน และมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 164 คน พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยร้อยละ 26.8 ไม่ได้ไปพบแพทย์เลยในระหว่างที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าผู้ป่วยที่ได้ติดตามเยี่ยมมากกว่าร้อยละ 50 มีระดับความดันโลหิตสูง โดยมีค่า systolic มากกว่า 140 mmHg และ diastolic มากกว่า 90 mmHg

Goldfinger et al. (2012) ศึกษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) จำนวน 582 ราย พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดร้อยละ 66 ไม่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือด และไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด

Hillen et al. (2000) ได้ศึกษาการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด และได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 457 ราย พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาต่อยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 75 ยากลุ่มต้านลิ่มเลือด ร้อยละ 41 และยากลุ่มควบคุมความดันโลหิต ร้อยละ 70

Wei et al. (2010) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 1 เดือน และมีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 4,782 ราย โดยการติดตามพฤติกรรมการรับประทานยาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 12 เดือน พบว่าในขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มควบคุมความดันโลหิต ร้อยละ 63 , ยากลุ่มต้านลิ่มเลือด ร้อยละ 81 และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด ร้อยละ 31 โดยในระหว่างการติดตามผลในเดือนที่ 12 พบว่ายาในกลุ่ม ควบคุมความดันโลหิต มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนยาในกลุ่มต้านลิ่มเลือด และ ควบคุมระดับไขมันในเลือด พบความต่อเนื่องในการับประทานยาลดลง เป็นร้อยละ 66 และร้อยละ 17 ตามลำดับ

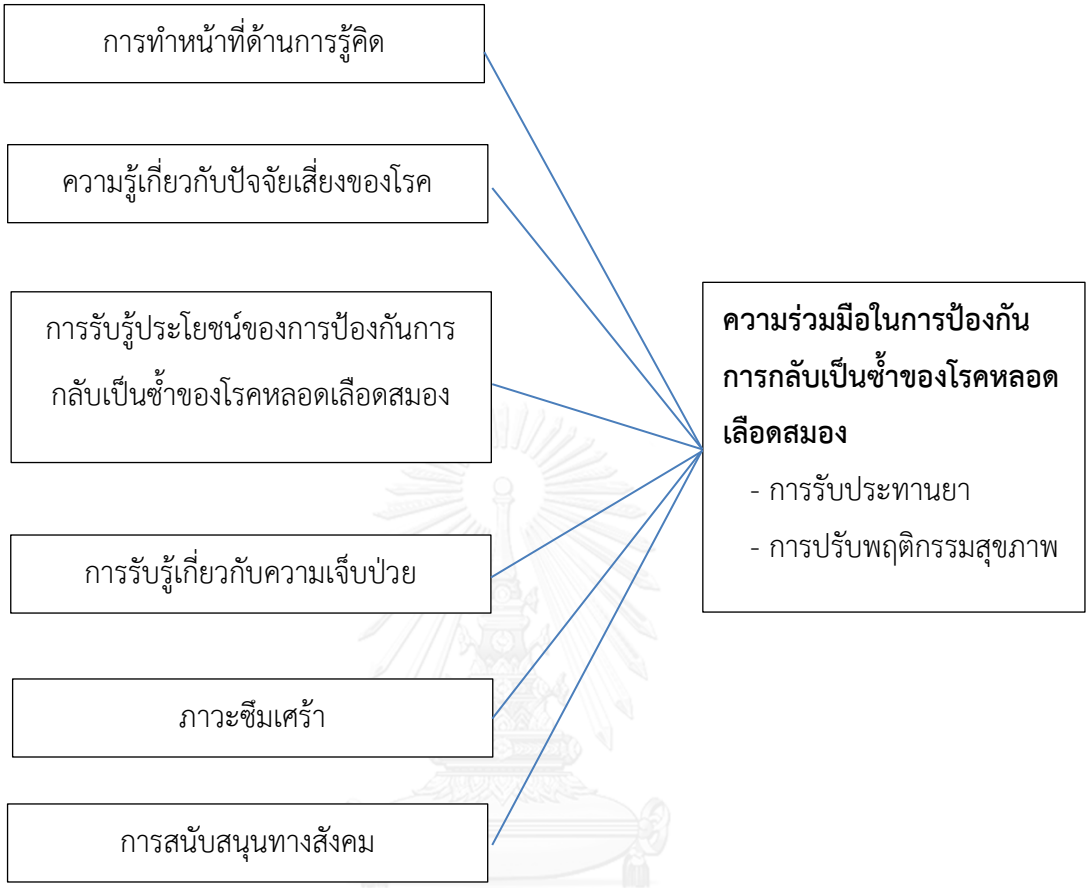
Chulalongkorn University

Chambers et al. (2011) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่ำ โดยศึกษาในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 180 ราย โดยเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ใน 15 เดือนที่ผ่านมา คะแนน Frenchay Comprehension test มากกว่า 13/20 ไม่ได้อาศัยในสถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วย และมีที่อยู่ที่ถาวร ผลการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงจะไม่ลืมรับประทานยา กลุ่มนี้จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลที่ตามมาของการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และมีความเชื่อว่าการรับประทานยาจะให้ผลดีมากกว่าอันตราย และจะมีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลในการรับประทานยาและการได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพ กลุ่มผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่ำ มักจะลืมรับประทานยา และไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ กลุ่มนี้จะไม่ชอบการรับประทานยา และมีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และยังโต้แย้งเกี่ยวกับประโยชน์ของยา

O'Carroll et al. (2011) ศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ที่ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอครั้งแรกทุกชนิด จำนวน 180 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 15 เดือน ไม่ได้อาศัยในสถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วย และพักอยู่ในระยะ 50 ไมล์ จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยให้รับประทานยา และ คะแนน Frenchay Comprehension test มากกว่า 13 คะแนน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ ประกอบด้วย (1) อายุน้อย (2) ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา (3) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง และ (4) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบว่าการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา ส่วนการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ยังมีน้อย โดยพบเป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมถึงความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของ Slark (2010) ร่วมกับ National stroke association (2013) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยสามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มารับบริการเพื่อติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มีอายุระหว่าง 18–59 ปี บริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ที่ยังไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 21 วัน
3. เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ด้วยภาษาไทย
4. สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้
5. ได้รับการรักษาโดยการให้รับประทานยาในกลุ่ม ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านลิ่มเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต และยาควบคุมระดับไขมันในเลือด

เกณฑ์ในการคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีอาการไม่คงที่ หรือ อยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงวิกฤต ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ

การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

1. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Power Analysis and Sample (PASS) เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80 และกำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.22 ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากงานวิจัยของ O'Carroll et al. (2011) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 159 คน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยคัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีจำนวน 10 โรงพยาบาล ได้แก่ นครราชสีมา อุดรธานี สรรพสิทธิประสงค์ ขอนแก่น สุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ สกลนคร มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ทำการคัดเลือกมา 2 โรงพยาบาล โดยวิธีวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม

3. คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 159 คน ผู้วิจัยนำมาคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด X จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2 โรงพยาบาล}}$$

3.1 จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวน 1,534 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 91 คน

3.2 จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1,152 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 68 คน

4. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น และเก็บข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2557 จนได้กลุ่มตัวอย่างจนครบ 159 ราย โดยมีรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วันและเวลาการเปิดให้บริการของคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	วันที่เปิดให้บริการ	เวลา
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	วันจันทร์ และ วันพฤหัสบดี	08.00-16.00
โรงพยาบาลมหาสารคาม	วันพฤหัสบดี และ วันศุกร์	08.00-16.00

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคร่วมอื่นๆ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ยาที่รับประทาน ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด (n=159)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	58.5
หญิง	66	41.5
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	3	1.9
31-40 ปี	11	6.9
41-50 ปี	40	25.2
51-59 ปี	105	66
($\bar{x}$ = 51.52 ,SD = 7.60)		
สถานภาพ		
โสด	23	14.5
คู่	109	68.6
หม้าย	25	15.7
แยกกันอยู่	2	1.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา	111	69.8
ประถมศึกษา	12	7.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	8.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	2.5
อนุปริญญา	15	9.4
ปริญญาตรี	3	1.9
ปริญญาโท		
อาชีพ		
เกษตรกรรม	72	45.3
ไม่ได้ทำงาน	40	25.2
รับราชการ	20	12.6
รับจ้าง	10	6.3
ค้าขาย	9	5.7
อื่นๆ	5	3.1
พนักงานบริษัท	3	1.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	17	10.7
< 2,000 บาท	58	36.5
2,000 – 5,000 บาท	15	9.4
5,001 – 10,000 บาท	36	22.6
10,001 บาทขึ้นไป	32	20.1
อื่นๆ	1	0.6
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	86	54.1
สูบบุหรี่	15	9.4
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	58	36.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	61	38.4
ดื่ม	9	5.7
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	89	56.0
โรคร่วมอื่นๆ*		
ความดันโลหิตสูง	71	44.7
เบาหวาน	44	27.7
ไขมันในเลือดสูง	36	22.6
โรคหัวใจ	17	10.7
โรคอื่นๆ	15	9.4
ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
< 6 เดือน	65	40.9
7-12 เดือน	28	17.6
1-5 ปี	61	38.4
> 5 ปี	5	3.1
($\bar{x}$ =18 เดือน, SD = 1.94)		
ยาที่รับประทาน**		
Antiplatelet	137	86.2
Lipid lowering	120	75.5
Antihypertensive	49	30.8
Anticoagulant	17	10.7
ความดันโลหิต (ครั้งสุดท้ายที่ตรวจ)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	1	0.6
ปกติ	141	88.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	17	10.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไขมันในเลือด***		
ปกติ	49	30.82
ผิดปกติ	110	69.18
Cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	47	29.6
Triglyceride สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	21	13.2
HDL ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	7	4.4
LDLสูงกว่าเกณฑ์ปกติ	94	59.1

* กลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีโรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค

**กลุ่มตัวอย่าง 1 คน รับประทานยาได้มากกว่า 1 ปะเภท

***กลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติได้มากกว่า 1 ค่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติโรคประจำตัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองโดยให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ยาที่รับประทาน ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเองจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดฉบับแปลไทย MMSE-Thai 2002 โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ประกอบด้วยการประเมิน 3 ส่วน คือ 1) สภาพด้านจิตใจ คือการแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำ และการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิกิริยาตอบสนอง 3) ความสามารถในการเลียนแบบ

เกณฑ์การให้คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ระดับการศึกษา	จุดตัด	คะแนนเต็ม
ไม่ได้เรียนหนังสือ(อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)ไม่ต้องทำข้อ 4 9 10	≤14	23
เรียนระดับประถมศึกษา	≤17	30
สูงกว่าระดับประถมศึกษา	≤ 22	30

Chulalongkorn University

การตรวจคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

3) พยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

1.2 นำแบบประเมินไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงถือว่ามีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hunger,1995) โดยแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ Sloma et al. (2010) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ เพื่อเป็นการป้องกันความคาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถามแบบสุ่มตอบคล้ายๆกันทุกข้อ โดยไม่ได้เกิดจากการมีความรู้จริงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง มาตรวัดใช้เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ เพิ่มความเสี่ยง ลดความเสี่ยง ไม่มีผลกับความเสี่ยง และไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน ได้ 1 คะแนน เมื่อ

(1) ตอบ "เพิ่มความเสี่ยง" ในข้อ 1-7 , 9-13

(2) ตอบ "ลดความเสี่ยง" ในข้อ 8

(3) ตอบ "ไม่มีผลกับความเสี่ยง" ในข้อ 14-17

ตอบนอกเหนือจากนี้ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน คะแนนมากถือว่ามีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมาก คะแนนน้อยถือว่ามีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองน้อย การแปลผลคะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Sloma et al. (2010) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0 - 7 คะแนน	ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ
8 - 11 คะแนน	ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง
12 - 17 คะแนน	ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสูง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

3) พยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

1.2 นำแบบประเมินไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงถือว่ามีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hunger,1995) โดยแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,7,10 ,12 และ 13 ข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5,6,8,9 และ 11 มาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	4
ไม่เห็นด้วย	1	3
ไม่แน่ใจ	2	2
เห็นด้วย	3	1
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 52 คะแนน คะแนนน้อยถือว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ คะแนนมากถือว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสูง แปลผลโดยการกำหนดจากคะแนนเฉลี่ย โดยใช้อันตรภาคชั้นในการกำหนดระดับการรับรู้ประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีขั้นตอนดังนี้

1. คำนวณพิสัย =คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด=52-0=52
2. กำหนดจำนวนชั้น = 3 ชั้น
3. คำนวณหาอันตรภาคชั้นใน = พิสัย/จำนวนชั้น =52/3=17.33

จึงแบ่งระดับของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดดังนี้

คะแนน		ความหมาย
0 – 17.33	คะแนน	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ
17.34 – 34.66	คะแนน	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง
34.67 - 52	คะแนน	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสูง

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เกิดโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนแล้ว โดยผู้วิจัยเลือกเอาประเด็นที่สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

3) พยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

2.2 นำแบบสอบถามไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงถือว่ามีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hunger,1995) โดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้ The Brief Illness Perception Questionnaire ของ Broadbent et al. (2006) โดยนภาพร โสวัฒนางกูร ได้แปลเป็นภาษาไทย แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1,2,5,6 และ 8 เป็นข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 3, 4 และ 7

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามอยู่ที่เลข 0 มีค่า 0 คะแนน และเลข 10 มีค่า 10 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่ำ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูง แปลผลโดยการกำหนดจากคะแนนเฉลี่ย โดยใช้อันตรภาคชั้นในการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีขั้นตอนดังนี้

1. คำนวณพิสัย = คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด = 80 – 0 = 80

2. กำหนดจำนวนชั้น = 3 ชั้น

3. คำนวณหาอันตรภาคชั้นใน = พิสัย/จำนวนชั้น =80/3=26.67 โดยแบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0 - 26.67 คะแนน	การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่ำ
26.68- 53.34 คะแนน	การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยปานกลาง
53.35-80 คะแนน	การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

3) พยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

1.2 นำแบบสอบถามไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงถือว่ามีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hunger,1995) โดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ของ National Institute of Mental Health ฉบับแปลเป็นไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20 คำถามเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12, 16 โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 10, 14, 18 และ 20 วัดความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ ได้แก่ 4, 8, 12 และ 16 วัดอาการทางกาย 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 7, 11, 13 และ 17 และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอีก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 และ 19 ผู้ป่วยจะถูกถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย < 1 วัน/สัปดาห์	3	0
บางครั้ง	ความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์	2	1
บ่อยๆ	ความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์	1	2
ตลอดเวลา	ความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์	0	3

เกณฑ์การประเมินผลคะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 19 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า (วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

3) พยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

1.2 นำแบบสอบถามไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงถือว่ามีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hunger,1995) โดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’ s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้ The ENCRICH social support Questionnaire ฉบับแปลไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มีเพียงหนึ่งมิติและไม่ได้กำหนดแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางคมที่แตกต่างกัน (ครอบครัว เพื่อน บุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ อารมณ์(emotional) การให้ข้อมูลข่าวสาร (informational) วัตถุสิ่งของ (instrumental) และการประเมินผล(appraisal) ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ โดยไม่นำมาคิดคะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทั้งหมดเป็นข้อความด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	ความหมาย
ไม่มีเลย	0	ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น (<1วัน/ สัปดาห์)
มีบ้างเล็กน้อย	1	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 1-2 วัน/ สัปดาห์
บางครั้ง	2	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 3-4 วัน/ สัปดาห์
เกือบตลอดเวลา	3	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 5-6 วัน/ สัปดาห์
ตลอดเวลา	4	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 7 วัน/ สัปดาห์

เกณฑ์การประเมินผลคะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-24 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0 – 8 คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมต่ำ
9 – 16 คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
17 – 24 คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

3) พยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2

1.2 นำแบบสอบถามไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงถือว่ามีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hunger,1995) โดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’ s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

Chulalongkorn University

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยใช้ Medication Adherence Report Scale (MARS-5) ของ Horne (2004) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการลืมรับประทานยา การปรับขนาดยา การเลิกรับประทานยาเป็นบางช่วง การหยุดรับประทานยาบางตัว และการรับประทานยาน้อยกว่าปริมาณที่แพทย์สั่ง เป็นข้อคำถามด้านลบทั้ง 5 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	4
ปฏิบัตินานๆครั้ง	3
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	1
ปฏิบัติเป็นประจำ	0

การแปลผลคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนน้อยถือว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ คะแนนมากถือว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับตามเกณฑ์ของ Horne (2004) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0 - 10 คะแนน	ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ
11 - 20 คะแนน	ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาทจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับภาษาเพื่อความชัดเจนและเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ได้เท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,5,6,8,9,10,11,12,13, 17,18 และ 19 ข้อคำถามด้านลบจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,7,14,15,16 และ 20

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	0	4
ปฏิบัตินานๆครั้ง	1	3
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	1
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	0

การแปลผลคะแนน

ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่ำ คะแนนมากถือว่ามีความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพสูง แปลผลโดยการกำหนดจากคะแนนเฉลี่ย โดยใช้อันตรภาคชั้นในการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีขั้นตอนดังนี้

1. คำนวณพิสัย = คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด = 80–0 = 80
2. กำหนดจำนวนชั้น = 3 ชั้น
3. คำนวณหาอันตรภาคชั้นใน = พิสัย/จำนวนชั้น = 80/3 = 26.67

โดยแบ่งระดับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0 - 26.67 คะแนน	ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่ำ
26.68- 53.34 คะแนน	ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพปานกลาง
53.35-80 คะแนน	ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพสูง

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มีขั้นตอนดังนี้

การสร้างแบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนเอกสารภาษาต่างประเทศพบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ส่วนเอกสารภาษาไทยยังไม่พบการศึกษาการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และทวนทวนเอกสารที่ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับไขมันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ

2. นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรรมสุขภาพ ที่ครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

1. นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางระบบประสาทจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้มีความชำนาญในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับภาษาเพื่อความชัดเจนและเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ได้เท่ากับ .95

2.ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’ s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

สรุปการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด พบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก โดย DeVillis (1991) ได้กำหนดเกณฑ์ค่าแอลฟา คือ

ระหว่าง .65-.70 ถือว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ

ระหว่าง .70-.80 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้

ระหว่าง .80-.90 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30 และ n=159)

แบบสอบถาม	จำนวนข้อ	Reliability	
		n=30	n=159
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	11	.82	.83
ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	17	.73	.75
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค	13	.72	.81
การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	8	.71	.74
ภาวะซึมเศร้า	20	.89	.86
การสนับสนุนทางสังคม	6	.95	.94
ความร่วมมือในการรับประทานยา	5	.91	.85
ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	20	.86	.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2557 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาล

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง 1 วันก่อนเก็บข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และจะไม่มีผลต่อการให้บริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด ถ้าหากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยอ่านรายละเอียดของการวิจัย และลงนามในใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยพบว่าผู้ป่วยทุกรายยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทีละ 1 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในสถานที่ซึ่งเตรียมไว้โดยเฉพาะและมีความเป็นส่วนตัว โดยเริ่มจากการอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียด จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดก่อน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยจะนั่งอยู่บริเวณใกล้ๆกับกลุ่มตัวอย่าง โดยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยในขั้นตอนนี้พบอุปสรรคว่ากลุ่มตัวอย่างหลายคนไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้โดยให้เหตุผลว่าตัวหนังสือขนาดเล็กไป ลืมเอาแว่นตามา หรืออ่านไม่คล่องเนื่องจากไม่ค่อยได้อ่านหนังสือบ่อยนัก ผู้วิจัยจึงอ่านแบบสอบถามให้

4. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าขณะที่ยังตอบแบบสอบถามไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่เมื่อถึงคิวเข้ารับการตรวจ ให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามใหม่หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้วหรือในระหว่างรอรับยา

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากพบว่าตอบไม่ครบผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและซักถามเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2557 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 159 คน จากนั้นนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งจะนำใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation) กำหนดระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ ดังตารางที่ 4 (Hannegan, 1989)

ตารางที่ 4 แสดงการกำหนดระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
r เท่ากับ ± 1.0	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r มากกว่า ± .7	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง ± .30 - ± .70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
r น้อยกว่า ± .3	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
r เท่ากับ 0	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 159 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ของความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=159)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	Min	Max
ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง					
- ความร่วมมือในการรับประทานยา	20	18.62	2.75	0	20
- ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	80	57.09	11.57	22	76

จากตารางที่ 5 พบว่า ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (คะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.62 (SD = 2.75) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 20 คะแนน ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 0-80 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 57.09 (SD = 11.57) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 20 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 76 คะแนน ซึ่งความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ของของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=159)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	Min	Max
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	30	23.24	4.12	13	30
ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค	17	12.52	3.04	2	17
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค	52	38.11	7.06	21	52
การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	80	47.53	8.51	24	71
ภาวะซึมเศร้า	60	11.74	8.44	0	54
การสนับสนุนทางสังคม	24	20.34	4.52	0	24

จากตารางที่ 6 พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (คะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 23.24 (SD = 4.12) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 13 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 30 คะแนน ซึ่งการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 12.52 (SD = 3.04) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 2 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 17 คะแนน ซึ่งความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนนระหว่าง 0-52 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 38.11 (SD = 7.06) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 21 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 52 คะแนน ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (คะแนนระหว่าง 0-80 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 47.53 (SD = 8.51) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 24 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 71 คะแนน ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้า (คะแนนระหว่าง 0-60 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 11.74 (SD = 8.44) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 54 คะแนน ซึ่งไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม (คะแนนระหว่าง 0-24 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.34 (SD = 4.52) ได้คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 24 คะแนน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาและด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n = 159)

ตัวแปร	การรับประทานยา		การปรับพฤติกรรมสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค	.351	.000	.539	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.341	.000	.506	.000
การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	.291	.000	.175	.028
ภาวะซึมเศร้า	-.039	.624	-.368	.000
ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค	.006	.945	.274	.000
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	.344	.000	.112	.161

จากตารางที่ 7 พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .351$, $r = .344$ และ $r = .341$ ตามลำดับ) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของ

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .291) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .539 และ r = .506 ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.368) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .274) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .175)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

โดยสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดอย่างน้อย 21 วัน อายุระหว่าง 18-59 ปี รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม ในระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2557 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 159 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 8 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย 6) แบบสอบ

ถามภาวะซึมเศร้า 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 8) แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ (1) แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (2) แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาความเที่ยงโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82, .73, .72, .71, .89, .95, .91 และ .86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.5 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 66 ($\bar{x}$ =51.52 , SD=7.60) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.6 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 45.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 36.5 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ย 18 เดือน (SD=1.94) มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ ร้อยละ 44.7, 27.7, 22.6 และ10.7 ตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยรับประทานยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด ลดไขมันในเส้นเลือด ยาลดความดันโลหิต และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 86.2, 75.5, 30.8 และ 10.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยัง

พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 9.4 ยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 5.7 มีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10.7 และมีระดับไขมันในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 69.18 โดยพบมี LDL-cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 59.1 โคเลสเตอรอลสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 29.6 ไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 13.2 และ HDL-cholesterol ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 4.4

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =18.62 , SD=2.75) และด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =57.09 ,SD=11.57) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่นำมาหาความสัมพันธ์ มีดังนี้ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x}$ =23.24 ,SD = 4.12) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =12.52, SD=3.04) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =38.11, SD =7.06) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =47.53 , SD=8.51) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ($\bar{x}$ =11.74, SD=8.44) และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 20.34, SD=4.52)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.351, r=.344 และ r=.341 ตามลำดับ) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.291) ส่วนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็น

ซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในทางสถิติ

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.539 และ r=.506 ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=-.368) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.274) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.175) ส่วนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.62 (SD=2.75) และความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.09 (SD=11.57) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) และ O'Carroll et al. (2011) ที่พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.52 (SD=7.60) ซึ่งเป็นช่วงที่ยังไม่มีการเสื่อมถอยตามวัยมากนัก สุขภาพโดยรวมทั่วไปจึงยังแข็งแรงและสามารถดูแลตัวเองได้ดี มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตัวเอง และมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในวัยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย โดยการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ โดยผู้ป่วยอายุน้อยมักลืมรับประทานยา เนื่องจากไม่สามารถรับประทานยาตามระยะเวลาที่กำหนดได้ ประกอบกับมีธุระอย่างอื่นที่ต้องทำ เช่น การรีบไปทำงาน เป็นต้น สอดคล้องกับ Ostergaard et al. (2013) พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด และจากการศึกษาของ Redfern et al. (2000) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ประกอบกับระยะเวลาในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.9 โดยพบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wei et al. (2010) ที่ได้ติดตามผลการให้ความร่วมมือในป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 12 เดือน พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยลดลงเรื่อยๆตามระยะการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่นานขึ้น

ถึงแม้ว่าคะแนนด้านความร่วมมือในการรับประทานยาและด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมันในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติมากถึงร้อยละ 69.18 โดยพบมี LDL-cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 59.1 คอเลสเตอรอลสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 29.6 ไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 13.2 และ

HDL-cholesterol ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 4.4 นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 9.4 ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 5.7 มีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10.7 ซึ่งจากการศึกษาของ Jiang et al. (2014) พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldfinger et al. (2012) พบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 66 ไม่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือด สอดคล้องกับ Koenig et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 รับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Redfern et al. (2000) พบว่า 1 ปีหลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ และร้อยละ 4 ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างหนัก และการศึกษาของ สาธิต กาสุริย์ และคณะ (2547) พบว่าในผู้ป่วยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 33.75 การควบคุมเบาหวานไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 26.25 การควบคุมภาวะไขมันในเลือดไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20

โดยจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าเกลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมันในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติมากถึงร้อยละ 69.18 เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือดพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อค่อนข้างต่ำ โดยพบ การเลือกใช้น้ำมันจากพืชแทนน้ำมันหมู น้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าวในการประกอบอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 2.97 (SD=1.177) การรับประทานอาหารประเภท แกง ต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารประเภททอดหรือผัด มีคะแนนเฉลี่ย 2.94 (SD=.982) หลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด คะแนนเฉลี่ย 2.86 (SD=.977) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.74 (SD=1.058) เลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยตัดหรือเลาะส่วนที่ติดมันออก มีคะแนนเฉลี่ย 2.52 (SD=1.141) กำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที มีคะแนนเฉลี่ย 2.26 (SD=1.348) และการควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีคะแนนเฉลี่ย 2.09 (SD=1.393)

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาและด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาและด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.351 และ r=.539 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่อธิบายไว้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวบุคคลจะแสวงหาวิธีปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้นๆ การรับรู้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยาจะนำไปสู่การแสดงออกด้านพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วย (Horne, 2000; Horne, Graunpner, Frost and Weinman, 2004 cited in Oladimeji, 2009) การศึกษาของ Hone and Weinman (1999) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.21, p<0.01) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ (β = 0.35, p<.001) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (r=0.308, p-value<0.01) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง มีแนวโน้มเชื่อมั่นในการแนวทางการรักษาและความสามารถของแพทย์ ผู้ป่วย

ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่เชื่อในแนวทางการรักษา เช่น เชื่อว่าตนเองถูกสั่งจ่ายยาให้รับประทานมากเกินไป และยาที่ได้รับไม่ได้มีประโยชน์กับการเจ็บป่วยของตนเอง

ในด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan et al. (2009) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (r=.49, p-value<0.01) และสอดคล้องกับการศึกษาของของกษมา เชียงทอง (2554) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง (r=0.171, p-value<0.05) การศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่การการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.4 ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการกระทำที่ดีและมีประโยชน์จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

2) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.291) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .175) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่อธิบายไว้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง Leventhal et al. (2003) อ้างถึงใน Hale,Treharne and Kitas (2007) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นความนึกคิดของผู้ป่วยที่จะประเมินลักษณะความเจ็บป่วย สาเหตุของความเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมหรือการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และภาวะอารมณ์ขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรง ก็จะวางแผนในการเผชิญปัญหาโดยการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการศึกษาของ Chen, Tsai and Chou (2011) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความ

เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ Sowattanangoon, Kotchabhakdi and Petrie (2008) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไทยมีพฤติกรรมการจัดการโรคของตามความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน แต่ยังขัดแย้งกับกับการศึกษาของของกษมา เชียงทอง (2554) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การศึกษานี้ส่วนใหญ่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.73 ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรง และมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ก็จะเกิดการวางแผนและเผชิญกับปัญหาโดยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

3) การสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาและด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.341 และ r=.506 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่อธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนในด้านต่างๆ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) โดยอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว กลุ่มคนในชุมชน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ และมีการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเตือนความจำในการรับประทานยา บุคลากรทางด้านสุขภาพจะให้ให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยการรับประทานยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง จะมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา และผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาอย่างชัดเจนจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ จะพบว่ากลุ่มนี้จะไม่ได้รับคำแนะนำหรือได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ไม่ชัดเจนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang et al. (2014) ที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= .535) สอดคล้องกับการศึกษาของ จรวยพร วงศ์ขจิต (2554) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =.42) การศึกษานี้พบว่าการส่วนใหญ่การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.8 ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดจะทำให้เกิดความผูกพัน คลายความวิตกกังวล มีกำลังใจในการรักษาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

2.2. ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกับกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =.274) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยา

ด้านความร่วมมือในการการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอภิปรายได้ว่าความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน และจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974 อ้างถึงใน นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่าความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (r= .176, p-value<0.05) และยังพบว่ามีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 13 ที่มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้ติดตามเยี่ยมมีระดับความดันโลหิตสูง (Croquelois and Bogousslavsky, 2006) แต่ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงใน

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกับกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ

ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ของประเทศ (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็จะหลงเหลือความพิการซึ่งนับเป็นปัญหาที่สำคัญมาก แต่หากผู้ป่วยมารักษาตั้งแต่ระยะแรกที่มีอาการผลการรักษาจะออกมาดีและสามารถลดอัตราตายและลดความรุนแรงของภาวะทุพลภาพได้ ดังนั้นปัจจุบันระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงพัฒนาขึ้นมาก มีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางสื่อต่างๆ และการเข้าไปให้ความรู้ในชุมชนของผู้บุคคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทำให้ประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือแม้แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดียิ่งขึ้น (สถาบันระสาทวิทยา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sloma et al. (2010) ที่พบว่ามีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกือบร้อยละ 90 สามารถบอกได้ว่าโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดมอง การศึกษาของกษมา เชียงทอง (2554) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของสาวิตรี สิงหาด (2554) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 49.02 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปัจจัย ประกอบกับในผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีระบบการวางแผนการจำหน่ายที่มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงส่งผลให้ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความพิการเพียงเล็กน้อยหรือหายเป็นปกติสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้ช่วยลดอัตราตายและความพิการลงได้มาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยา

2) ภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=-.368) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยา โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ Radloff (1997) พบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย พฤติกรรม อันได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอัตมโนมติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และการศึกษาของ มณฑล ว่องวันดี (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าได้แก่ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่รับประทานอาหาร และนอนไม่หลับ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีผลกระทบต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา (r=-.45, p-value<0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ireland et al. (2010) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ จรวยพร วงศ์ขจิต (2554) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.48)

ด้านความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาศึกษามีความพิการเพียงเล็กน้อยหรือหายเป็นปกติสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยการศึกษาของ Pacheco and Roman (2007) พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงของผู้ป่วย ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการพัฒนามากขึ้นโดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรกของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาแนวทางป้องกันรักษาได้ทันท่วงที ระบบการพยาบาลที่สนับสนุนให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้คอยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Chau et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมจากผู้ดูแล ต้องการการเอาใจใส่ดูแลและต้องการขวัญและกำลังใจ ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นก็จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2010) พบว่าการสนับสนุนจากสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ ช่อผกา สุทธิพงศ์ (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว มีคนคอยช่วยดูแลในการรับประทานยา หรือช่วยเตือนความจำในการรับประทานยา

2.3 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยา แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.344) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด โดยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา โดย National Institue of Neurological Disorders and Stroke (2013) กล่าวไว้ว่าผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิดและความจำ ผู้ป่วยอาจมีความสนใจในระยะสั้นหรือความจำสั้น ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยขาดความสนใจและไม่สามารถจดจำคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ ซึ่งเป็นการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาแบบไม่ได้ตั้งใจ(non-intentional non-adherence) (O'Carroll, Dennis, Johnston, & Sudlow, 2010) และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่บกพร่องจะส่งผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Mackenzie et al., 2011) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Carroll et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ

ด้านความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers et al. (2011) ที่พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกับกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้เป็นวัยผู้ใหญ่โดยมีอายุเฉลี่ย 51.52 (SD =7.60) ซึ่งวัยนี้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก โดยจะเริ่มพบการสูญเสียความคิด ความจำ ความสามารถในการทำงานในการตัดสินใจในวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) (สถาบันประสาทวิทยา, 2552) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ นั่นคือสภาพร่างกายมีความพิการเพียงเล็กน้อยหรือหายเป็นปกติ จึงทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roding et al. (2009) ที่พบว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ลดลง ซึ่งหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคไม่มากนักนั่นคือมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ปกติทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับพฤติกรรมสุขภาพมากนัก ประกอบกับพฤติกรรม

การรับประทานยาสามารถปฏิบัติได้ง่าย และมีการประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด ซึ่งต่างจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยปฏิบัติมานาน การปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องเหมาะสมกับแผนการรักษาจึงปฏิบัติได้ยากกว่าการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน และจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงนั้น ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจะการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีและประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

3. เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีให้กับผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4. มีการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและประเมินอย่างต่อเนื่อง และหาแนวทางแก้ไขกรณีผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1.1 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาแต่ไม่มีความสัมพันธ์ร่วมมือในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในด้านการรับประทานยา

1.3 ภาวะซึมเศร้าความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในด้านการรับประทานยา

ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการการรับประทานยาและความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

2. การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาอาจใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับการประเมินโดยใช้แบบสอบถามเพื่อลดความคาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับประทานยาและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และยิ่งระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองนานขึ้นก็จะเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. (การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จรวยพร วงศ์ขจิต. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันนทนา หล่อตระกูล. (2549). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทิมา ช่วยชุม. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

แจ่มจิตต์ เทพนามวงค์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล.

ช่อผกา สุทธิพงศ์. (2555). ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. J Nurs Sci, 30(1), 28-39

ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,* 41(1), 18-30.

ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั้นดี และ สมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบสอบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก,* 21(2), 22-45.

นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และ พชรวุช กาญจนนาคินทร์. (2545). แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์: ฉบับภาษาไทย *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ,* 3(1), 21-32.

น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (2 ed.). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*.พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน.* กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

ภาพันธ์ เจริญสวรรค์. (2546). *ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มณฑล ว่องวันดี. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าเลือดหลังการเกิดโรคหลอดสมองตีบระยะ เฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วัลลยา ทองน้อย. (2554). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES-D ในคนไทย. *สารศิริราช,* 49(5), 442-448.

วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์. (2551). Update on Poststroke Management *ก้าวทันการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข. (2551). *โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination;TMSE)ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: บริษัทซีจีทูลจำกัด.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). *โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย.* Retrieved 11 กุมภาพันธ์ 2557, สืบค้นจาก http://www.hsri.or.th/network/79

สถาบันระสาทวิทยา. (2552). *รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง.* กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). Recurrent Ischemic Stroke in Srinagarind Hospital. *วารสารของสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,* 6(3), 31-38.

สาธิต กาสุริย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2547). ความชุกและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารอายุรศาสตร์อิสาน,* 3(4), 23-31.

สาวิตรี สิงหาด. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). Retrieved 27 เมษายน2556, สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=12

สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ พิศสมัย อรทัย. (2554). ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข,* 25(3), 1-17.

สุจรรยา โลหะชีวะ. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพร หุตากร. (2549). *พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อิสรีย์กร สุรศรีสกุล. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร แซ่ก่อ. (2552). *การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

American stroke association. (2013). AHA/ASA Guideline : Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack. Retrieved September 8, 2013, from http://stroke.ahajournals.org/content/42/1/227.full

American stroke association. (2013). stroke risk factors. Retrieved September 8, 2013, From http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. P., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New york: Guiford Press.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey Charlesslack.

Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *The Nursing clinics of North America,* 33(1), 153-172.

Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of Adolescent Suicidal Ideation: Roles of Perceived Life Stress Depressive Symptoms and Substance Use.* (Dissertation), Johns Hopkins University, Baltimore.

Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M., . . . Granger, C. B. (2011). Medication adherence: A call for action. American Heart Journal, 162(3), 412-424.

Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ:Pchychometic update*. WashingtonD.C.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res,* 60(6), 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

Bushnell, C., Zimmer, L., Schwamm, L., Goldstein, L. B., Clapp-Channing, N., Harding, T., . . . Peterson, E. (2009). The Adherence eValuation After Ischemic Stroke Longitudinal (AVAIL) Registry: Design, rationale, and baseline patient characteristics. *American Heart Journal,* 157(3), 428-435.e422. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2008.11.002

Camara, A. G., Arche, A. F., Vivas, P. F., Guzman, J. D., Fernandez, S. V., Cuadrado, A. R., & Pareja, F. B. (2013). Recurrence after a First- ever Ischemic Stroke Development of a Clinical Prediction Rule. *Research in Neurology: An International Journal*, 1-13. doi: 10.5171/2013.264063

Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers. *British Journal of Health Psychology,* 16, 592-609. doi: 10.1348/2044-8287.002000

Chau , J.-C., Thompson, D. R., Chang , A. M., Woo, J., Twinn , S., & Cheung, S. K. (2010). Depression among Chinese stroke survivors stroke: a multicenter prospective study. *Am J Phys Med Rehab, 88*(2), 92-99.

Chen, S.-L., Tsai, J.-C., & Chou, Kuei-Ru (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48 235–245.

Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing forum,* 44(1), 25-36.

Coull, A. J., & Rothwell, P. M. (2004). Underestimation of the early risk of recurrent stroke: Evidence of the need for a standard definition. *Stroke,* 35(8), 1925-1929.

Coutts, S. B., Hill, M. D., Campos, C. R., Choi, Y. B., Subramaniam, S., Kosior, J. C., & Demchuk, A. M. (2008). Recurrent events in transient ischemic attack and minor stroke: what events are happening and to which patients? *Stroke (*00392499*),* 39(9), 2461-2466.

Croquelois, A., & Bogousslavsky, J. (2006). Risk awareness and knowledge of patients with stroke: Results of a questionnaire survey 3 months after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* 77(6), 726-728.

Davis, A. E. (2000). Cognitive impairments following traumatic brain injury: etiologies and interventions. *Critical Care Nursing Clinics of North America,* 12(4), 447-456.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res,* 12(3), 189-198.

Goldfinger, J. Z., Kronish, I. M., Fei, K., Graciani, A., Rosenfeld, P., Lorig, K., & Horowitz, C. R. (2012). Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: Design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials,* 33(5), 1065-1073. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2012.06.003

Good, C. (1973). *Dictionary of Education*. New York: : McGraw Hill book Company.

Grau, A. J., Weimar, C., Buggle, F., Heinrich, A., Goertler, M., Neumaier, S., . . . Diener, H. C. (2001). Risk factors, outcome, and treatment in subtypes of ischemic stroke: the German stroke data bank. *Stroke,* 32(11), 2559-2566.

Hale, E. D., Treharne, J. G., & Kitas, D. G. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness:how can we use it to understand and respond to our patients' needs?. *Rheumatology* ,46:904–906. doi:10.1093/rheumatology/kem060

Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes, S., Burvill, P. W., Anderson, C. S., & Stewart-Wynne, E. G. (1998). Long-term risk of first recurrent stroke in the Perth community stroke study. *Stroke,* 29(12), 2491-2500.

Hannegan, L. (1989). Transient cognitive changes after craniotomy. *J Neurosci Nurs,* 21(3), 165-170.

Hearnshaw, H., & Lindenmeyer, A. (2006). What do we mean by adherence to treatment and advice for living with diabetes? A review of the literature on definitions and measurements. *Diabetic Medicine,* 23(7), 720-728.

Hillen, T., Dundas, R., Lawrence, E., Stewart, J. A., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2000). Antithrombotic and antihypertensive management 3 months after ischemic stroke: A prospective study in an inner city population. *Stroke,* 31(2), 469-475.

Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research,* 47(6), 555-567.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.

Huang, Y. C., Hsu, C. M., Hsu, P. S., Cheng, C. P., Lin, F. S., & Chuang, H. C. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. Journal of Clinical Nursing, 19, 2752–2762.

Hupcey, J. E. (2001). The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing,* 17(4), 206-212.

Ireland, S. E., Arthur, M. H., Gunn, E. A., & Oczkowski, W. (2010). Stroke prevention care delivery: Predictors of risk management outcomes. *International Journal of Nursing Studies, 48*, 156-164

Jacobs, J. W., Bernhard, M. R., Delgado, A., & Strain, J. J. (1977). Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Annals of Internal Medicine,* 86(1), 40-46.

Jiang, S.-S., Shen, L.-P., Ruan, H.-F., Li, L., Gao, L.-L., & Wan, L.-H. (2014). Family function and health behaviours of stroke survivors. international journal of nursing sciences, 1(2014), 272-276.

Kiernan, R. J., Mueller, J., Langston, J. W., & Van Dyke, C. (1987). The Neurobehavioral Cognitive Status Examination: a brief but quantitative approach to cognitive assessment. *Ann Intern Med,* 107(4), 481-485.

Koenig, K. L., Whyte, E. M., Munin, M. C., O'Donnell, L., Skidmore, E. R., Penrod, L. E., & Lenze, E. J. (2007). Stroke-Related Knowledge and Health Behaviors Among Poststroke Patients in Inpatient Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 88(9), 1214-1216.

Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. E., & Jacobson, T. A. (2009). Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Value Health, 12(1), 118-123.

Lawrence, M., Kerr, S., Watson, E. H., Jackson, J., & Brownlee, G. M. (2009). A summary of the guidance relating to four lifestyle risk factors for recurrent stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing,* 5(10), 471-476.

Leong, J., Molassiotis, A., & Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing,* 8(1), 26-38. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cein.2004.02.001

Mackenzie, G., Gould, L., Ireland, S., LeBlanc, a., & Sahlas, D. (2011). Detecting cognitive impairment in clients with mild stroke or transient ischemic attack attending a stroke prevention clinic. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(1), 47-50.

Mohr, J. P., Wolf, A. P., Grotta, C. J., Moskowitz, A. M., Mayberg, R. M., & Kummer, V. R. (2011). *Stroke :pathophysiology diagnosis and management* (5 ed.). Philadelphia: Elsevie Saunders.

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens (Greenwich, 10*(5), 348-354.

Moroney, J. T., Bagiella, E., Paik, M. C., Sacco, R. L., & Desmond, D. W. (1998). Risk factors for early recurrence after ischemic stroke: the role of stroke syndrome and subtype. *Stroke, 29*(10), 2118-2124.

National Institue of Neurological Disorders and Stroke. (2013). Post-stroke rehabilitation fact sheet. Retrieved May 22, 2013, from http://www.ninds.nih.gov/

National Stroke association. (2013). Recovery After Stroke: Recurrent Stroke. Retrieved Febuary 12, 2013, from http://www.stroke.org/

Nidhinandana, S., & Changchit, S. (2010). Prevalence of aspirin resistance in stroke patients in Phramongkutklao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet, 93 Suppl* 6, S51-54.

O'Carroll, R., Dennis, M., Johnston, M., & Sudlow, C. (2010). Improving adherence to medication in stroke survivors (IAMSS): a randomised controlled trial: study protocol. *BMC Neurology*, 10, 15-15. doi: 10.1186/1471-2377-10-15

O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *Annals of Behavioral Medicine,* 41(3), 383-390.

OA Connell, E., & Hartigan, I. (2011). Recognition of stroke symptoms by stroke survivors. *British Journal of Neuroscience Nursing,* 7(3), 541-546.

Oladimeji, O. O. (2009). *Concern beliefs in medicines: description changes over time and impact on patient outcomes.* (Dissertation), University of Iowa.

Ostergaard, K., Madsen, C., Liu, M. L., Bak, S., Hallas, J., & Gaist, D. (2013). Long-term use of antiplatelet drugs by patients with transient ischaemic attack. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1-8.

Pandian , J. D., Jaison , A., Deepak , S. S., Kalra, G., Shamsher, S., Lincoln, D. J., & Abraham, G. (2005). Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in northwest India. *Stroke,* 36(3), 1113.

Parham, P., Thomas, S., Mills, R. A., V , Speight, L., Ketchell, I., Duckers, J., & Horne, R. (2012). patients' beliefs about nebuliser treatment: implications for adherence to treatment. Journal of Cystic Fibrosis, 11, 9.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research : Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.

Radloff, L. S. (1997). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements,* 1(3), 385-401.

Redfern, J., McKevitt, C., Dundas, R., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2000). Behavioral risk factor prevalence and lifestyle change after stroke: A prospective study. *Stroke,* 31(8), 1877-1881.

Roging, J., Glader, E.-L., Malm, J., Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2009). Perceived impaired physical and cognitive functions after stroke in men and women between 18 and 55 years of age – a national survey. *Disability and Rehabilitation, 31*(13), 1092–1099

Saxena, S. K., Ng, T. P., Yong, D., Fong, N. P., & Koh, G. (2008). Subthreshold depression and cognitive impairment but not demented in stroke patients during their rehabilitation. *Acta Neurol Scand,* 117(2), 133-140. doi: 10.1111/j.1600-0404.2007.00922.x

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *J Behav Med,* 4(4), 381-406.

Schepers, V., Post, M., Visser-Meily, A., Van De Port, I., Akhmouch, M., & Lindeman, E. (2009). Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine,* 41(11), 930-935.

Slark, J. (2010). Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. *British Journal of Neuroscience Nursing,* 6(6), 282-286.

Slark, J., Bentley, P., Majeed, A., & Sharma, P. (2012). Awareness of stroke symptomatology and cardiovascular risk factors amongst stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases,* 21(5), 358-362.

Sloma, A., Backlund, L. G., Strender, L. E., & Skånér, Y. (2010). Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: A questionnaire study. *BMC Family Practice,* 11.

Smith, E. W. (1977). *The Lexicon Webster*. New York: The English Language Institute of America.

Sowattanangoon, N., Kotchabhakdi, N., & Petrie, K. J. (2008). The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84, 245– 251.

Suanprasert, N., & Tantirithisak, T. (2011). Impact of Risk Factors for Recurrent Ischemic Stroke in Prasat Neurological Institute. *J Med Assoc Thai,* 94(9), 1-8.

Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., & Scott, C. (2009). Predicting behaviour to reduce stroke risk in at-risk populations: the role of beliefs. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(9), 488-496.

van Wijk, I., Kappelle, L. J., van Gijn, J., Koudstaal, P. J., Franke, C. L., Vermeulen, M., . . . Algra, A. (2005). Long-term survival and vascular event risk after transient ischaemic attack or minor ischaemic stroke: a cohort study. *Lancet,* 365(9477), 2098-2104. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66734-7

Venturelli, P. M., Sacks, C., Madrid, E., & Lavados, P. M. (2013). Long-term Adherence to National Guidelines for Secondary Prevention of Ischemic Stroke: A Prospective Cohort Study in a Public Hospital in Chile. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 1-6.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurse Res., 36(2), 76-81.

Wei, J. W., Wang, J. G., Huang, Y., Liu, M., Wu, Y., Wong, L. K. S., . . . Anderson, C. S. (2010). Secondary prevention of ischemic stroke in Urban China. *Stroke,* 41(5), 967-974.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies:Evidence for action. Retrieved September 17, 2013, from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

World Health Organization. (2013). The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Retrieved October 1, 2013, from http://www.who.int/ncd_surveillance/en/step_stroke_mannual_v1.2.pdf

Zeng, Y., He, G. P., Yi, G. H., Huang, Y. J., Zhang, Q. H., & He, L. L. (2012). Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *Journal of Clinical Nursing,* 21(19-20), 2886-2895.

Zimet , G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess,* 52(1), 30-41.

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ. พญ. นิจศรี ชาญณรงค์ หัวหน้าสาขาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นพ. สมบัติ มุ่งทวีพงษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รศ. ดร. เจียมจิต แสงสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นางสุภาพันรัตน์ คำหอม หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางศศิลักษณ์ ศุภกิจวิบูลชัย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย
และขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๑๕ วันที่ ๒๔ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ศรีธร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ หัวหน้าสาขาประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวจิราวรรณ ศรีธร โทร. 089-571-1853

ที่ ศธ 0512.11/0665

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ศรีธร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมบัติ มุ่งทวีพงษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมบัติ มุ่งทวีพงษา
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวจิราวรรณ ศรีธร โทร. 089-571-1853

ที่ ศธ 0512.11/0665

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ศรีธร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. เจียมจิต แสงสุวรรณ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา บริชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. เจียมจิต แสงสุวรรณ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวจิราวรรณ ศรีธร โทร. 089-571-1853

ที่ ศธ 0512.11/๑๔๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ศรีธร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางศศิลักษณ์ วิบูลชัยศุภกิจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (APN) การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
สุนิดา ปริชาวงษ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางศศิลักษณ์ วิบูลชัยศุภกิจ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวจิราวรรณ ศรีธร โทร. 089-571-1853

ที่ ศธ 0512.11/ 0665

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ศรีธร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสุภาพันรัตน์ คำหอม หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสุภาพันรัตน์ คำหอม
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวจิราวรรณ ศรีธร โทร. 089-571-1853

ที่ ศธ 0512.11/0706

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มิถุนายน 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยโรงพยาบาลมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ 4 ชุด
2. โครงการชี้แจงสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 4 ชุด
3. ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 4 ชุด
4. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ 4 ชุด
5. เครื่องมือในการวิจัย 4 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ศรีธร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จำนวน 110 คน โดยใช้ แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิราวรรณ ศรีธร เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ด้วยวิขาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ที่อนิสิต นางสาวจิราวรรณ ศรีธร โทร. 089-571-1853

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๐๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามที่คณะกรรมการจริยธรรมกำหนด 1 ชุด
2. โครงร่างการวิจัย 1 ชุด
3. เครื่องมือการวิจัย 1 ชุด
4. ไฟล์ข้อมูลโครงการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ศรีธร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จำนวน 110 คน โดยใช้ แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

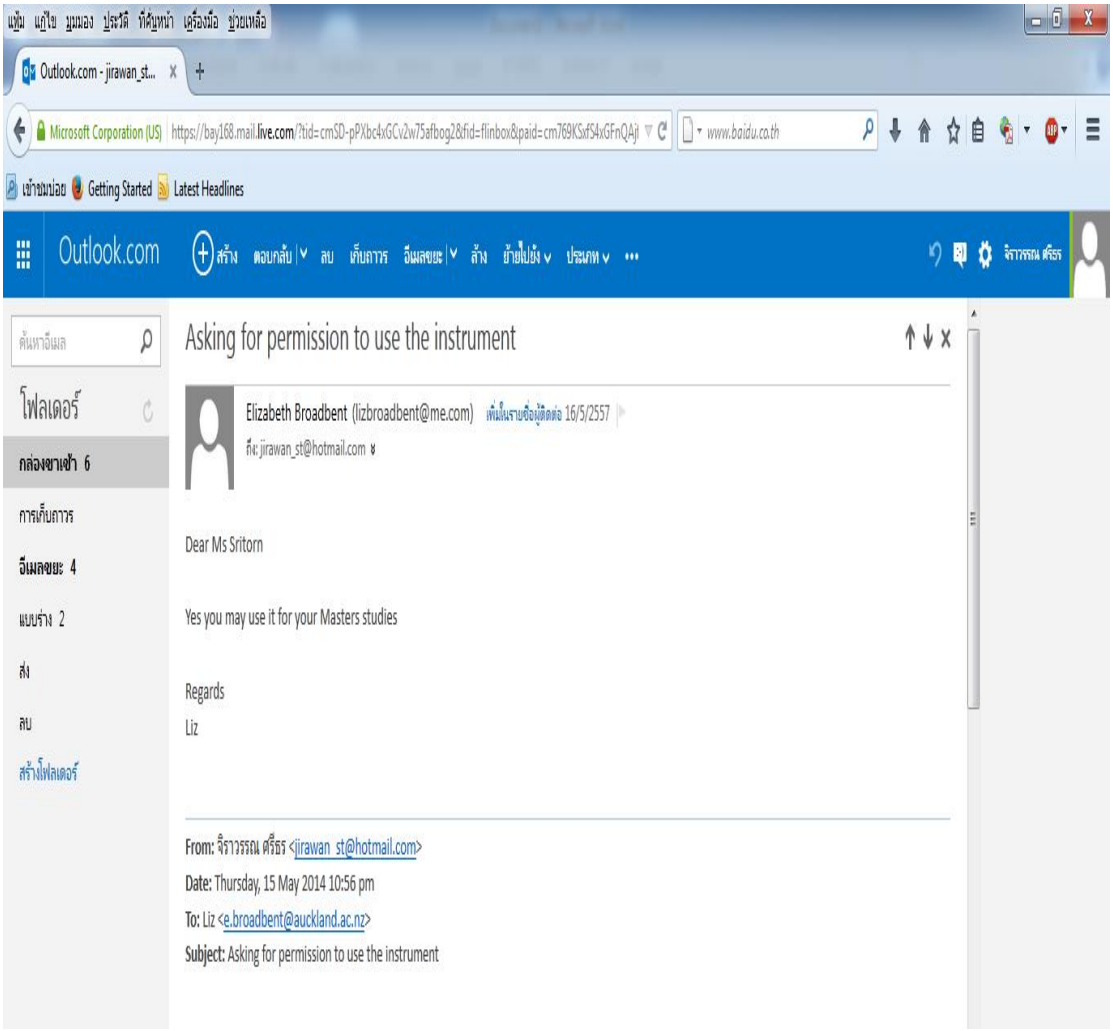
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิราวรรณ ศรีธร เสนอโครงการเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

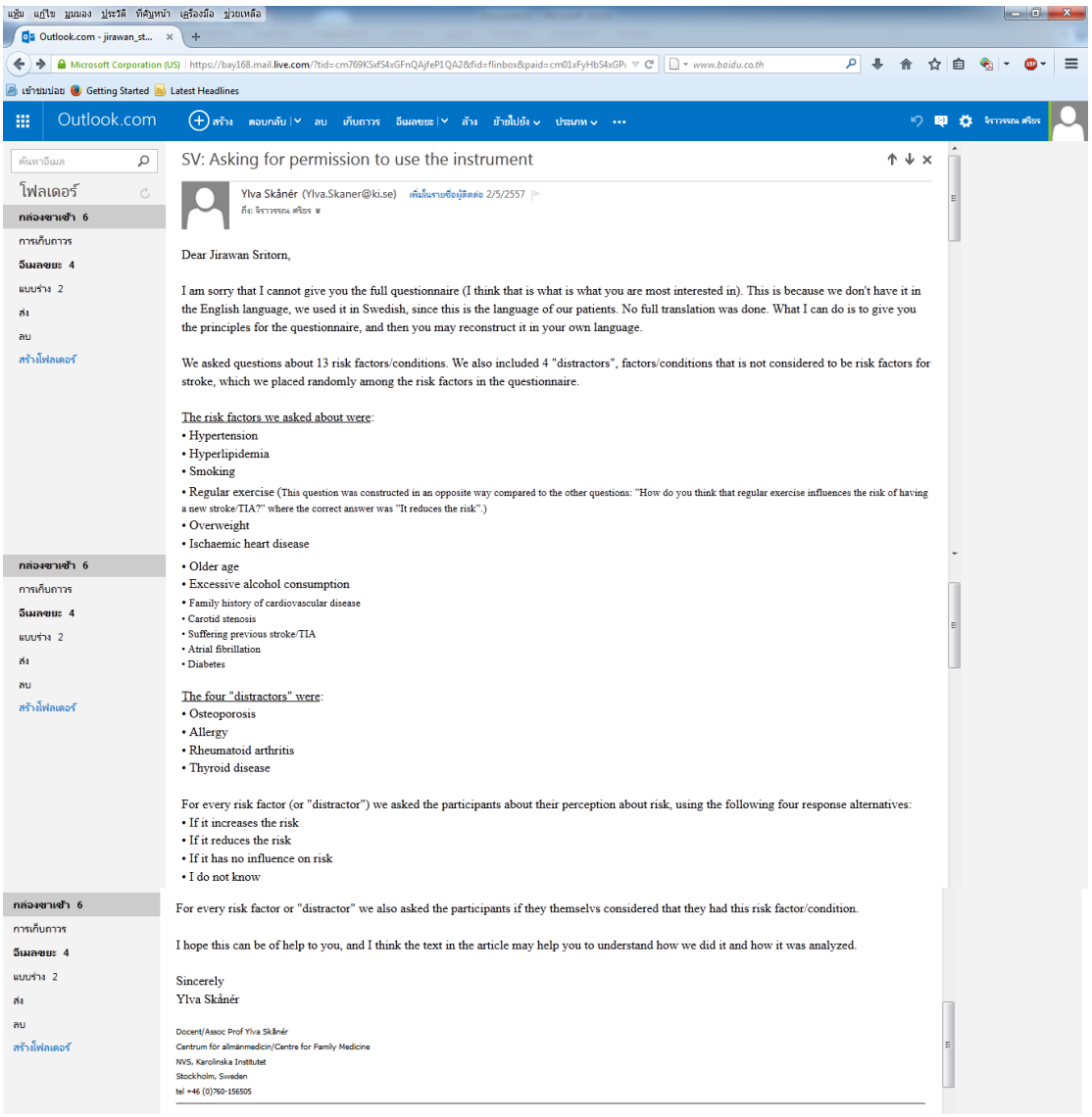
สุรีพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวจิราวรรณ ศรีธร โทร. 089-571-1853



Chulalongkorn University



SV: Asking for permission to use the instrument

Ylva Skånér (Ylva.Skaner@ki.se) เพิ่มในรายชื่อผู้ติดต่อ 2/5/2557

Dear Jirawan Sritorn,

I am sorry that I cannot give you the full questionnaire (I think that is what you are most interested in). This is because we don't have it in the English language, we used it in Swedish, since this is the language of our patients. No full translation was done. What I can do is to give you the principles for the questionnaire, and then you may reconstruct it in your own language.

We asked questions about 13 risk factors/conditions. We also included 4 "distractors", factors/conditions that is not considered to be risk factors for stroke, which we placed randomly among the risk factors in the questionnaire.

The risk factors we asked about were:
- Hypertension
- Hyperlipidemia
- Smoking
- Regular exercise (This question was constructed in an opposite way compared to the other questions: "How do you think that regular exercise influences the risk of having a new stroke/TIA?" where the correct answer was "It reduces the risk".)
- Overweight
- Ischaemic heart disease
- Older age
- Excessive alcohol consumption
- Family history of cardiovascular disease
- Carotid stenosis
- Suffering previous stroke/TIA
- Atrial fibrillation
- Diabetes

The four "distractors" were:
- Osteoporosis
- Allergy
- Rheumatoid arthritis
- Thyroid disease

For every risk factor (or "distractor") we asked the participants about their perception about risk, using the following four response alternatives:
- If it increases the risk
- If it reduces the risk
- If it has no influence on risk
- I do not know

For every risk factor or "distractor" we also asked the participants if they themselvs considered that they had this risk factor/condition.

I hope this can be of help to you, and I think the text in the article may help you to understand how we did it and how it was analyzed.

Sincerely
Ylva Skånér

Docent/Assoc Prof Ylva Skånér
Centrum för allmänmedicin/Centre for Family Medicine
NVS, Karolinska Institutet
Stockholm, Sweden
tel +46 (0)760-156505

ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Research and Research Ethics Committee of Roi - et Hospital
Research Office Roiet Hospital 111 Rommachaicheeyut Road, Tambon Naimuang, Amphur Muang, Roiet, 45000, Thailand. Tel : 043518200 ต่อ 1124

RE-006

เลขที่ใบรับรอง 039/2557

เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัย : นางสาวธิราวรรณ ธรีธร

หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration Helsinki's) โดยให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอดังต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
4. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
5. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

(นายพรชัย อนันต์กิตรชัย)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

(นายเกรียงไกร ไกวิทางกูร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รับรองวันที่ 29 ส.ค. 2557 (ใบรับรองมีระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่อนุมัติ)

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
สำนักงาน : สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 111 ถ.รามจิตรานุสรณ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000
โทร. 043518200 ต่อ 1124 โทรสาร 043522173

ที่ มท ๐๐๓๖.๒๐๑๑/ พ๒๔๗

โรงพยาบาลมหาสารคาม
๑๖๘ ถนนสุดวิถี
มท ๔๔๐๐๐

๑๐ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยและผลการอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๓๖.๑๑/๐๓๑๖ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบรายงานผลการวิพากษ์จริยธรรมทางการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวจิราวรรณ ศรีอร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" ตามรายละเอียดที่แจ้งอยู่แล้วนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยได้พิจารณาแล้ว เห็นควรให้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ โดยอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลดังกล่าวได้ และผู้วิจัยต้องส่งงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้กับโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุนทร [illegible])
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ศูนย์ข้อมูล กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โทร. ๐ ๔๓๗๔ ๐๗๗๓-๖ ต่อ ๒๒๔
โทรสาร ๐ ๔๓๗๓ ๔๔๓๓

คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4. รายละเอียดของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ที่ยังไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ จำนวน 159 คน เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ด้วยภาษาไทย ได้รับการรักษาโดยการให้รับประทานยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านลิ่มเลือด ยาควบคุมความดันโลหิต ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด และกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกคัดออกจากการวิจัยเมื่อ มีอาการไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงวิกฤต ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ มีดังต่อไปนี้

5.1 วิจัยขออนุญาตดูข้อมูลในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยในวันที่ทำการเก็บข้อมูล

5.2 ผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

5.3 ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยต้องอธิบายให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบ และแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย รวมทั้งแนะนำการตอบแบบสอบถาม

6.2 หากกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือพูดภาษาไทยไม่ได้ ผู้วิจัยต้องอธิบายให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบ และแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล เมื่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยฟัง และเป็นผู้กรอกแบบสอบถามให้ตรงตามความเป็นจริงตามความต้องการของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. การที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

8. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่ระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. โครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่กลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ในระหว่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามที่ท่านไม่ต้องการตอบ ข้อมูลที่ได้จากคำตอบและการตรวจของท่านจะถูกนำไปรวมกับข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคนอื่นๆ โดย

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของท่าน ในการศึกษานี้จะมีเพียงผู้ศึกษาวิจัยนี้เท่านี้ หากตีพิมพ์ผลการศึกษาในวารสารทางการแพทย์ จะไม่มีการระบุชื่อของท่านไม่ว่ากรณีใดๆ และหาจำเป็นต้องแสดงภาพถ่ายของท่าน จะมีการปิดบังส่วนใดส่วนหนึ่งของภาพเพื่อไม่ให้จำได้ โดยจะมีการขออนุญาตท่านหรือผู้เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนนำเสนอ

หากท่านตกลงจะเข้าร่วมการศึกษานี้ นั่นคือท่านอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากท่านเพื่อการศึกษาวิจัยนี้ โดยเป็นการสมัครใจเท่านั้น หากท่านไม่เข้าร่วมในการศึกษานี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่นๆ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านสามารถขอยุติการเข้าร่วมในการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เช่นกัน

หากท่านมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการศึกษานี้ โปรดสอบถามที่สำนักงานวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โทรศัพท์ 0-4351-8200 ต่อ 249 โทรสาร 0-4352-7173

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการศึกษา

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) ..... นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดที่เกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้ทำการศึกษา

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

พยาน..... ..(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยดิฉัน นางจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ นิสิตปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งการทำวิทยานิพนธ์นี้จะสำเร็จลุล่วงไปได้จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัย คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้วิเคราะห์ทางสถิติและการแปลผลข้อมูลจะไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลไม่ว่ากรณีใดๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยโปรดอ่านคำชี้แจงในแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจ และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อให้คำตอบของท่านใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ และนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำ**ชี้แจง ลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้**

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

นางจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์

แบบสอบถามการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลทั่วไปของท่าน โปรดเติมข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคววมจริงของตัวท่าน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เพศ

1. ( ) ชาย 2. ( ) หญิง

1.2 อายุ ..... ปี

1.3 สถานภาพสมรส

1. ( ) โสด 2. ( ) คู่ 3. ( ) หม้าย 4. ( ) หย่า 5. ( ) แยกกันอยู่

1.4 ระดับการศึกษา

1.( ) ไม่ได้ศึกษา 5. ( ) อนุปริญญา

2. ( ) ประถมศึกษา 6. ( ) ปริญญาตรี

3. ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น 7. ( ) ปริญญาโท

4. ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย 8. ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

1.5 อาชีพ

1.( ) ทำการเกษตร 4. ( ) ค้าขาย

2.( ) รับราชการ 5. ( ) ไม่ได้ทำงาน

3.( ) พนักงานบริษัท 6. ( ) รับจ้าง

7. ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

.

.

.

1.9 ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1.( ) เบาหวาน 4. ( ) โรคไขมันในเลือดสูง

2.( ) ความดันโลหิตสูง 5. ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

3. ( ) โรคหัวใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการรักษา (สำหรับผู้วิจัย)

2.1 ระยะเวลาในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....

2.2 ยารับประทานที่ได้รับ.....

2.3 ความดันโลหิต (ครั้งสุดท้ายที่ตรวจ).....

2.4 ระดับไขมันในเลือด (ครั้งสุดท้ายที่ตรวจ).....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้สำหรับผู้วิจัยใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความสามารถของบุคคลในการให้ความหมายและทำความเข้าใจ

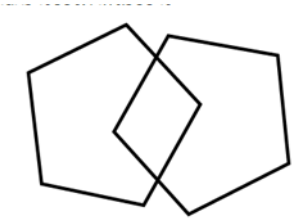
คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1.Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร	.....	.....
1.2 วันนี้ วันอะไร	.....	.....
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร	.....	.....
1.4 ปีนี้ ปีอะไร	.....	.....
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร	.....	.....
2. Orientation for place (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร	.....	.....
2.2 ขณะนี้อยู่ชั้นไหนของตัวอาคาร	.....	.....
2.3 ที่นี่อำเภออะไร	.....	.....
2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	.....
2.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	.....
3. Registration (3 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน)พูดจบให้ คุณ (ตา, ยาย ....) พูดทบทวน ตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาทีต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
3.1ดอกไม้	.....	.....
3.2 แม่น้ำ	.....	.....
3.3 รถไฟ	.....	.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) 4.1 คิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ (อย่าลืมถามว่าคิดเลขในใจเป็นหรือไม่) โดยให้เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไหร่ และบันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้งทั้งที่ตอบถูกและตอบผิด ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ให้คะแนนจำนวนครั้งที่ถูกต้อง มากที่สุดคือ 5 ถ้า ลบผิด 1 ครั้ง แต่ว่าคำตอบต่อไปมีค่าน้อยกว่าผลลัพธ์ที่ผิดพลาดนั้นอยู่ 7 ก็ให้นับเป็นผิดพลาดเพียงครั้งเดียว 4.2 ในกรณีคิดเลขในใจไม่เป็น ให้สะกดคำว่ามะนาว ให้ฟังแล้วสะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาว สะกดว่า มอม้า-สระอะ –นอหนู – สระอา - วอแหวน แล้วให้ลองสะกดถอยหลังให้คะแนนจำนวนตัวอักษรที่เรียงอย่างถูกต้อง ยกตัวอย่าง เช่น “ วานะม ” = 5, “าวนะม” = 3	....	....
5. Recall (3 คะแนน) เมื่อสักครู่ให้บอกชื่อของ 3 อย่าง ยังจำได้ไหม มีอะไรบ้าง (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน) 5.1 ดอกไม้ 5.2 แม่น้ำ 5.3 รถไฟ		 ....
6. Nanting (2 คะแนน) (ตอบถูกได้ 1 คะแนน) 6.1 ยืนดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” 6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		 ....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
7. Repetotion (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน) "ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) พูดตามผม (ดิฉัน)จะบอกเพียงครั้งเดียว" "ใครใคร่ขายไก่ไข่"	.....	.....
8.Verbel command (3 คะแนน) "ฟังให้ดีเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณรับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่..... (พื้น โต๊ะ เตียง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับให้ผู้ถูกทดสอบ 8.1 รับด้วยมือขวา 8.2 พับครึ่ง 8.3 วางไว้ที่ (พื้น โต๊ะ เตียง)	....	....
9. Written command (1 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นตัวคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณอ่านแล้วทำตาม คุณจะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา"	.....	.....
10. Written (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค" 0 ไม่มีการพยายาม ทำเพียงขีดเขียนบนกระดาษหรือมองเห็นว่าพยายามและอ่านได้อยู่แต่ไม่ใช่ 1 1 ประโยคประกอบด้วยประธานและกริยา	....	....
11. Visuoconstruction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ให้ดูรูป 5 เหลี่ยม 2 รูป ตรงที่ 2 รูปนี้เหลื่อมกันจะเป็นรูป	....	.....

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
สี่เหลี่ยม ข้าวหลามตัด จัดหา ดินสอและกระดาษให้ด้วย)  ให้1 คะแนนถ้ารูป 5 เหลี่ยม แต่ละรูปมี 5 ด้าน ตรงที่เหลื่อมกันเป็นรูปข้าวหลามตัด (รูปสี่ด้าน) นอกเหนือจากนี้แล้วจะให้คะแนน 0	....	.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของท่าน โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ดังนี้

เพิ่มความเสี่ยง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ลดความเสี่ยง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ไม่มีผลกับความเสี่ยง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ไม่ทราบ	หมายถึง	ท่านไม่ทราบว่าข้อความนั้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรค/สภาวะทางสุขภาพ	**เพิ่มความเสี่ยง**	**ลดความเสี่ยง**	**ไม่มีผลกับความเสี่ยง**	**ไม่ทราบ**
1.ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร				
2.ท่านคิดว่าอายุที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร				
3.ท่านคิดว่าโรคเบาหวานเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร				
. . . 17.ท่านคิดว่าโรคภูมิแพ้เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

<u>คำชี้แจง</u> 4 แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของท่าน โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบจากเกณฑ์ ดังนี้

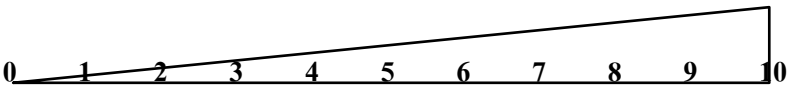
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่รู้สึกตรงกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	มีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	**เกณฑ์การให้คะแนน**				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.สุขภาพของท่านตอนนี้ขึ้นอยู่กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ					
2.ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา					
3.แพทย์ให้ท่านรับประทานยามากเกินไป					
4. เมื่อท่านรับประทานยาท่านสามารถหยุดการรักษาอย่างอื่นได้					
. . . 13. การงดดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

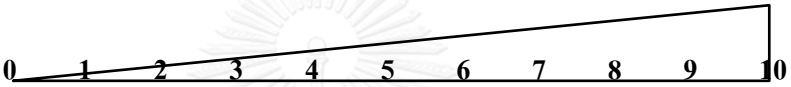
<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้เพื่อทราบถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของท่าน โปรด O ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่าน

1.ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



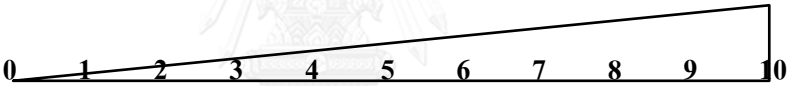
ไม่มีผลกระทบ มีผลกระทบมากที่สุด

2. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยของท่านจะคงอยู่นานเท่าไร



หายขาด ตลอดชีวิต

3. ท่านรู้สึกว่าตัวของท่านสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้มากน้อยเพียงใด

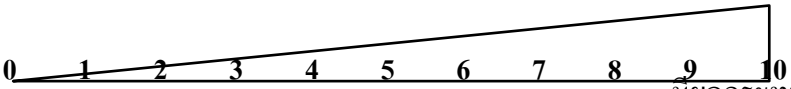


ไม่สามารถควบคุมได้ สามารถควบคุมได้

.

.

8. ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่มีผลกระทบทาง อารมณ์เลย

มีผลกระทบทาง อารมณ์มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (< 1 วันต่อสัปดาห์)
นานๆครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
บ่อยๆ	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
ตลอดเวลา	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	**ไม่เลย < 1 วันต่อ/ สัปดาห์**	**นานๆครั้ง 1-2 วัน/ สัปดาห์**	**บ่อยๆ 3-4 วัน/สัปดาห์**	**ตลอดเวลา 5-7 วัน/ สัปดาห์**
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่อหน่าย				
3. ฉันรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไปแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
. . . 20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น (<1วัน/สัปดาห์)
มีบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์
ตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์

ข้อคำถาม	ไม่มีเลย	มีบ้างเล็กน้อย	บางครั้ง	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1.ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านเมื่อท่านต้องการ					
2.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีท่านเมื่อท่านมีปัญหา					
3.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักและห่วงใยท่าน					
4.ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวัน					
5.ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆหรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆ					
6.ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกว่าใกล้ชิด เชื่อใจและวางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ					
7.ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน	☐ **ใช่**		☐ **ไม่ใช่**		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาแล้วว่ามีความเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้นเลย (<1วัน/สัปดาห์)
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 7 วัน/สัปดาห์

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านลืมรับประทานยา					
2. ท่านปรับขนาดของยา					
3. ท่านเลิกรับประทานยาเป็นบางช่วง					
4. ท่านตัดสินใจเลิกรับประทานยาบางตัว					
5.ท่านรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาแล้วว่ามีความเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้นเลย (<1วัน/สัปดาห์)
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้น 7 วัน/สัปดาห์

ข้อคำถาม	**เกณฑ์การให้คะแนน**				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอสซีอิ้ว เกลือป่น เพิ่มในอาหารที่ปรุงสำเร็จมาก่อนแล้ว					
2. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาส้ม แหนม ไส้กรอกอีสาน					
3. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง บะหมี่สำเร็จรูป					
. . . 20. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย สวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD
ความร่วมมือในการรับประทานยา		
ท่านตัดสินใจเลิกรับประทานยาบางตัว*	3.87	.564
ท่านรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง*	3.83	.608
ท่านเลิกรับประทานยาเป็นบางช่วง*	3.81	.608
ท่านปรับขนาดของยา*	3.73	.798
ท่านลืมรับประทานยา*	3.38	.855
ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวม	18.62	2.75
ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ		
การควบคุมความดันโลหิต		
ท่านไปติดตามการรักษาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง	3.67	.769
ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ้ว เกลือป่น เพิ่มในอาหารที่ปรุงสำเร็จมาก่อนแล้ว*	3.01	1.188
เมื่อเผชิญเรื่องเครียดท่านจะเก็บตัวนิ่งเงียบอยู่คนเดียว*	3.00	1.019
ท่านรับประทานอาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง*	2.91	.152
ท่านเลือกออกกำลังกายที่ไม่หักโหม เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ การปั่นจักรยาน	2.70	1.330
ท่านเลือกการเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์	2.40	1.159
ท่านรับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาส้ม แหนม ไส้กรอกอีสาน*	2.36	1.069
ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู	1.79	1.212

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD
การควบคุมไขมันในเลือด		
ทุกครั้งที่รู้สึกกระหายท่านเลือกดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานแทนน้ำเปล่า*	3.35	.974
ท่านรับประทานผักทุกมื้อหรือรับประทานผักในสัดส่วนปริมาณที่มากกว่าอาหารพวกข้าวแป้งและเนื้อสัตว์	3.04	.947
ท่านเลือกใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว แทนน้ำมันหมู น้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าวในการประกอบอาหาร	2.97	1.177
ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภท แกง ต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารประเภททอด หรือผัด	2.94	.982
ท่านเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน น้อยหน่า อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง*	2.86	.977
ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไก่ทอด หมูกรอบ กล้วยแขก โดยเลือกอาหารอื่นที่มีไขมันน้อยแทน เช่น เกาเหลา แกงจืด	2.74	1.058
ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยตัดหรือเลาะส่วนที่ติดมันออก เช่น หนังไก่ เนื้อหมูติดมัน	2.52	1.141
ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	2.26	1.348
ท่านควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	2.09	1.393
การงดสูบุหรี่		
ท่านงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	3.57	.938
การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์*	3.59	.995
ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	57.09	11.57

*เป็นข้อคำถามด้านลบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 8 พบว่า ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 18.62, SD=2.75) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสูด คือ การตัดตัดสินใจเลิกรับประทานยาบางตัว ($\bar{x}$ =3.87, SD = .564) รองลง คือ การรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ($\bar{x}$ =3.87, SD=.608) ลำดับที่ 3 คือ การเลิกรับประทานยาเป็นบางช่วง ($\bar{x}$ =3.81, SD = .608) ความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =57.09, SD=11.57) โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมความดันโลหิตข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การไปติดตามการรักษาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง ($\bar{x}$ =3.67, SD=.769) รองลงมาคือ เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ้ว เกลือป่น เพิ่มในอาหารที่ปรุงสำเร็จมาก่อนแล้ว ($\bar{x}$ =3.01, SD= 1.188) และลำดับที่ 3 คือ เมื่อเผชิญเรื่องเครียดท่านจะเก็บตัวนิ่งเงียบอยู่คนเดียว ($\bar{x}$ =3.00, SD= 1.019) ด้านการควบคุมไขมันในเลือดข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทุกครั้งที่รู้สึกกระหายจะเลือกดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานแทนน้ำเปล่า ($\bar{x}$ =3.35, SD= .974) รองลงมา คือ การรับประทานอาหารจุบจิบ เช่น ข้าวเกรียบ มันฝรั่งทอด ($\bar{x}$ =3.34, SD= .973) และลำดับที่ 3 คือ การรับประทานผักทุกมื้อหรือรับประทานผักในสัดส่วนปริมาณที่มากกว่าอาหารพวกข้าวแป้งและเนื้อสัตว์ ($\bar{x}$ =3.04, SD= .974) ด้านการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 (SD=.995) และด้านการงดสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 (SD=.938)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	คะแนน	ประถมศึกษา (n=111)		สูงกว่าประถมศึกษา (n=48)	
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
1. Orientation for time	5	4.59	.768	4.58	.895
2. Orientation for place	5	4.70	.566	4.79	.544
3. Registration	3	2.93	.293	2.94	.245
4. Attention/Calculation	5	1.40	1.691	2.48	2.03
5. Recall	3	1.70	1.075	1.67	.974
6. Naming	2	1.96	.267	2.00	0.00
7. Repetition	1	.65	.480	.958	.202
8. Verbal command	3	.65	.480	.958	.202
9. Written command	1	.79	.407	.875	.334
10. Writing	1	.50	.502	.750	.438
11. Visuoconstruction	1	.44	.499	.708	.459
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยรวม	30	22.62	3.802	24.67	4.502

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจำแนกตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

ระดับการศึกษา	การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด							
	ปกติ				บกพร่อง			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
ประถมศึกษา (n=111)	106	95.49	23.0	3.42	5	4.50	14.40	1.14
สูงกว่าประถมศึกษา (n=48)	34	70.83	27.11	2.26	14	29.6	18.71	2.52

จากตารางที่ 9 และ 10 พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองระดับการศึกษาประถมศึกษามีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 95.49 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.0 (SD= 3.42) มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.50 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.40 (SD=1.14) ส่วนระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 70.83 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.11 (SD= 2.26) มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.71 (SD=2.52) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำในด้านการคิดคำนวณ (Attention/Calculation) โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน พบว่ากลุ่มตังอย่างที่การศึกษาระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 (SD=1.691) กลุ่มตังอย่างที่การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (SD=2.03) และด้าน Recall) โดยมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน พบว่ากลุ่มตังอย่างที่การศึกษาระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.70 (SD=1.075) กลุ่มตังอย่างที่การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 (SD=.974)

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามการตอบถูกและตอบผิดเรียงจากมากไปน้อยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	152	95.6	7	4.4
การสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	147	92.5	12	7.5
ภาวะน้ำหนักเกินเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	145	91.2	14	8.8
ภาวะไขมันในเลือดสูงเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	143	89.9	16	10.1
การดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	143	89.9	16	10.1
การเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	142	89.3	17	10.7
โรคหัวใจขาดเลือดเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	140	88.1	19	11.9
โรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	133	83.6	26	16.4
โรคเบาหวานเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	130	81.8	29	18.2
อายุที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	126	79.2	33	20.8
ภาวะหลอดเลือดแดงที่บริเวณคออุดตันเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	107	67.3	52	32.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะหัวใจสั่นพลิ้วเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	99	62.3	60	37.7
การมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	96	60.4	63	39.6
โรคภูมิแพ้เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร*	94	59.1	65	40.9
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร*	70	44	89	56
โรคกระดูกพรุนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร*	70	44	89	56
โรคต่อมไธรอยด์เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร*	54	34	105	66

*เป็นข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ และลำดับที่ 3 คือ ภาวะน้ำหนักเกิน คิดเป็นร้อยละ 95.6, 92.5 และ 91.2 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค	$\bar{x}$	SD
การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคแย่ลง	3.56	.671
การหลีกเลี่ยงจากความเครียดจะส่งผลดีต่อการรักษาของท่าน	3.52	.674
สุขภาพของท่านตอนนี้ขึ้นอยู่กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	3.47	.654
การงดดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	3.41	.956
สุขภาพของท่านในอนาคตขึ้นอยู่กับการออกกำลังกาย	3.18	.875
ท่านสามารถรับประทานเนื้อสัตว์ได้ทุกประเภท โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ติดมันเพราะอาหารประเภทนี้ให้พลังงานสูง*	2.81	1.070
การควบคุมน้ำหนักรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน	2.77	1.031
การออกกำลังกายอย่างหักโหมจะป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง*	2.74	1.028
อาหารรสจืดทำให้ท่านรับประทานอาหารได้น้อยและอาการป่วยของท่านก็จะทรุดลง*	2.74	.949
แพทย์ให้ท่านรับประทานยามากเกินไป*	2.73	1.089
เมื่อท่านรับประทานยาท่านสามารถหยุดการรักษาอย่างอื่นได้*	2.58	1.116
การเติมน้ำปลา ซอส หรือเกลือ ลงในอาหารไม่ได้ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น*	2.32	1.299
ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา*	2.30	1.173
การรับรู้ประโยชน์โดยรวม	38.11	7.06

*เป็นข้อคำถามด้านลบ มีการ reversed score

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองรายข้อสูงสุด คือ “การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคแย่ลง” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 (SD=.671) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 (SD=1.173)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	$\bar{x}$	SD
ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด	8.54	1.60
ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยของท่านจะคงอยู่นานเท่าไร	8.10	1.933
ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด	7.23	1.843
ท่านกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด	7.16	2.180
ท่านมีอาการอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด	6.70	1.970
ท่านรู้สึกเข้าใจความเจ็บป่วยของท่านดีเพียงใด*	4.40	1.467
ท่านรู้สึกว่าตัวของท่านสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้มากน้อยเพียงใด*	3.76	1.581
ท่านคิดว่ายามีส่วนช่วยรักษาความเจ็บป่วยได้มากน้อยเพียงใด*	1.48	1.753
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยรวม	47.53	8.51

*เป็นคำถามด้านลบ มีการ reversed score

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยรายข้อสูงสุด คือ “ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด”โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.54 (SD=1.60) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “ท่านคิดว่ายามีส่วนช่วยรักษาความเจ็บป่วยได้มากน้อยเพียงใด”โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.48 (SD= 1.753)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	SD
ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	1.16	.952
ฉันรู้สึกตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่นๆ	1.12	1.099
ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.03	1.113
ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย*	.98	.882
ฉันมีความสุข	.79	.921
ฉันนอนไม่หลับ*	.71	.814
ฉันรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง*	.67	.769
ฉันรู้สึกเบื่อหน่าย*	.65	.763
ฉันรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไปแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ*	.53	.719
ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต*	.52	.899
ฉันพูดน้อยกว่าปกติ*	.52	.826
ฉันรู้สึกหวาดกลัว*	.52	.763
ฉันรู้สึกหดหู่*	.51	.754
ฉันรู้สึกไม่มีความสุข*	.40	.637
ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความล้มเหลว*	.34	.692
ฉันรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย*	.33	.611
ฉันรู้สึกว่าทุกๆสิ่งที่ฉันกระทำต้องฝืนใจทำ*	.31	.553
ฉันรู้สึกว่าผู้คนทั่วๆไปไม่มีความเป็นมิตร*	.26	.997
ฉันมักร้องไห้*	.20	.461
ฉันรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ชอบฉัน*	.19	.553
ภาวะซึมเศร้าโดยรวม	11.74	8.44

*เป็นคำถามด้านลบ มีการ reversed score

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้ารายข้อสูงสุด คือ “ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.16 (SD=.952) ส่วนข้อที่มีคะแนนรายข้อต่ำสุด คือ “ฉันรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ชอบฉัน” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .19 (SD=.553)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 159 คน (n=159)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	SD
ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักและห่วงใยท่าน	3.52	.778
ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีท่านเมื่อท่านมีปัญหา	3.42	.903
ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านเมื่อท่านต้องการ	3.38	.926
ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวัน	3.36	.852
ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆหรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆ	3.35	.850
ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกว่าใกล้ชิด เชื่อใจและวางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ	3.31	.878
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	20.34	4.52

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมรายข้อสูงสุด คือ “ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักและห่วงใยท่าน” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (SD=.778) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อต่ำสุด คือ “ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกว่าใกล้ชิด เชื่อใจและวางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 (SD=.878)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.830	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cog01	22.30	16.577	.185	.829
cog02	22.33	16.411	.212	.829
cog03	22.34	16.162	.300	.826
cog04	22.38	15.679	.431	.822
cog05	22.27	16.730	.153	.830
cog06	22.24	16.980	.000	.831
cog07	22.27	16.642	.216	.829
cog08	22.37	15.741	.417	.822
cog09	22.26	16.677	.218	.829
cog10	22.32	16.270	.286	.827
cog11	22.25	16.911	.062	.831
cog12	22.26	16.712	.224	.829
cog13	22.28	16.505	.282	.827
cog14	22.58	14.573	.598	.813
cog15	22.94	14.414	.673	.810

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cog16	22.97	14.676	.617	.813
cog17	22.99	14.766	.612	.813
cog18	22.99	14.658	.640	.812
cog19	22.60	16.204	.141	.836
cog20	22.74	15.702	.258	.831
cog21	22.69	15.506	.312	.828
cog22	22.25	16.797	.187	.830
cog23	22.25	16.797	.187	.830
cog24	22.50	15.530	.364	.825
cog25	22.28	16.758	.119	.831
cog26	22.25	16.924	.048	.831
cog27	22.25	16.870	.160	.830
cog28	22.42	15.499	.437	.821
cog29	22.66	14.504	.591	.814
cog30	22.72	14.635	.546	.816

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Cronbach's Alpha	N of Items
.752	17

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
know01	11.62	8.338	.457	.734
know02	11.73	8.376	.291	.745
know03	11.70	8.311	.342	.740
know04	11.92	7.810	.429	.732
know05	11.90	7.787	.443	.730
know06	11.69	8.331	.354	.739
know07	11.61	8.606	.323	.743
know08	11.57	8.829	.289	.746
know09	11.62	8.692	.249	.747
know10	11.63	8.475	.363	.740
know11	11.85	8.104	.336	.741
know12	11.60	8.622	.343	.742
know13	11.64	8.345	.412	.736
know14	12.08	7.936	.371	.738
know15	12.08	8.291	.240	.752
know16	12.18	8.315	.250	.750
know17	11.93	7.913	.386	.736

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.808	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
bene01	34.65	44.825	.519	.793
bene02	35.81	42.306	.401	.800
bene03	35.38	41.871	.478	.792
bene04	35.53	41.985	.454	.794
bene05	35.79	40.760	.443	.797
bene06	35.37	44.248	.368	.801
bene07	34.60	44.065	.590	.788
bene08	35.31	40.885	.567	.783
bene9	35.34	43.529	.383	.800
bene10	34.94	43.692	.461	.794
bene11	35.38	43.629	.377	.800
bene12	34.55	45.084	.473	.795
beme13	34.70	43.564	.421	.796

4. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.738	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ill01	38.84	57.378	.554	.689
ill02	39.28	58.543	.410	.716
ill03	43.62	61.757	.409	.716
ill04	45.90	57.243	.531	.692
ill05	40.67	59.639	.358	.727
ill06	40.22	57.249	.376	.727
ill07	42.97	63.430	.378	.722
ill08	40.14	57.593	.480	.702

5. แบบสอบถามแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.860	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dep01	10.76	63.689	.477	.853
dep02	11.09	63.321	.599	.848
dep03	11.21	64.941	.494	.852
dep04	10.62	64.287	.323	.862
dep05	11.08	64.564	.488	.852
dep06	11.23	62.344	.695	.845
dep07	11.43	65.145	.642	.849
dep08	10.72	64.938	.279	.864
dep09	11.40	63.989	.606	.849
dep10	11.23	64.721	.480	.853
dep11	11.03	65.993	.342	.858
dep12	10.95	63.947	.433	.855
dep13	11.22	64.780	.430	.854
dep14	11.42	64.282	.666	.848
dep15	11.48	64.150	.378	.858
dep16	10.58	67.928	.150	.867

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dep17	11.54	67.364	.476	.855
dep18	11.35	65.202	.542	.851
dep19	11.55	65.667	.605	.851
dep20	11.22	63.008	.516	.851

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.936	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soc1	16.96	14.543	.716	.937
soc2	16.92	14.152	.808	.925
soc3	16.82	14.935	.817	.924
soc4	16.98	14.626	.783	.928
soc5	16.99	14.126	.877	.916
soc6	17.03	13.929	.877	.916

7. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.850	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pill1	15.24	4.626	.597	.847
pill2	14.89	4.602	.682	.815
pill3	14.81	5.179	.725	.806
pill4	14.75	5.376	.711	.813
pill5	14.79	5.292	.676	.817

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8. แบบสอบถามความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.867	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
beh01	54.09	120.574	.455	.861
beh02	54.74	122.778	.419	.862
beh03	54.18	124.479	.455	.861
beh04	55.30	121.794	.396	.863
beh05	54.69	121.885	.415	.862
beh06	54.40	118.393	.473	.861
beh07	54.09	124.364	.372	.864
beh08	53.43	125.145	.472	.861
beh09	54.15	120.142	.592	.856
beh10	54.36	118.067	.638	.854
beh11	54.58	119.726	.514	.859
beh12	54.13	116.933	.611	.855
beh13	54.06	123.623	.443	.861
beh14	54.23	123.509	.432	.862
beh15	53.75	123.417	.438	.861
beh16	53.75	123.617	.429	.862
beh17	54.83	117.939	.482	.860
beh18	55.01	116.867	.500	.860
beh19	53.53	124.593	.400	.863
beh20	53.50	125.239	.343	.865

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ เกิดเมื่อวันที่ 8 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เมื่อปีการศึกษา 2546 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2550 เข้ารับการศึกษาในระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555

ประวัติการทำงาน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University