

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

Factors related to Blood Pressure Control Among Post Diagnosed Transient Ischemic Attack (TIA) Patients

วิราวรรณ จันทมุล, พย.ม. *
อาภรณ์ ดีนาน, Ph.D. **
กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, D.N.Sc. ***

Wirawan Chantamoon, M.N.S.
Aporn Deenan, Ph.D.
Kanoknuch Chunletskul, D.N.Sc.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภายหลังมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 197 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช และสถาบันประสาทวิทยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 ถึงเดือนมีนาคม 2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

อายุระหว่าง 60-69 ปี ($M = 60.07, SD = 10.07$) เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.4 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.2 และประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 36.0 ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 73.1 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม / เมตร² ร้อยละ 49.7 มีระยะเวลาที่เป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวระหว่าง 3- 24 เดือน ($M = 15.54, SD = 13.48$) เกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวครั้งแรกร้อยละ 73.1 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ($M = 3.91, SD = 1.81$) ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ใช้ยาขับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซิน ทุ ร้อยละ 83.2 ใช้กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือดกลุ่มแอสไพรินร้อยละ 96.0 และใช้ยาลดไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 85.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้แก่ การออกกำลังกาย ($r_s = .153, p < .031$) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการ

* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

จากผลการวิจัยนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิต

Abstract

This descriptive research aimed to study factors related to blood pressure control among post diagnosed transient ischemic attack (TIA) patients. A sample of 197 TIA patients at out patient department (OPD) of Ayutthaya Hospital, Chaoprayayomrat Hospital, and Neurological Institute was recruited. TIA patients were interviewed by demographic, TIA perception, diet control, risk factor control, stress management, and medication adherence and follow up questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation Coefficients.

The results showed that

1. Majority was males (62.4%), age averaged 60.07 ($SD = 10.07$), graduated elementary school level (44.2%), labor (36.0%), body mass index (BMI) over 25 kg/m^2 (49.7%), duration of post diagnosed TIA 3-24 months ($M = 15.54$, $SD = 13.48$),

first time of TIA 73.1%, duration of post diagnosed hypertension less than 5 years ($M = 3.91$, $SD = 1.81$). Current medication taking included Angiotensin II blocker (83.2%), ASA (96.0%), and Statin (85.5%).

2. Only exercise was significantly related to blood pressure control ($r_s = .153$, $p < .031$). Perception to transient ischemic attack, diet control, risk factor control, stress management, medication adherence, and follow up were not significantly related to blood pressure control.

Based on research results, health care providers should promote exercise to help patients control their blood pressure. Furthermore, factors related to blood pressure control of post diagnosed TIA patients between controllable and uncontrollable groups should be deeply explored.

Key words : Transient Ischemic Attack (TIA) patients, factors related to blood pressure control, blood pressure control

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งมักเกิดขึ้นก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการเตือนของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 อาการ หรือมากกว่า 1 อาการ นานกว่า 10 นาที แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจนเกิดขึ้นซ้ำหลายครั้งและพัฒนาไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association, 2003; Hankey, 2001) จากสถิติในแต่ละปีของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวประมาณ 200,000-500,000 คน ซึ่งยังไม่ได้รวมผู้ป่วยที่ไม่

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Johnston et al., 2003) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมักพบในผู้ใหญ่ช่วงอายุ 45-65 ปี และมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์เกิดในเพศชาย 8.4-29.2 คนต่อประชากร 100,000 คน ในเพศหญิง 3.9-18.8 คนต่อประชากร 100,000 คน (Bader & Littlejohns, 2004; Johnston, 2002) สำหรับประเทศไทยพบว่า จากสถิติของสถาบันประสาทวิทยา ปี 2539-2544 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวทั้งหมด 2,673 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 577 ราย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 45-74 ปี (สถิติเวชระเบียนสถาบันประสาทวิทยา, 2544)

การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวส่งผลกระทบต่อระยะสั้นและระยะยาวต่อผู้ป่วยโดยพบว่าผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อ แขน ขาและใบหน้าอ่อนแรง ชาด้านตรงข้ามกับรอยโรค ตาบอดชั่วคราว เวียนศีรษะ กลืนได้ อาเจียน เดินเซ พูดลำบาก อาการต่างๆ ดังกล่าวจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (Bader & Littlejohns, 2004; Johnston, 2002) ส่วนด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวจะพิการ (Johnston, 2003) ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวประมาณ 100,000-1,000,000 บาทต่อคนต่อปี (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attacks หรือ TIA) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดจากมีลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดแดงตีบตันขึ้นมาทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นประมาณ 5-30 นาที และหายไป

ปกติได้ ซึ่งอาการจะคงอยู่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง (Warlow et al., 2001) ร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองมีการตีบตัน (Thrombosis) และร้อยละ 20 เกิดจากหลอดเลือดสมองมีสิ่งอุดตัน (emboli) และมักเกิดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (Hankey, 2001) จากสาเหตุดังกล่าวทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ และพัฒนาต่อจนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตายหรือเกิดความพิการแบบถาวร (Warlow et al., 2001) การเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมักเกิดซ้ำได้อีก โดยพบว่าในช่วง 1 สัปดาห์แรก มีโอกาสเกิดร้อยละ 8 ภายในช่วง 1 เดือนแรก มีโอกาสเกิดร้อยละ 12 และภายในช่วง 1 ปีแรก ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 30 (Coull et al., 2004) และถึงแม้อาการของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจะกลับคืนสู่ภาวะปกติใน 24 ชั่วโมงแล้ว แต่ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยนั้นยังมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความพิการได้ภายใน 1 ปีแรก และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 40 ภายในระยะเวลา 5 ปี (American Stroke Association, 2006)

ปัจจัยที่ส่งเสริมสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 62 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีภาวะเครียดสูงรวมทั้งการมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (American Stroke Association, 2003)

การลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดัน

โลหิตใต้แอตโตลิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (American Stroke Association, 2006) ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตนี้ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ด้วยการรักษาด้วยยา และ/หรือ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมักมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง ไม่ออกกำลังกาย ยังคงดื่มสุราและสูบบุหรี่ จัดการภาวะเครียดไม่เหมาะสม มีน้ำหนักร่างกายเกินและมักควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547) ซึ่งการที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตให้ได้นั้นเป็นหัวใจสำคัญที่ป้องกันภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและภาวะแทรกซ้อนของสมองและหัวใจ โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย การลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่อ้วน ลดอาหารเช้าและจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่ เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม รวมทั้งการรับประทานยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด (อภิสิทธิ์ คุตระกุล, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวยังมีน้อย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า โรค การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทาง

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภายหลังมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

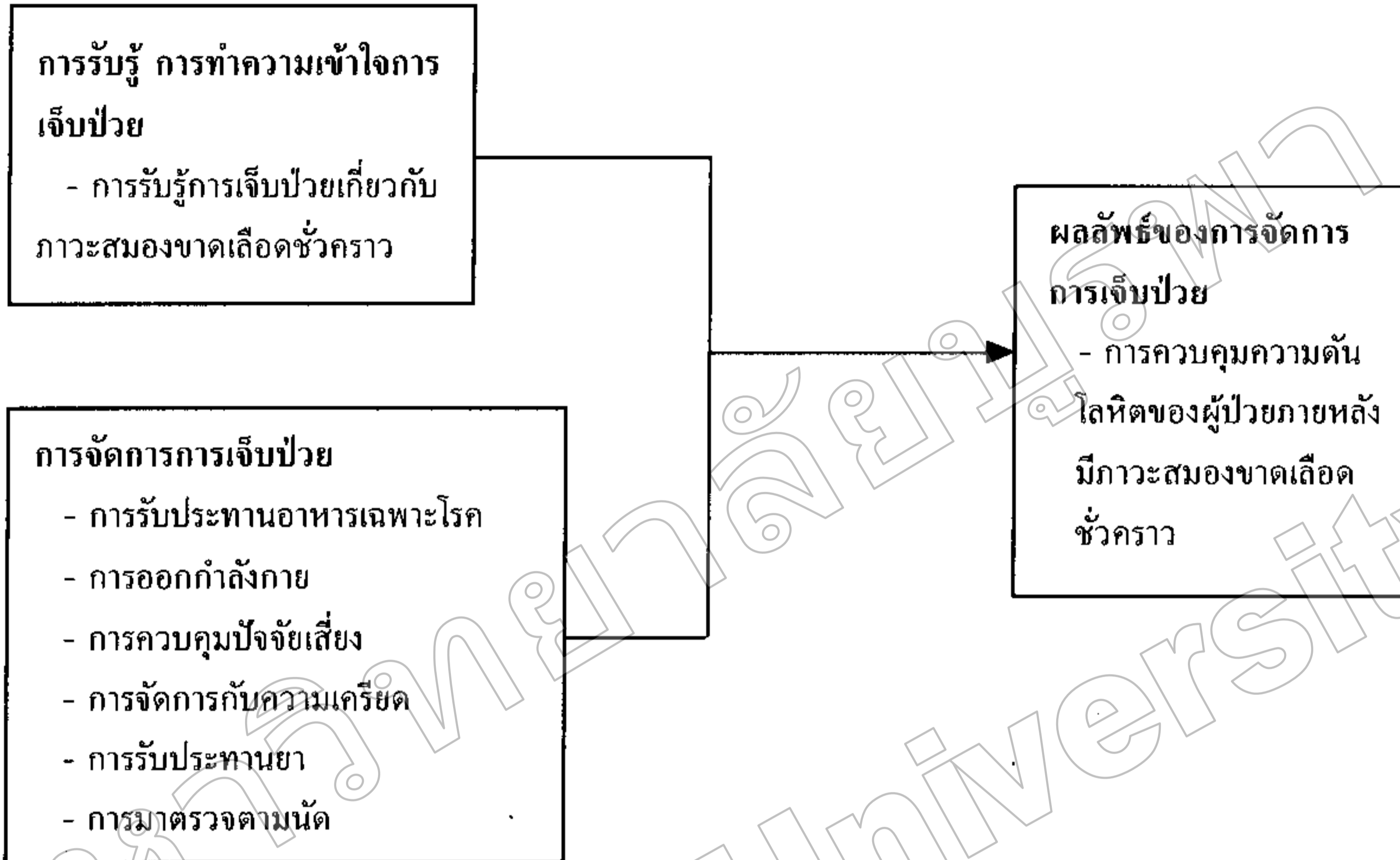
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (common sense model) ของลีเวนทัล (Leventhal, Meyer & Nerenz, D, 1980) ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) กลยุทธ์และรูปแบบการจัดการ 3) ผลของการจัดการ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าการที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง เป็นผลมาจากการคิดวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำจากทีมสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มาจากการบอกเล่าของคนอื่น ซึ่งเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบการควบคุมโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรคของตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะทำการตัดสินใจในการจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภายหลังเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวได้แก่ การรับรู้ การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย และวิธีการจัดการการเจ็บป่วยซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า โรค การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และการประเมินการจัดการกับการ

ควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดใน

การวิจัยได้ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational design)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช และสถาบันประสาทวิทยา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาความสัมพันธ์ของโคเฮน (Cohen, 1987 cited in Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่า power of test เท่ากับ .80 และ effect size เท่ากับ .20 และที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 197 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีอาการความผิดปกติของระบบประสาทได้แก่ กล้ามเนื้อ แขน ขาและใบหน้าอ่อนแรง ชาด้านตรงข้ามกับรอยโรค ตามองชั่วคราว เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เดินเซ พูดลำบาก มีความผิดปกติของการใช้ภาษา ความเข้าใจภาษา อาการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างน้อยหนึ่งอาการ นานกว่า 10 นาที ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) อย่างน้อย 1 ครั้ง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมานานกว่า 3 เดือน

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต และไม่เป็นผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ในปัจจุบันแพทย์วินิจฉัยว่า

เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการตีบหรือแตกของหลอดเลือดสมอง

3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว และส่วนสูง ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ในการรักษา การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire-Revised : IPQ-R) ของมอสส์-มอริสและคณะ (Moss-Morris et al., 2002) แล้วนำมาดัดแปลงและทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การรับรู้อาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว มีข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของอรุณลดา นางแย้ม (2550) ประกอบด้วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ "Visual Analogue Scale" เป็นเส้นตรงมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ปลายด้านขวาสุด) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์วัดการเผชิญความเครียดของปราณี มิ่งขวัญ (2542) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (1988) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ แบบเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ ซึ่งปราณี มิ่งขวัญ (2542) ได้แปลเป็นภาษาไทย และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีระดับคะแนน 5 อันดับได้แก่ ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆ ครั้งบางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

เท่ากับ 0.86 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

6. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามประกอบด้วย การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดดื่มกาแฟ น้ำชาและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน การควบคุมน้ำหนัก ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

7. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคของรพนาโหนด สิงหะเรศ (2550) และเพิ่มการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยได้ปรับลักษณะคำตอบเป็นแบบ "Visual Analogue Scale" เป็นเส้นตรงมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ปลายด้านขวาสุด) มีข้อคำถามรวม 13 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานยาต่อเนื่องจำนวน 8 ข้อและการมาตรวจตามนัดจำนวน 5 ข้อ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยซึ่ง

มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียน ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมแล้วเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ($M = 60.07$, $SD = 10.07$) เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.4 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.2 และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.0 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.0 กิโลกรัม/เมตร²ขึ้นไป ($M = 25.37$, $SD = 3.86$) ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 73.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 15.54 เดือน ($SD = 13.48$) จำนวนครั้งของการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 ครั้ง ร้อยละ 73.1 ระยะเวลาที่ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จนถึงปัจจุบันเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี ($M = 3.91$, $SD = 1.81$) ส่วนใหญ่ใช้ยากลุ่มยับยั้งการสร้าง แองจิโอเทนซิน ทุ ร้อยละ 83.2 ใช้กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือดเลือดกลุ่มแอสไพรินร้อยละ 96.0 และใช้ยาลดไขมันในเส้นเลือด (Statin) ร้อยละ 85.8

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การรับประทาน อาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด กับควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ตารางที่ 1 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ($n = 197$)

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	min	max	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว					
การรับรู้สาเหตุของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว	32	86	62.22	8.17	ปานกลาง
การรับรู้ความเข้าใจต่อภาวะความดันโลหิตสูง	50	105	77.48	10.11	ปานกลาง
การรับรู้อาการภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว	1	9	4.21	1.89	น้อย
พฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรค	43	225	150.78	35.30	ปานกลาง
พฤติกรรมออกกำลังกาย	16	47	29.75	6.11	ปานกลาง
พฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง					
การลดและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	2	8	6.20	1.98	มาก
การลดและหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2	8	5.88	2.16	มาก
การลดและหลีกเลี่ยงดื่มชา กาแฟ	2	8	5.09	2.14	ปานกลาง
การควบคุมน้ำหนัก	3	12	7.86	1.75	มาก
พฤติกรรมรับประทานยา	35	80	70.46	9.71	มาก
พฤติกรรมมาตรวจตามนัด	28	50	41.57	5.89	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความเข้าใจต่อภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรม

รับประทานอาหารเฉพาะโรค อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก การลดและหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง การลดและหลีกเลี่ยงดื่มชา กาแฟ อยู่ใน

ระดับปานกลาง การควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก และ พฤติกรรมการตรวจตามนัดอยู่ในระดับปานกลาง

3. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต คือ การออกกำลังกายซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .15, p < .03$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมความดันโลหิต (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การรับประทานยาเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด การรับประทานยาและการตรวจตามนัด กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (n = 197)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน	p-value
การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว		
การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว	-.055	.44
การรับรู้ ความเข้าใจต่อภาวะความดันโลหิตสูง	.081	.26
การรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว	.064	.37
การรับประทานยาเฉพาะโรค	-.097	.18
การออกกำลังกาย	.153	.03
การจัดการกับความเครียด		
แบบเผชิญหน้ากับปัญหา	.000	.99
การจัดการกับอารมณ์	-.075	.29
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	.008	.91
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง		
การลดและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	.041	.56
การลดและหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	-.021	.76
การลดและหลีกเลี่ยงดื่มชา กาแฟ	-.074	.30
การควบคุมน้ำหนัก	.007	.92
การรับประทานยา	-.020	.77
การตรวจตามนัด	-.013	.85

การอภิปรายผล

1. การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 26.9 ซึ่งในกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจากกลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้การ

เจ็บป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 62.22 ($SD = 8.17$) การรับรู้ ความเข้าใจต่อภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 77.48 ($SD = 10.11$) การรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4.21 ($SD = 1.89$) และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 15.54 เดือน ($SD = 13.48$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบันเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี ($M = 3.91$, $SD = 1.81$) เมื่อพิจารณาผลการวิจัยอื่นๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จะมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เช่น มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 150.78 ($SD = 35.30$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 29.75 ($SD = 6.11$) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ($M = 6.20$, $SD = 1.98$) การลดและหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.88$, $SD = 2.16$) การลดและหลีกเลี่ยงดื่มชา กาแฟ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.09$, $SD = 2.14$) พฤติกรรมการตรวจตามนัดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 41.57 ($SD = 5.89$) เกิดจากกลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว อยู่ในระดับปานกลางจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการตรวจตามนัดได้เหมาะสม จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 26.9 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ถึงแม้ว่าข้อมูลจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับมาก ($M =$

7.86, $SD = 1.75$) และพฤติกรรมการรับประทานยา อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 70.46 ($SD = 9.71$) แต่ผลการวิจัยยังขัดแย้งกับค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.00 กิโลกรัม/เมตร² ($M = 25.37$, $SD = 3.86$) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่คลาดเคลื่อนกว่าที่เป็นจริง ดังนั้นจึงน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 73 ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณชัยวิศิษฐ์ (2547) ซึ่งพบว่ามีเพียงร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ปกติได้ด้วยการรักษาโดยไม่ใช้ยา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาและการตรวจตามนัด กับ การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยภายหลังมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .153$, $p < .03$) หมายถึง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีก็จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีผลทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลง ช่วยลดการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลให้ความหนืดของเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง และมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจสามารถบีบตัวได้แรงขึ้น ทำให้เลือดมีการไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น และยังมีผลต่อการลดไขมันในเส้นเลือด ซึ่งทำให้ระดับของโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง ระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ในเลือดเพิ่มขึ้น (Nieman, 1997 อ้างถึงในสุวิมล สันติเวส, 2545)

นอกจากนั้นการออกกำลังกายจะทำให้คลายความเครียด ความวิตกกังวล จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง (ดำรง กิจกุลศล, 2540 อ้างถึงในสุวิมล สันติเวส, 2545) ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของวัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็วโดยใช้วิธีกำกับตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและสมองขาดเลือดไม่รุนแรง พบว่าภายหลังเข้าโปรแกรมออกกำลังกาย 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการควบคุมความดันโลหิต ถึงแม้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการรับรู้ และเข้าใจจากประสบการณ์การเจ็บป่วย วิธีการจัดการการเจ็บป่วย ผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประโยชน์ในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามวิธีการรักษา หรือการปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคได้ (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1996) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ อาจเกิดจากข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอาจยังไม่เพียงพอ โดยพบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 62.22, SD = 8.17$) การรับรู้ความเข้าใจต่อภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 77.48, SD = 10.11$) การรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว อยู่ในระดับน้อย ($M = 4.21, SD = 1.89$) ซึ่งยังไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนกระทั่งมีผลต่อค่าความดันโลหิต

พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการควบคุมความดันโลหิต โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ใน

ระดับปานกลาง ($M = 150.78, SD = 35.30$) จึงน่าจะทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมอาหารเค็มหรือการจำกัดโซเดียมได้ เพราะการรับประทานโซเดียมมากจะไปทำให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อเลือดเพิ่มขึ้นก็ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงตึงมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่สามารถลดอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวที่มีโคเลสเตอรอลสูงจึงทำให้เกิดการอุดตันในเส้นเลือดหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2549) นอกจากนี้ อาจมีผลมาจากการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวยังไม่เพียงพอ หรือยังไม่ตระหนักถึงผลกระทบของโรคเนื่องจากระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 15.54 ($SD = 13.48$) และส่วนใหญ่เกิดครั้งแรก (ร้อยละ 73.1) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบันเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 58.9 และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่เกิดขึ้นนั้นอาการหายไป 24 ชั่วโมงโดยไม่หลงเหลืออาการผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ สืบสายอ่อน (2546) ซึ่งพบว่า การบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการควบคุมความดันโลหิต จากผลการวิจัยครั้งนี้ถึงแม้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับมาก ($M = 7.86, SD = 1.75$) แต่กลุ่มตัวอย่างยังมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ โดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.00 กิโลกรัม/เมตร² ($M = 25.37, SD = 3.86$) ถึงร้อยละ 49 นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า การลดและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ($M = 6.20, SD = 1.98$) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่

สูบบุหรี่ รวมทั้งยังพบว่าพฤติกรรมลดและหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.88, SD = 2.16$) แต่กลุ่มตัวอย่างยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

พฤติกรรมจัดการความเครียด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การจัดการความเครียดแบบเผชิญปัญหาทางอ้อม เช่น อยู่เฉยๆ พอถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายเอง เข้านอนโดยคิดว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นในตอนเช้า ซึ่งวิธีการดังกล่าวอาจไม่ได้ผล เนื่องจากการเผชิญปัญหาทางอ้อมยังไม่เป็นการจัดการกับแหล่งความเครียดเพื่อบำบัดปัญหาที่แท้จริงหรือเปลี่ยนแปลงให้สถานการณ์ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดการกับความเครียดที่มีอยู่บ่อยครั้ง หรือระยะเวลานานๆ ซึ่งทำให้มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์ที่สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน และจะคงอยู่เป็นเวลาหลายชั่วโมงซึ่งในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จะพบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้มากมาย เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมโรค ตลอดจนความกังวลในเรื่องผลการรักษา (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์กักดี, 2542) จากการศึกษาของสุขุมาล ด้อยแก้ว (2540) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหากใช้วิธีการจัดการกับความเครียดแบบจัดการกับปัญหาจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ส่วนการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับ

ปานกลาง แต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การรับรู้การเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการพบแพทย์ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 ครั้ง มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบันเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงการรักษาและการควบคุมความดันโลหิต

สรุปและข้อเสนอแนะ

การควบคุมความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ด้านรวมกัน ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีเพียงผู้ป่วยร้อยละ 23.9 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และเมื่อพิจารณาจากปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต พบว่ามีเพียงการออกกำลังกายเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73% จึงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการจัดการเกี่ยวกับรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เพื่อเพิ่มการรับรู้ เข้าใจในสาเหตุการเจ็บป่วยของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวอย่างถูกต้อง และเน้นการให้คำแนะนำในวิธีการจัดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นรูปธรรมให้กับผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเฉพาะโรค พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองขาด

เลือดชั่วคราว

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรมีนโยบายพัฒนา และส่งเสริมให้จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเพื่อการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้งร่วมกันส่งเสริมการรับรู้ให้ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลการศึกษากครั้งนี้

3.2 ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบของการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการให้บริการแก่ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในการควบคุมความดันโลหิตให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

3.3 ในการใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการเป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอิสระที่จะเลือกตอบได้ตรงกับข้อมูลที่เป็นความจริงของผู้ป่วยได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย และขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งท่านผู้อำนวยการ แพทย์ พยาบาลของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สถาบันประสาทวิทยาที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก. กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547*. Retrieved January 13, 2006, from <http://www.moph.go.th>.

จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์. (2547). *แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รจนาใจน สิงหะเรศ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวันโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้วิธีกำกับตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและสมองขาดเลือดไม่รุนแรง*. ดุษฎีนิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถิติเวชระเบียนสถาบันประสาทวิทยา. (2544). สถาบันประสาทวิทยา. กรุงเทพฯ.

สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์กักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การ*

ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุวิมล สันติเวส. (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2549). คู่มือมาตรฐานแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการป้องกัน ควบคุมอัมพฤกษ์ อัมพาต. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

อภิรักษ์ คุณระกฤษ, (2545). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรุณลดา นางแย้ม. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.

American Stroke Association. (2003). *What is stroke?*. Retrieved May 18, 2003, from <http://www.strokeassociation.org>.

American Stroke Association. (2006). *Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack*. Retrieved May 18, 2003, from <http://www.strokeassociation.org>.

Bader, M. K., & Littlejohns, L. R., (Ed.). (2004). *AANN core curriculum for neuroscience*

nursing (4thed.) . Philadelphia: Saunders.

Coull, A. J., Silver, L.E., Bull, L.M., & Rothwell, P.M. (2004). Oxford vascular study : Direct assessment of completeness of ascertainment in a stroke incidence study. *Stroke*, 35, 2041-2045.

Hankey, G.J. (2001). Management of the first-time transient ischemic attack. *Emergency Medicine (Fremantle, WA)*, 13, 1, 70-80.

Johnston, S.C., Fayad, P.B., Gorelick, P. B., Hanley, D.F., Shwayder, P., van Husen D., & Weiskopf, T. (2003). Prevalence and knowledge of transient ischemic attack among US adult. *Neurology*, 60, 1429-1434.

Joint National Committee 7-Complete Version. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *Hypertension*, December, 2106-2152.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology* (Vol. II, pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

Warlow, C.P., Dennis, M.S., & Van Gijn, J., et al. (Eds.). (2001). *Stroke: A practical guide to management*. *Nursing Standard*, 21, 14-16, 50-57.