



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ  
ของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ทฤษฎี เชียงหวิอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ  
ของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



ทฤษฎี เชียงหวีอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY FOR PREVENTION OF RECURRENT  
STROKE IN OLDER ADULT STROKE SURVIVORS



HARIT SIANGHWONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE  
IN GERONTOLOGICAL NURSING  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ฤกษ์ เชื้อหรั่ง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920346: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ทฤษฎี เชิงหวีอง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. (FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY FOR PREVENTION OF RECURRENT STROKE IN OLDER ADULT STROKE SURVIVORS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรชัย จุลเมตต์, Ph.D, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, Ph.D ปี พ.ศ. 2565.

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง และสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ หลังจากการรอดชีวิต ก่อให้เกิดความพิการและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน และมารับบริการในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จำนวน 105 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 66.85, SD = 8.151$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ( $r = .550, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $r = .548, p < .001$ ) และ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r = .484, p < .001$ ) ส่วนระดับการศึกษา และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญ และตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาล และสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

62920346: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: OLDER ADULTS, HEALTH LITERACY, RECURRENT STROKE

HARIT SIANGHWONG : FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY FOR PREVENTION OF RECURRENT STROKE IN OLDER ADULT STROKE SURVIVORS. ADVISORY COMMITTEE: PORNCHEI JULLAMATE, Ph.D., NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D. 2022.

Stroke is a neurological disease and can also recurrent after surviving causing disability and increasing mortality. Health literacy is important to prevention recurrent stroke. This study aimed descriptive research. The purpose of this research study health literacy in prevention recurrence stroke and to study the factors related to health literacy in prevention recurrent stroke . The sample included of older adult people aged 60 years and older diagnosed by physician as ischemic stroke and visit attended at Ban Phaeo General Hospital (Public Organization) of 105 people. The simple random sampling method was use. The research instrument were a personal data questionnaire, Thai geriatric depression scale, Trust in physician questionnaire, Social support questionnaire, Health perception in ischemic stroke questionnaire and Health literacy questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, pearson's product moment correlation coefficient and spearman's rank correlation.

The results found that older adults with stroke had in a moderate level of health literacy in prevention recurrent of stroke ( $M = 66.85$ ,  $SD = 8.151$ ) and factors that were positively moderately correlated with the health literacy in prevention recurrent of stroke survivors in older adult with statistical significant factors included a patient-healthcare provider interpersonal relationship ( $r = .550$ ,  $p < .001$ ), social support ( $r = .548$ ,  $p < .001$ ) and Health perception ( $r = .484$ ,  $p < .001$ ). There are no correlation educational level and depression with health literacy to prevention recurrent stroke in older adults survivors statistically significant ( $p > .05$ )

The suggestion in the study are this nurses and healthcare providers must be awareness and emphasize on factors related to health literacy namely interpersonnel relationship between patients and health care provider, social support and health perception for prevention promote nursing activities and create a program to health literacy prevent recurrence of stroke.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความเมตตา กรุณา จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษาและคำแนะนำแนวทางในการทำวิจัยที่ถูกต้อง คอยให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และเอาใจใส่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศิริเพ็ญ วัชรระทิพากร รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชินดา เตชะวิจิตรจารุ และคุณอรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีคุณภาพ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ได้ให้ความร่วมมือต่าง ๆ และคอยช่วยเหลือดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา คุณพ่อทวีป เชียงหวิ้อง และคุณแม่สุวีณา เชียงหวิ้อง ที่คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีความพร้อมจนกระทั่งทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณ เพื่อน ๆ น้อง ๆ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา บุพการี บุรพจารย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จ มาจนตราบเท่าทุกวันนี้

หฤษฎ์ เชียงหวิ้อง

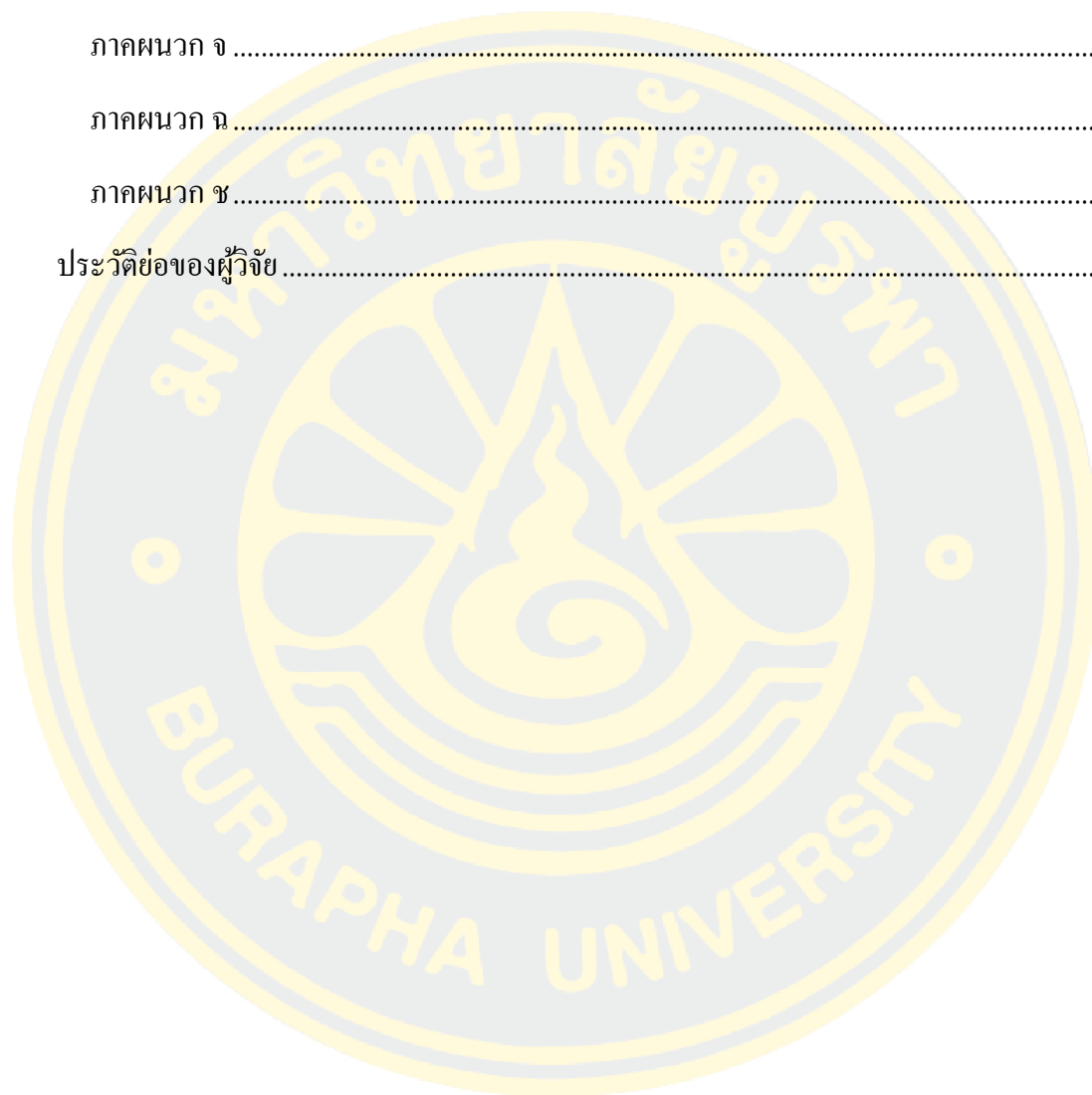
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดในการศึกษา .....	8
ขอบเขตการศึกษา .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	12
ผู้สูงอายุ.....	12
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ .....	15
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) .....	27
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ .....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	44



การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	45
สถานที่ศึกษา.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	50
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	56
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	57
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนน ค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	62
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ.....	63
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ.....	64
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ.....	65
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผล.....	67
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	76
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก.....	88

ภาคผนวก ข .....	90
ภาคผนวก ค .....	103
ภาคผนวก ง.....	107
ภาคผนวก จ .....	112
ภาคผนวก ฉ .....	115
ภาคผนวก ช .....	118
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	128



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 105$ ).....58

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนน ค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $n = 105$ ).....62

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ( $n = 105$ ).....63

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าคะแนนเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ( $n = 105$ ) .....64

ตารางที่ 5 คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสเปียร์แมน ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ.....65

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ..... 114

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ) ( $n = 105$ )..... 119

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ) ( $n = 105$ )..... 121

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง) ( $n = 105$ )..... 123

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ( $n = 105$ )..... 124

ตารางที่ 11 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 105$ ) ..... 124

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ( $n = 105$ )..... 125

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม ( $n = 105$ ) .....126

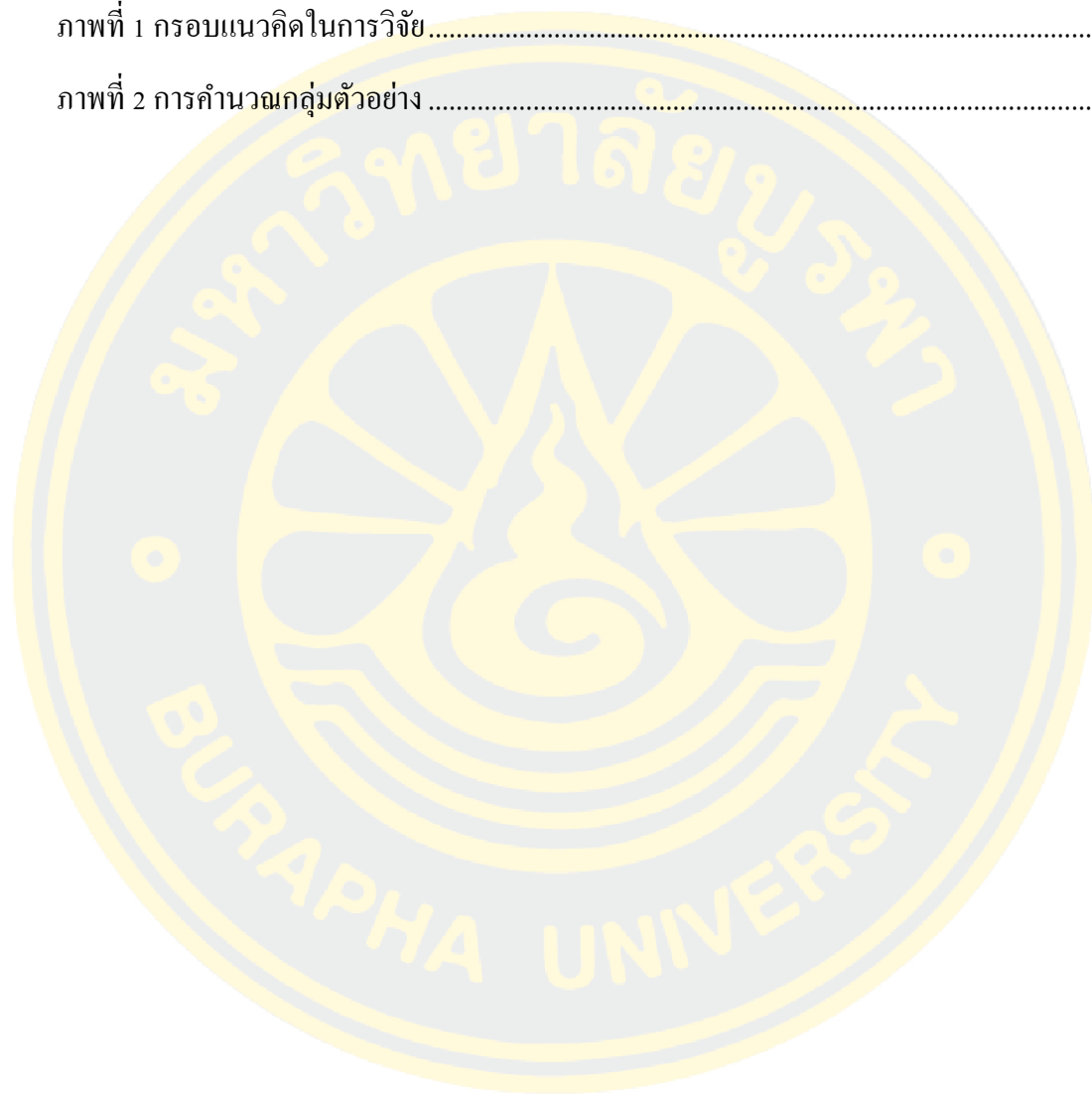
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $n = 105$ ).....127



## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.....	113



# บทที่ 1

## บทนำ

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุที่สำคัญของความพิการและการเสียชีวิต (American Stroke Association, [ASA] 2018) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก รายงานว่า ประชากรทั่วโลกมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี และยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกเป็นอันดับ 2 จากสถิติได้กล่าวไว้ในทุก ๆ 6 วินาที จะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของความพิการหลังจากการรอดชีวิต (World Health Organization [WHO], 2019 a) สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุข จากสถิติของประเทศไทย รายงานว่า มีประชากรผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) นอกจากนี้ พบว่า ประชากรของประเทศไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี โดยมีอัตราป่วยทั่วประเทศ เท่ากับ 451.39 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 467.46 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2560 และเพิ่มขึ้นเป็น 506.20 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2561 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และจากสถิติของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) รายงานว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 207, 326 และ 294 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้หลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยมีรายงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 25-35 ของชาวอเมริกันจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 5 ปี (National Stroke Association, [NSA] 2013) สำหรับในประเทศไทยมีสถิติ รายงานว่าในช่วงระยะเวลา 1 ปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 29 และในช่วงระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 46 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552) และยังคงพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา ปี 2560-2562 ร้อยละ 23.66, ร้อยละ 20.26 และร้อยละ 22.57 ตามลำดับ (Kotalux et al., 2021) ดังนั้น จากสถิติที่ผ่านมา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเป็น โรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก (WHO, 2019 a)

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent stroke) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว (WHO, 2019 b) เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำครั้งที่ 2 จะมีความรุนแรงมากกว่าครั้งแรกและมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผู้ป่วยจะเกิดความพิการของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 3 โรคหลอดเลือดสมองจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 80 หรือถ้าหากผู้ป่วยรอดชีวิตจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 3 จะส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกาย ส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียการทำงานที่ของร่างกายโดยเฉพาะการทำงานของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ (NSA, 2013) ผู้ป่วยจะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ยกที่จะกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียเป้าหมายในชีวิต ผู้ป่วยจะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รู้สึกด้อยค่า จนเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวหรือถดถอยออกจากสังคม จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือเสียชีวิต (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เกิดได้จากปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม (สถาบันประสาท, 2562)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ โดยเป็นความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดี (World Health Organization [WHO], 1998) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะปกติไม่เกิดการเจ็บป่วย นอกจากนี้ Nutbeam (2000) ยังให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี รวมไปถึงการพัฒนาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ

เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและแรงจูงใจ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในส่วนของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ด้านการสื่อสารทางด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Nutbeam, 2000) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ไม่เกิดการเจ็บป่วย และสามารถช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน ลดความรุนแรงของการเกิดโรค และลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทยให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะ ทางการรับรู้และทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ จึงสรุปได้ว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และสามารถใช้อุบายทางด้านสุขภาพมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริม ป้องกันและดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ถ้าหากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ พบว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพ ตั้งแต่อายุน้อย หรือมักจะมีปัญหาสุขภาพและป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง (De Walt et al., 2004) Baker et al. (2007) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของบุคคล พบว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ดังนั้น หากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม คือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย พบว่า คนไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากสถิติของประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับ ที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 3 อันดับ ล้วนแต่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น (NSA, 2013)



จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผิดพลาดได้ง่าย จึงทำให้การดูแลตนเองไม่ดี และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จึงก่อให้เกิดความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล, 2563) จากการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Sanders et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (ร้อยละ 59) ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

Nutbeam (2000) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมไปถึงความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ จนสามารถใช้ข้อมูลทางสุขภาพต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องรวมถึงกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแล การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การบริการสาธารณสุข สื่อสาธารณะ และแรงจูงใจในตัวบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการศึกษาจะทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา, 2560; Khaleghparast et al., 2019) ดังนั้นอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดี มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ และยังสามารถเข้าถึงสื่อและข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ภาวะซึมเศร้า ภาวะที่ผู้สูงอายุมีการแสดงออกเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้ค่า สูญเสียพลังอำนาจ ทำให้มีความคิดต่อตนเองในด้านลบ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสังคมลดลง โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคงอยู่เป็นระยะเวลานาน ทำให้การทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ เท่าที่ควรรวมไปถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ Gazmararian et al. (2000) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า พบว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอถึง 2.7 เท่า

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ สัมพันธภาพเกิดจากความไว้วางใจ การที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความไว้วางใจที่ดีต่อกัน จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะมีความไว้วางใจ รู้สึกคุ้นเคยเมื่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพจากการสื่อสารได้เป็นอย่างดีโดยเฉพาะกับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยสามารถซักถาม เจาะจา ต่อร้องและขอคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจนเกิดความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำ เพื่อประกอบการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ทำให้บุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2561)

การสนับสนุนทางสังคม การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านของอารมณ์ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการให้วัตถุประสงค์ของ จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ โดยครอบครัวมีส่วนช่วยในการส่งเสริมและให้การสนับสนุนแก่บุคคลในครอบครัว ให้ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ โดยที่ครอบครัวจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลกลุ่มเสี่ยงให้มีการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของ Lee et al. (2009) ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านความคิดและความเข้าใจของบุคคล ที่แปลความหมายหรือประเมินตนเองเกี่ยวกับสุขภาพว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่ดีมากนักเพียงใด ตามสภาพของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบัน ความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคต ความห่วงกังวล รวมไปถึงความตระหนัก เกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เมื่อบุคคลที่เป็น โรคหรือบุคคลกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรค บุคคลนั้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจาก บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ จะมีการ แสวงหาความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพไม่ให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วย โดยสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับสูงจะทำให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (ลฎาภา ทานาค และคณะ 2562; กอบกุล มาตีดาน และคณะ 2563)

จากปัญหาและข้อมูลเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองในต่างประเทศรวมถึงประเทศไทย พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว รวมไปถึงคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยัง พบว่า การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองทั้งใน และต่างประเทศมีค่อนข้างน้อย และยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยในปัจจุบันความ รอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้เข้ามาเป็นองค์ความรู้ใหม่ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมใน ประเด็นที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลการศึกษาที่ได้จาก การศึกษาครั้งนี้ยังสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 6 ประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังมีอยู่อย่างจำกัด ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนาแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่รอดชีวิตจาก โรคหลอดเลือดสมองต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

### สมมติฐานการวิจัย

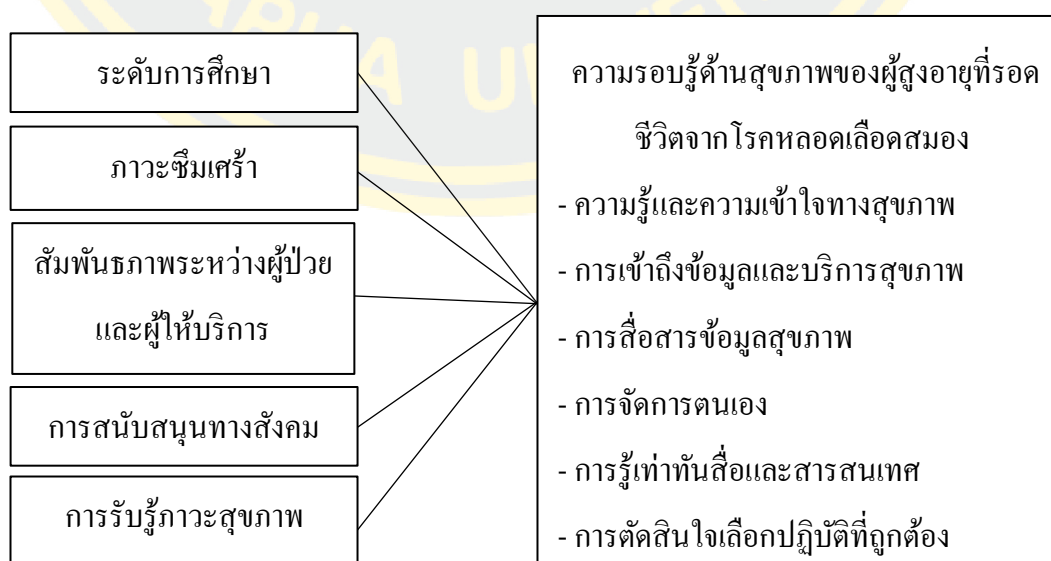
1. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง Nutbeam (2000) จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง แนวคิดนี้พัฒนามาจากการดูแลรักษาทางคลินิก และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในกรณีที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตนและการจัดการทางสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำถึงร้อยละ 59 (Sander et al., 2014) ซึ่งส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

### ตัวแปรต้น

### ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จำนวน 105 ราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ตัวแปรในการศึกษาประกอบด้วยระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการศึกษาสูงสุดในระบบ จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีการแสดงออกเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ ท้อแท้ หดหวน รู้สึกไร้ค่า สูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดต่อตนเองในด้านลบ และมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคล สังคมลดลง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินได้จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS-15]) ของ ฅนหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (2550) ที่พัฒนามาจากแบบวัดความเศร้า (Geriatric depression screening [GDS]) ของ Shiekh and Yesavage (1986)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ หมายถึง ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาและให้คำแนะนำ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแล ประเมินได้จากแบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพของ สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ Anderson and Dedrick (1990)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคล ใกล้ชิด หรือบุคคลในการครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการให้ความช่วยเหลือ ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Lortajakul (2549) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENRICH Social Support Questionnaire)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเอง สุขภาพร่างกายดี สมบูรณ์ แข็งแรง มีกำลัง ไม่เป็นโรค มีจิตใจที่มีความสุข อยู่ร่วมกันกับครอบครัว ชุมชน ประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบของ นันวลัย ไชยสวัสดิ์ และสธิร จินดาวงศ์ (2560) ที่พัฒนามาจาก แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2544)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินได้จาก แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
- 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการ จากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- 3) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติเพื่อสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ และสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ
- 4) ด้านการจัดการตนเอง หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติตามแผนที่กำหนด เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ
- 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อจะเกิดขึ้นกับตนเอง

6) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจ ที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยง หรือเลือกปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ด้วยการ ใช้ เหตุผลวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ที่เกิดต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

#### ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2555 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่ถือเป็นสากล แต่ในบางประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สวีเดน เดนมาร์ก กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากเป็นผู้เกษียณอายุจากการทำงาน (Miller, 2009) สำหรับในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติสูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548)

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การเปลี่ยนแปลงตามวัยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เกิดจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยจะค่อย ๆ เป็นไปอย่างช้า ๆ การเปลี่ยนแปลงตามวัยจะเกิดขึ้นกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ความชราที่เกิดขึ้น สำหรับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท และระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

## 1. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ระบบประสาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไปน้ำหนักของสมองผู้สูงอายุจะลดลง 6-10% เมื่ออายุ 70 ปี น้ำหนักของสมองจะลด 5% และจะลดลง 10% เมื่ออายุ 80 ปี และจะลดลง 20 % เมื่ออายุ 90 ปี ปริมาตรของเนื้อสมองก็ลดลงเช่นเดียวกันกับน้ำหนักสมอง โดยที่ขนาดของสมองที่ลดลงนั้นอาจเนื่องจากการสูญเสียเซลล์ประสาท ปริมาตรของสมอง Ventricular ขยายกว้างขึ้นมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น สมองฝ่อลีบโดยเฉพาะสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง ขนาดเซลล์สมองจึงเล็กลง จำนวนเซลล์ประสาทของสมองจะลดลงในผู้สูงอายุและไม่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนที่ได้ เนื่องจากเซลล์สมองเป็นเซลล์ประสาท Postmitotic ทำให้คาดการณ์ได้ว่าเซลล์สมองจะลดลงประมาณร้อยละ 30-50 จากวัยเด็กถึงวัยสูงอายุ การสูญเสียเดนไดรต์ จำพวกเดนไดรต์ ของเซลล์ประสาทลดลงมากในวัยสูงอายุ มีการฝ่อลีบของเดนไดรต์เกิดขึ้นที่ปลายสุดก่อนและการฝ่อลีบจึงค่อย ๆ ดำเนินเข้าไปสู่เดนไดรต์ ที่อยู่ใกล้ตัวเซลล์ประสาท การสูญเสียจุดประสานของประสาท (Synapses) ทำให้มีการติดต่อสื่อสารในเซลล์ลดลงรวมทั้งการหลั่งสารสื่อประสาท (Neuro transmitter) ลดน้อยลง ทำให้การติดต่อประสานงานภายในสมองบกพร่องไป ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุช้าลง ความไวและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง รวมทั้งความคิดเชิงช้าลงด้วย (Miller, 2009)

ส่วนประกอบทางเคมีของสมอง เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการสูญเสียโปรตีนทั้งปริมาณและการทำหน้าที่ของ โปรตีนลดลง เช่น Fucose-6-phosphate dehydrogenase เป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่สลายกลูโคส Carbonic anhydrase เป็นเอนไซม์ที่สลาย  $\text{CO}_2$  เป็นต้น นอกจากนี้พบว่า Nucleic acids จะลดน้อยลงโดยเฉพาะ RNA แต่ส่วนของ DNA ไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลงเพียงเล็กน้อยในผู้สูง ซึ่งจะมีผลต่อการสังเคราะห์โปรตีน ส่วนของสารสื่อประสาท (Neuro transmitter) เมื่ออายุสูงขึ้นระดับสารสื่อประสาทต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปและลดจำนวนลง จึงทำให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทเปลี่ยนแปลงไปด้วย (ทศพร คำผลศิริ, 2560)

โดยสารสื่อประสาทที่สำคัญมีดังนี้ Catecholamine ประกอบด้วย Dopamine, Norepinephrine และ Epinephrine ทำหน้าที่ควบคุมและปรับหน้าที่ของอวัยวะภายใน อารมณ์และความตื่นตัวของสมอง Serotonin จะเกี่ยวข้องกับขบวนการต่าง ๆ ในการสั่งการสมองโดยจะควบคุม การดื่มน้ำ การหายใจ การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมอุณหภูมิ การนอนหลับ อารมณ์ และความจำในผู้สูงอายุเมื่อสาร Dopamine, Norepinephrine และ Serotonin มีการลดลง และระดับของ Monoamine Oxidase สูงขึ้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนการลดระดับของ Dopamine มีผลทำให้เกิดโรค Parkinson และ Alzheimer (Miller, 2009)

## การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาการไหลเวียนเลือดของสมองและ Metabolism

การไหลเวียนเลือดของสมอง (Cerebral blood flow) ลดลงจาก 79 เหลือ 46 ml/min/น้ำหนักสมอง 100 กรัม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองเสื่อมหน้าที่ จากมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้นตามอายุ สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือด ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมและเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบประสาท โดยมีภาวะหลอดเลือดสมองแข็งตัวเป็นสาเหตุที่สัมพันธ์กันกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (Benjamin et al., 2019)

### 2. การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด

กล้ามเนื้อหัวใจมีคอลลาเจนแทรกมากขึ้นและมีไลโปฟัสซินสะสม ทำให้ผนังหัวใจหนาขึ้น โดยเฉพาะห้องล่างซ้ายทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวและคลายตัวของหัวใจลดลง ความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและระยะเวลาที่ใช้ในการบีบตัวนานขึ้น เนื่องจากการหลั่งแคลเซียมซึ่งจำเป็นต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ลิ้นหัวใจมีการสะสมของแคลเซียมและไลโปฟัสซินทำให้หนาตัวและแข็งตัวขึ้น ส่งผลให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวได้น้อยลง อาจฟังได้เสียงฟู่ขณะหัวใจบีบตัว (Systolic murmur) บริเวณลิ้นหัวใจเอออร์ติกและไมทรัล (Aortic and mitral valve) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักไม่มีความสัมพันธ์กับอายุที่ชัดเจน (ทศพร คำผลศิริ, 2560) ในขณะที่พักหรือออกกำลังกายเบา ๆ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ยังเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากหัวใจปรับให้ปริมาณเลือดของการสูบฉีดแต่ละครั้ง (Stroke volume) เพิ่มขึ้นแต่ พบว่า เมื่อมีการกระตุ้น เช่น การออกกำลังกาย การเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นจะน้อยกว่าปกติ เนื่องจากตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta adrenergic receptor) มีการตอบสนองลดลง หัวใจจะไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Eliopoulos, 2010) และหากมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นจากสาเหตุใดก็ตาม ต้องใช้เวลานานขึ้นกว่าอัตราการเต้นของหัวใจจะกลับมาปกติเหมือนเดิม หลอดเลือดหัวใจมีความยืดหยุ่นลดลงและแข็งขึ้น โดยชั้นในสุดของหลอดเลือดจะหนาขึ้นและมีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังหัวใจชั้นกลางมีการสะสมของไขมันและแคลเซียมทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Arteriosclerosis) เมื่อเกิดขึ้นที่หลอดเลือดเอออร์ตาจะทำให้ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้นเล็กน้อยและยังทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอโดยเฉพาะเมื่อเนื้อเยื่อต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น ขณะมีไข้ มีการติดเชื้อหรือออกกำลังกายแบบหักโหม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านเส้นเลือดโคโรนารีลดลง มีการสร้างเม็ดเลือดแดงช้าลง จากการขาดสารอาหารอาหาร เช่น ธาตุเหล็ก ปริมาณเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบิน

ลดลง เนื่องจากไขกระดูกมีไขมันเข้ามาแทนที่มากขึ้น และการดูดซึมวิตามินบี 12 ลดลง ไฟบริโนเจนมีระดับสูงขึ้น ทำให้เกิดลิ่มเลือดในร่างกายได้ง่ายขึ้น (Miller, 2009)

### โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมองมีการแตก ตีบหรืออุดตัน ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำไว้ว่า อาการผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นใหม่ตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเดิม

Hankey et al. (1998) การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการ อาการแสดงของการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทบางส่วนหรือทั้งหมดที่มีอาการทางคลินิกอย่างชัดเจน มีความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นใหม่ทันทีทันใด โดยไม่มีสาเหตุอื่นนอกจากสาเหตุด้านหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเป็นซ้ำได้ตลอดเวลาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเป็นมาแล้วครั้งแรกหรือมีอาการทางระบบประสาทที่บ่งบอกว่าอาการแย่ลงอย่างเฉียบพลัน ภายในระยะเวลา 21 วันหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

Moroney et al. (2005) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

Coutts et al. (2008) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเสื่อมสภาพของระบบประสาทที่มีสาเหตุโดยตรงจากหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก 24 ชั่วโมง ทำให้การทำงานของสมองลดลง ซึ่งความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่มีการตีบหรืออุดตันใหม่

Camara et al. (2013) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำว่า การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นกับการทำหน้าที่ของสมองโดยมีสาเหตุที่เกิดจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นใหม่ หรืออาการทางระบบประสาทที่บ่งบอกว่าอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแย่ลงอย่างเฉียบพลัน หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายใน 21 วัน

### อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

Mohr and Gautier (2011) กล่าวว่า การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1-4 พบภายใน 30 วัน หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ร้อยละ 6-13 พบในช่วง 1 ปี หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และร้อยละ 19-42 พบในช่วง 5 ปี หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

NSA (2013) โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ อย่างน้อย 1 ใน 4 หรือ ร้อยละ 25-35 ของชาวอเมริกันที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และภายใน 5 ปี ชาวอเมริกันจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมากกว่า ร้อยละ 40 โดยพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง ร้อยละ 42 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

สมศักดิ์ เทียมเก่า (2552) สำหรับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในประเทศไทย ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ได้ทำการศึกษารวบรวมสรุปเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 79 ราย พบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 29 ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 46 และในช่วงหลังจาก 5 ปี ร้อยละ 25

Kotalax et al. (2021) การศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในของ สถาบันประสาทวิทยา มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน ร้อยละ 23.66 ร้อยละ 20.26 และร้อยละ 22.57 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ตั้งแต่เดือนแรกหลังจากรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและมีอัตราการเกิดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและยัง พบว่า ภายใน 5 ปี หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากถึง ร้อยละ 40 และพบอัตราการกลับเป็นซ้ำที่มากขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Rosamond et al., 2008) ในต่างประเทศ และในประเทศไทย พบว่า อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น

### พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

สมองเป็นอวัยวะที่ต้องการเลือดไปเลี้ยงมากที่สุดในร่างกาย ถึงแม้จะมีน้ำหนักเพียงร้อยละ 2 ของมวลรวม แต่ต้องการเลือดไปเลี้ยงถึงร้อยละ 15-20 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ เพื่อส่งออกซิเจนและกลูโคสใช้ในกระบวนการเมตาโบลิซึมต่าง ๆ เมื่อใดก็ตามมีการอุดตันภายใน

ในหลอดเลือดสมอง การไหลเวียนเลือดจะหยุดทำงาน แต่จะไม่หยุดไปทั้งหมดอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากจะมีการไหลเวียนเลือดจากข้างเคียงมาช่วยหล่อเลี้ยงไว้ได้บ้าง แต่การไหลเวียนเลือดจะลดลงแต่ก็ไม่พอเพียงที่จะทำให้เซลล์สมองทำงานได้และเมื่อเวลาผ่านไปการไหลเวียนเลือดจะลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อการไหลเวียนเลือดลดลงจนการกำซาบของเลือดน้อยกว่า 18 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิกรัมของเนื้อสมองต่อนาที (Benjamin et al., 2019) เซลล์สมองในบริเวณดังกล่าวจะเกิดภาวะสูญเสียหรือตายไปอย่างถาวร กระบวนการในระดับเซลล์ของสมองขาดเลือดเรียกว่า Ischemic cascade เมื่อการไหลเวียนเลือดหยุดลงและออกซิเจนไม่สามารถถูกลำเลียงมาที่เซลล์ พบว่า จะทำให้การสร้าง Adenosine triphosphate ผิดปกติ เซลล์ประสาทและเซลล์เกี่ยวพันประสาท เปลี่ยนมาใช้พลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจนแทนแบบใช้ออกซิเจน ส่งผลให้มีการสะสมของกรดแลคติก จากความล้มเหลวของ Sodium-potassium ATPase pumps ทำให้เซลล์ประสาทอยู่ในสภาวะ Depolarized ทำให้มีการปล่อย Ion ต่าง ๆ โดยเฉพาะแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ ปริมาณของแคลเซียมในเซลล์ที่เพิ่มขึ้นและไปกระตุ้นการหลั่ง Excitatory amino acid neurotransmitter เช่น Glutamate โดย Glutamate ทำหน้าที่ไปกระตุ้นการเปิดของ Calcium-permeable NMDA receptor และ AMPA receptor ทำให้แคลเซียมแพร่เข้าสู่เซลล์ หลังจากแคลเซียมแพร่เข้าสู่เซลล์จำนวนมากเกินไปนั้น ทำให้มีการสร้าง Excitotoxicity materials ได้แก่ Free radical, Reactive oxygen, Phospholipase, ATPase และ Endonucleases เมื่อเยื่อหุ้มเซลล์และ Mitochondria เสียหายจะนำไปสู่เซลล์ถูกทำลายและตาย (Apoptosis) ในที่สุด สาร Glutamate และสารเคมีอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายจากเซลล์ที่ตายแล้วถูกปล่อยออกมาสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกเซลล์ สารเคมีที่เป็นพิษเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เซลล์ที่อยู่ใกล้เคียงกันถูกทำลายไปด้วย เมื่อมีการกลับมาของระบบไหลเวียนเลือดในเนื้อเยื่อสมองจึงทำให้เซลล์ต่าง ๆ ได้รับความเสียหายอย่างต่อเนื่อง เรียกว่า ภัยอันตรายทุติยภูมิที่เกิดขึ้นเมื่อมีเลือดกลับมาเลี้ยง (Reperfusion damage) (Benjamin et al., 2019) เมื่อเม็ดเลือดขาวจากกระบวนการอักเสบเข้ามาเก็บกินเศษซากของเซลล์ และเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว จะหลั่ง Cytokine ออกมาจำนวนมาก Cytokine เหล่านี้เข้าไปขัดขวาง Blood brain barrier (BBB) การขัดขวาง BBB นี้จะไปสู่การรั่วไหลของโมเลกุลโปรตีนขนาดใหญ่ โดยเฉพาะ Albumin เข้าสู่สิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุที่ทำให้สมองบวม การที่สมองบวมสร้างแรงดันขึ้นภายในสมองซึ่งส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองที่อยู่ใกล้เคียงได้รับภัยอันตรายไปด้วย กลไกตามลำดับขั้นของการขาดเลือดเรียกว่า Ischemic cascade ภายหลังไม่กี่นาทีหลังจากเซลล์ประสาทขาดออกซิเจนและกลูโคส (นิจศิริ ชาบุญณรงค์, 2552) Electrophysiologic function ของ Neuron และ Glial ก็หยุดทำงาน และภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงก็จะเกิดการบวมของเซลล์เหล่านี้ การเกิดเส้นเลือดสมองอุดตันก่อให้เกิดภัยอันตรายในระดับต่าง ๆ ต่อเนื้อสมองที่อยู่ในแนว Territory ของเส้นเลือดนั้น ๆ ความรุนแรงของภัยอันตราย ดังกล่าวขึ้นกับระดับของการกำซาบ

ของเลือดที่ยังเหลืออยู่ หรือการไหลเวียนที่มาจากหลอดเลือดข้างเคียง ส่วนของสมองที่ขาดเลือดอย่างสมบูรณ์เรียกว่า "Core" เป็นส่วนที่มีการสูญเสียการทำงานของเซลล์อย่างสมบูรณ์ไม่สามารถกู้กลับคืนได้ และน่าจะเกิดภาวะ Cell death ภายในเวลาไม่กี่นาที ส่วนของสมองที่เลือดไปเลี้ยงลดลงแต่ยังไม่รุนแรงถึงขนาดที่ทำให้เซลล์สมองตายไป แต่ก็ทำให้เซลล์สมองส่วนนี้ไม่สามารถทำงานได้ เซลล์อาจมีชีวิตอยู่ได้หลายชั่วโมงหลังจากเริ่มมีการกำซาบของเลือดลดลง เรียกส่วนของเนื้อสมองส่วนนี้ว่า Penumbra ซึ่งมักจะอยู่รอบ ๆ Core เซลล์ในส่วนนี้อาจจะกลับคืนมาเป็นปกติถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปริมาณของเนื้อสมองที่สูญเสียไปจากการขาดเลือดไปเลี้ยงก็จะมีขนาดลดลง ถ้าสามารถปกป้อง Penumbra ได้ และจะส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในปัจจุบัน จึงมุ่งเน้นที่การกู้กลับคืน (Salvaging) เซลล์ในส่วน Penumbra ให้กลับคืนมาเป็นปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อนึ่งความเสื่อมของสมองในส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะแก่ชราามีผลทำให้สมองมีความเปราะบางต่อการเกิดพยาธิสภาพการขาดเลือดมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสมองของคนอายุน้อย เช่น การเปลี่ยนแปลงใน White matter ที่พบเป็น Leucoariosis ใน Imaging หรือ ประสิทธิภาพการทำงานของ Sodium-potassium ATPase pumps ที่ลดลงตามอายุ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

ระดับของความทนทานต่อภาวะสมองขาดเลือด ความเข้าใจของพยาธิสรีรวิทยาของสมองขาดเลือดนั้นจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำความเข้าใจกับหลักการ 2 เรื่องด้วยกัน คือ Threshold of cerebra ischemia และ Ischemic penumbra เมื่อ Cerebral blood flow ลดลงที่ระดับต่าง ๆ กัน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง Biochemistry, pathology และ Electrophysiology ไปพร้อมกันตามลำดับขั้น ความทนทานที่ระดับของการทำงานของเซลล์ประสาท (Thresholds for Neurological Function) เมื่อ Cerebral blood flow มากกว่า 23 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที จะยังไม่พบความผิดปกติใด ๆ จนกระทั่ง Cerebral blood flow เริ่มลดระดับลงต่ำกว่านี้ จะเริ่มพบว่า จะมีการอ่อนแรงของแขนขา (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) และเมื่อ Cerebral blood flow ลดลงเรื่อย ๆ ก็จะมีอาการของ Neurological deficit มากขึ้น ในการทดลองทางคลินิกพบว่า ระดับของ Cerebral blood flow ที่วิกฤตสำหรับการทำงานของเซลล์ประสาททางไฟฟ้า นั้นอยู่ที่ระหว่าง 15-20 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที โดยจะพบการเปลี่ยนแปลงของ Amplitude ของ Electroencephalogram โดยเริ่มลดลงเมื่อ Cerebral blood flow ต่ำกว่า 20 พบว่า เมื่อ Cerebral blood flow ลดลงเหลือประมาณ 15-16 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาทีนั้น จะเห็น Electroencephalogram เป็นลักษณะ Iso-electric ดังนั้น ระดับที่จะมีผลทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของการทำงานของเซลล์ประสาทนั้นจะเกิดเมื่อ Cerebral blood flow ลดลงมาโดยประมาณ 16-18 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทที่รุนแรง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

Ischemic penumbra หมายถึง เนื้อเยื่อที่มีการขาดเลือด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิด Infarct แต่มีศักยภาพที่จะสามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ Ischemic penumbra นั้นเชื่อกันว่า อยู่ที่ระดับของ Cerebral blood flow ระหว่าง 10-20 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที บริเวณที่เป็น Penumbra นี้มีความสำคัญในแง่ของการรักษา คือ ถ้ามีการ Reperfusion ของเนื้อสมอง ก็จะกลับคืนสภาพปกติ ในทางตรงกันข้ามถ้าหากปล่อยให้ภาวะของการขาดเลือดนั้นล่วงเลยไป หรือมีความรุนแรงมากขึ้นในที่สุดบริเวณ Penumbra นี้จะกลายเป็น Infarction และขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น ถ้าสามารถทำให้บริเวณ Penumbra เหล่านี้กลับมามีเลือดหล่อเลี้ยงก็สามารถที่จะหยุดยั้งการขยายวงของ Infarction ออกไปได้ (นิจศิริ ชาญณรงค์, 2552; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

กลไกการเกิดสมองขาดเลือดเมื่อสมองเกิดภาวะขาดเลือดจะลดการสร้าง ATP ใน Mitochondria ทำให้มีการลดลงของ ATP ในเซลล์ เกิดภาวะ Depolarize ของเยื่อหุ้มเซลล์ และการ Influx ของ  $Ca^{2+}$  และ  $Na^+$  เข้าสู่เซลล์ร่วมกับการ Efflux ของ  $K^+$  ออกนอกเซลล์ ทำให้เซลล์สมองมีการปล่อยสารสื่อประสาท Glutamate ทำให้ Neuron และ Glia cell เกิดการสูญเสียความสามารถในการนำ Glutamate กลับมาใช้ ส่งผลให้มีการคั่งของ  $Ca^{2+}$  ในเซลล์ที่มากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะ Hyper excitation และเกิดการตายของเซลล์ กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นมากในส่วนที่เป็นแกนกลางของสมองส่วนที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic core) ส่วนเนื้อสมองที่อยู่รอบ ๆ Ischemic core ซึ่งเป็นบริเวณที่มีเลือดไปเลี้ยงลดลง เรียกว่า Ischemic penumbra ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการรักษา Reperfusion (นิจศิริ ชาญณรงค์, 2552)

### ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาว่า โรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเป็นซ้ำหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในครั้งแรก ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งที่เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ มักเป็นปัญหาที่มาจากสุขภาพโดยรวมและรูปแบบในการดำเนินชีวิต หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถหลีกเลี่ยง และควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550) โดยปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ในครั้งแรกไว้ดังนี้



ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และกรรมพันธุ์

1. อายุ จากการศึกษา พบว่า อายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมตามวัยของหลอดเลือดในร่างกาย ซึ่งการศึกษาของ Mackay and Mensah (2004) พบว่า บุคคลที่มีอายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนที่อายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงเป็น 3 เท่า ของคนที่มีอายุน้อย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สุรัตน์ บุญยสิน (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาล อำเภไพศาล จังหวัด นครสวรรค์ พบว่า อายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพศ พบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้มากกว่า เพศหญิงประมาณร้อยละ 30 ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ Rosamond et al. (2008) พบว่า เพศชายเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่ในเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด จึงมีโอกาสเพิ่มขึ้นในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3. เชื้อชาติ จากการศึกษาของ Mackay and Mensah (2004) และ Rosamond et al. (2008) พบว่า คนผิวดำมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว

4. กรรมพันธุ์ จากการศึกษาพบว่า การมีญาติหรือประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (NSA, 2013)

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาบางชนิด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจเต้นพลิ้วผิดปกติ ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน และการใช้สารเสพติด

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง (NSA, 2013) เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดในร่างกายรวมไปถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เสียความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพในการขนส่งเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จนหลอดเลือดแดงแตก หรือเกิดการตีบแคบของเส้นเลือด ซึ่งการศึกษาผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ พิษณุพร สายคำทอน และคณะ (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง

2. เบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า จากคนที่ไม่เป็นเบาหวาน กลไกของโรคเบาหวานจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา เชื่อว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด Atherosclerosis ซึ่งมีผลทำให้สมองได้รับเลือด ไปเลี้ยงลดลงหรือขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรัตน์ บุญยืน (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ พิษณุพร สายคำทอน และคณะ (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มึประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวาน

3. ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg/dl และระดับไขมันดี High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg/dl ส่วนไขมันชนิดไม่ดี Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 mg/dl จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาลี อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ระดับ HDL ที่น้อยกว่า 40 mg/dl มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

4. ความอ้วน อาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงแต่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดและโรคเบาหวาน จากการศึกษาของ Mackay and Mensah (2004) กล่าวว่า คนที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ โดยเฉพาะคนอ้วนลงพุง มีการสะสมของไขมันช่องท้องมากเกินไป มีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากความอ้วนจะทำให้เกิดการสะสมไขมันในส่วนต่าง ๆ ที่มากโดยเฉพาะไขมันในช่องท้องทำให้ได้มีการขับเกลือได้ลดลงและไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากหัวใจต้องใช้แรงในการผลักเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปเป็นเวลานานก็จะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงมีการแข็งตัว มีการตีบแคบลงจนส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมไปถึงโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก

5. การมีโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ โดยเฉพาะหัวใจเต้นพลิ้วผิดปกติ (Atrial Fibrillation [AF]) จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วผิดปกติ ร่วมกับโรคหัวใจรูห์มาติก มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่า ยิ่งอายุเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัตน์ บุญยืน (2559) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ

6. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ยังมีการศึกษาหลายงานวิจัย พบว่า คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Rosamond et al., 2008)

7. แอลกอฮอล์ ยังไม่มีบทสรุปอย่างแน่ชัดว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด แต่อาจมีความสัมพันธ์กันบ้างกับการเกิดเลือดออกในสมอง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทำให้หลอดเลือดเปาะบาง ในผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคหัวใจจะไปกระตุ้นให้หัวใจมีการเต้นผิดจังหวะและยังทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mackay & Mensah, 2004)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ 55 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี เพศ จากการศึกษที่เกี่ยวข้องจะ พบว่า เพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามเพศหญิงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมน และการใช้ยาคุมกำเนิด จึงมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อชาติ จากการศึกษ พบว่า คนผิวดำมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว และกรรมพันธุ์ บุคคลที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือ แดก โดยความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น โรคเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ ส่วนไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดตะกอนในผนังหลอดเลือด จึงส่งผลให้เกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดด้วย

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Acute phase)

ระยะที่ 2 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute phase)

ระยะที่ 3 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู (Recovery phase)

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันมีหลักฐานทางวิชาการ (สถาบันประสาทวิทยา, 2562) ดังนี้

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในประเทศไทย ได้แก่ Recombinant tissue-Plasminogen activator (Rt-PA) ที่ออกฤทธิ์ต่อการสลายของไฟบรินแบบจำเพาะเจาะจง โดยเฉพาะตำแหน่งที่มีลิ่มเลือดอุดตันเท่านั้น (ศิษยา รัตนากร และคณะ, 2554) ในปัจจุบันการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลภายใน 3-4.5 ชั่วโมง เป็นมาตรฐานในการรักษา ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจะมีข้อบ่งชี้และมีข้อห้ามในการให้ยา โดยการให้ยาจะมีการคำนวณยา 0.9 มิลลิกรัม ควบกับน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) โดยใช้มิลลิกรัมยาสูงสุดไม่เกิน 90 มิลลิกรัม แบ่งเป็น 10 เปอร์เซ็นต์ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ ภายในระยะเวลา 1-2 นาที และอีก 90 เปอร์เซ็นต์ให้หยดทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ ภายใน 1 ชั่วโมง (สถาบันประสาทวิทยา, 2562)

2. การให้ยาต้านการจับตัวของเลือดภายใน 48 ชั่วโมง (Antiplatelet) โดยการให้ยาแอสไพริน (Aspirin) ควรให้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายในเวลา 48 ชั่วโมง หลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้นใน 14 วันแรก ขนาดของแอสไพรินที่ให้ คือ 160-325 มิลลิกรัมต่อวัน ในช่วงระยะเฉียบพลัน (Benjamin et al., 2019)

3. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน Acute stroke unit เทียบกับหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลใน Acute stroke unit มีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไป (Benjamin et al., 2019)

4. การผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อรักษาภาวะสมองบวม ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบและอุดตันของหลอดเลือด Middle cerebral artery ที่มีขนาดใหญ่ภายใน 48 ชั่วโมง จึงก่อให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเสียชีวิตและเกิดความพิการในระยะยาวได้ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเปิดกะโหลก (Decompressive craniectomy) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยไม่ให้เนื้อสมองไปกดเบียดสมองข้างเคียงจนเนื้อสมองข้างเคียงเกิดความเสียหาย (Benjamin et al., 2019)

5. การรักษาโดยการลากลิ่มเลือดออกโดยวิธีรังสีร่วมรักษา (Mechanical thrombectomy) เป็นการรักษาทางรังสีร่วมรักษาแบบประสาธต์ โดยการใช้อุปกรณ์ลากหรือดูดลิ่มเลือดออกโดยตรง

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมาตรฐานการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตันเฉียบพลัน คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แต่กลับพบว่า ยังมีข้อจำกัดหรือมีข้อห้ามในการให้ยา การรักษาด้วยวิธีรังสีร่วมรักษา Mechanical thrombectomy จึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเปิดการไหลเวียนของหลอดเลือดสมองได้เร็วขึ้น ทำให้ลดอัตราการตาย และความพิการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นตัว สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหรืออาจจะหลงเหลือความพิการเพียงเล็กน้อย (Benjamin et al., 2019; สถาบันประสาทวิทยา, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องในด้านการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ถ้าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่เริ่มมีอาการทางระบบประสาท โดยการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยรายที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ ในรายที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแล้วไม่ตอบสนองหรือไม่สามารถเปิดหลอดเลือดสำเร็จ แพทย์อาจพิจารณาทำการรักษาด้วยวิธีรังสีร่วมรักษา Mechanical thrombectomy เพื่อเปิดหลอดเลือดสมอง การรักษาที่สำคัญอีกหนึ่งประการคือ หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและการรักษาด้วยวิธีรังสีร่วมรักษาแล้วนั้น ผู้ป่วยควรได้เข้ารับการสังเกตอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะ (Stroke unit) จากการศึกษาที่กล่าวมา พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะนั้น จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต เมื่อเทียบกับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่อาการทางระบบประสาทรุนแรงไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้นั้น เนื่องจากมีข้อจำกัด หรือมีข้อห้ามบางประการในการให้ยาจากหลาย ๆ ปัจจัย การรักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นหรือเกิดภาวะสมองบวม คือ การผ่าตัดเปิดกะโหลก (Decompressive craniectomy) เพื่อลดแรงดันไม่ให้เนื้อสมองไปกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียงจนเนื้อสมองข้างเคียงถูกกดเบียดจนเกิดความเสียหาย และทำหน้าที่ผิดปกติ (Benjamin et al., 2019)

#### **ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่ทำให้เกิดความพิการ และความรุนแรงของร่างกาย โดยขึ้นอยู่กับรอยโรคและตำแหน่งของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย (พรภัทรธรรมสโรช, 2555) ซึ่งอาการทางสมองจะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหลังจากการรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต โดยส่วนใหญ่ ผลกระทบหลังจากการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์ และผลกระทบด้านสังคม

### ผลกระทบด้านร่างกาย

ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมอง ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ทั้งหมด กล้ามเนื้อเปลี่ยนไป พร่องการทำกิจวัตรประจำวัน โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรง ไม่สามารถยับยั้งแขนขาได้อย่างปกติ การเคลื่อนไหวลำบาก หรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้ เมื่อพ้นระยะอ่อนแรงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายตามมา ได้แก่ อาการแข็งเกร็ง ข้อติด โดยจะเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก กำมือแน่น ข้อเข่าและนิ้วเท้างอเข้า ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะทำให้ข้อต่าง ๆ เหยียดลำบาก (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) ในรายที่มีภาวะสมองขาดเลือดบริเวณกว้าง หรือมีภาวะเลือดออกในสมองรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการด้านร่างกายเป็นอย่างมาก และในบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสมองบวม (Brain edema) ภาวะเลือดออกซ้ในสมองส่วนที่มีเนื้อตาย (Hemorrhagic transformation) และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure [IICP]) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

ความผิดปกติของการพูดและการสื่อความหมาย ส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติของสมองด้านซ้ายเด่น ในผู้ป่วยบางรายไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ แต่ไม่สามารถพูดได้ ความผิดปกติเช่นนี้เรียกว่า Motor aphasia และในบางรายมีความบกพร่องในการฟัง การเข้าใจในคำพูด การอ่านหนังสือ ผู้ป่วยจะพูดได้เป็นคำ ๆ การรับรู้ผิดปกติ ความผิดปกติเช่นนี้เรียกว่า Sensory aphasia และความผิดปกติของการพูดและการสื่อความหมายอีกอย่างคือ Global aphasia ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของการใช้ภาษาและมีความบกพร่องในการฟัง ไม่สามารถพูดออกนอกเสียง และไม่ตอบสนองต่อการรับรู้ หรือทำตามคำสั่งได้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และการกลืน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายจะมีความผิดปกติของการควบคุมกล้ามเนื้อต่าง ๆ ที่ใช้ในการเคี้ยว และการกลืน ซึ่งเป็นความผิดทำให้ผู้ป่วยมีการกลืนลำบาก เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะการฉีกกล้ามเนื้อลำปาก และไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารและเกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่และสารน้ำ หรือเมื่อมีการสำลักขณะกลืนอาหารจะทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก จะทำให้มีการติดเชื้อที่ปอดเกิดภาวะปอดอักเสบ และนำไปสู่การเสียชีวิต (พรภัทร ธรรมสโรช, 2554; สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสูญเสียความทรงจำ พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพที่สมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ขาดสมาธิ ขาดความสามารถในการจดจำและการคำนวณ มีการใช้เหตุผลและจินตนาการที่ผิดปกติ หรืออาจจะมีภาวะความจำเสื่อม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)

#### **ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์**

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความบกพร่องทางร่างกายและเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง ส่วนผลกระทบด้านอารมณ์ที่พบบ่อยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้า สามารถเกิดจากพยาธิสภาพของภาวะสมองขาดเลือดในส่วนของสมองที่ทำหน้าที่ในด้านความจำ ความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ผิดปกติ หรือการแสดงออกแบบไม่สมเหตุสมผล โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการของร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะฟุ้งเฟื่องจากโรคที่เป็น เนื่องจากรักษาไม่หายขาด หลงเหลือความพิการ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาการที่แสดง คือ อารมณ์หงุดหงิด ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตัวเอง วิตกกังวล แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อจากการสูญเสีย คือ ภาวะซึมเศร้า สูญเสียเป้าหมายในชีวิต และความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ส่วนใหญ่จะพบในรูปแบบเหินห่าง เนื่องจากพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของตัวผู้ป่วย (Yu et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการสูญเสีย อวัยวะในการทำหน้าที่โดยไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ จากกรทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองของ ดารุจ อนิวรรณตพงษ์ (2561) พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบทางประสาทจิตเวชศาสตร์ที่พบบ่อยที่สุดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการรักษาและการฟื้นฟู ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงาน ทั้งยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2016) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง

#### **ผลกระทบด้านสังคม**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติของร่างกาย ทั้งการสื่อความหมาย และการสื่อสาร มีการเปลี่ยนแปลงไปของอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจึงมีภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจะเกิดการแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม จากความพิการ การเคลื่อนไหวที่เป็นอุปสรรค ภาวะซึมเศร้า จากการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของครอบครัว จากหัวหน้าครอบครัวกลายมาเป็นบุคคลผู้ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ 2558) มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม มีปัญหาในการปรับตัว มีขีดจำกัดทางด้านการทำงานของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายลักษณะเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนของการควบคุมบริเวณใบหน้า มักจะทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมถดถอย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม จากปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าผู้อื่น และไม่อยากเข้าสังคม (สุดศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541)

กล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่เกิดมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้หากผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมน้ำตาล การควบคุมระดับไขมันในเลือด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ รวมไปถึง การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยก็จะสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (NSA, 2013) จากสาเหตุในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเห็นได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ดี โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สามารถค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ทางสุขภาพ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาข้อมูลสุขภาพจนเกิดความเข้าใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีและสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Nutbeam, 2000) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

### ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพในการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ นำไปสู่สุขภาพที่ดี ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงอายุ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561)



### ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

WHO (1988) ให้คำนิยามว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะ เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี

American Medical Association [AMA] (1999) ให้คำนิยามว่า เป็นกลุ่มทักษะที่รวมถึง ความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณเชิงตัวเลข เพื่อการปฏิบัติตนในการ ส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพให้ได้อยู่เสมอ

US Department of Health and Human Services (2000) ให้คำนิยามว่า ระดับ ความสามารถของบุคคลที่จะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐาน หรือข้อมูล บริการที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพในโครงการประชาชนสุขภาพดี

Institute of Medicine [IOM] (2004) ให้คำนิยามว่า ระดับความสามารถของแต่ละบุคคล ที่มีวิธีการในการเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่จำเป็นในการ ตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม นอกเหนือไปจากความสามารถของบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังขึ้นอยู่กับทักษะความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ผู้ให้บริการ สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น ๆ

Nutbeam (2000) ให้คำนิยามว่า ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนด ความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลสารสนเทศนั้นเพื่อส่งเสริม และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้

Rootman (2009) ให้คำนิยามว่า ทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นในการค้นหาเพื่อการ ประเมินและบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท การประเมิน ในด้านความรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพ และวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย

Sorensen (2012) ให้คำนิยามว่า การรู้หนังสือ ความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถภาพ ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต

กองสุขศึกษา (2560) ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

ดังนั้นคำนิยามและความหมายเบื้องต้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความหมาย ที่ครอบคลุมถึง ความรู้ และความสามารถทางปัญญาในการเข้าถึง เข้าใจ และข้อมูลข่าวสารทางด้าน

สุขภาพ และนำข้อมูลทางสุขภาพไปวิเคราะห์ ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

### **ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ**

โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่ เกิดจากปัจจัยทางด้านสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนได้ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา พบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะสามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการเกิดโรค บุคคลจะมีความรู้ ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และสามารถใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการส่งเสริม และดูแลสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีความลำบากในการทำมาเข้าใจและมีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติและการตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่จำกัด ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำเกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคภัยที่รุนแรง หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (De Walt et al., 2004) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญในดูแลสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต่อการเกิดโรค (ปวิตรา ทองมา, 2563) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในด้านผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral outcome) ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และเมื่อผู้ป่วยมีการสื่อสารทางสุขภาพที่ดีและการจัดการตนเองที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเลือกใช้อุปกรณ์ทางสุขภาพ มาประกอบการตัดสินใจปฏิบัติและมีการเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในการเกิดโรค (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561)

### แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับดังนี้

ระดับ 1 Basic/ Functional literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่าน และเขียนเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่าน และเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมถึงการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ระดับ 2 Communicative/ Interactive literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้ และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ การถ่ายทอดความรู้ ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 Critical literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลข่าวสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติ ในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

Kickbusch (2007) ให้ความสำคัญกับการศึกษา เพราะทำให้เพราะทำให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้ ที่เป็นทักษะพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพในระยะยาวในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ น่าเชื่อถือของสังคมต้องสามารถวัดได้จริง สะท้อนผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง และนำผลที่ได้มาจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถูกพัฒนามาจากองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) และได้มีการปรับให้มีความชัดเจนในการวัดมากขึ้น โดยแบ่ง 3 องค์ประกอบ คือ

1) การเข้าถึงข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ (Access to information and knowledge)  
 2) ความสามารถในการใช้ภาษาในการกรอกแบบแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ (Informed consent) 3) ทักษะการเจรจาต่อรอง (Negotiating skill) เพื่อจะได้มีทางเลือกในการรักษาที่ห่างไกลจากความเสี่ยง ประกอบไปด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่

1. ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง
2. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
3. การป้องกันและการตรวจสุขภาพ
4. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจสุขภาพและไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในการแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรมและทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล

Zarcadoolas et al. (2005) ศึกษาเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรู้หนังสือต่ำ สุขภาพไม่ดีและความตายที่เกิดขึ้น จากข้อมูลทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกาและเสนอองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 4 ด้าน คือ

1. ความรู้พื้นฐาน เป็นระดับความสามารถในการอ่านการพูด การเขียน และการแปลความหมายของตัวเลข
2. ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ เป็นระดับความสามารถด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี รวมถึงการรับรู้กระบวนการของวิทยาศาสตร์บางส่วน ประกอบด้วย
  - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน
  - 2.2 ความสามารถในการเข้าใจความซับซ้อนทางเทคนิค
  - 2.3 ความเข้าใจในเทคโนโลยี
  - 2.4 ความไม่เข้าใจของความไม่แน่นอนทางวิทยาศาสตร์ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
3. อ่านออกเขียนได้ของประชาชน เป็นความสามารถที่ช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาตนเองและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
  - 3.1 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ
  - 3.2 ความรู้ในกระบวนการประชาสังคมและภาครัฐ
  - 3.3 การรับรู้ว่าการตัดสินใจสุขภาพ รวมถึงการรับรู้และทักษะในส่วนของผู้ที่สื่อสารในกรอบของข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อรองรับความเข้าใจทางวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์ ข้อมูลด้านสุขภาพ และการกระทำของแต่ละบุคคล

Paascha-Orlow and Wolf (2007) “Integrated Model of Health Literacy” ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่

1. เข้าถึง และการใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพ (Access and utilization of healthcare)
2. ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้บริการสุขภาพ (Provider-patient interaction)
3. การดูแลตนเอง (Self-care) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะถูกกำหนดโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ เช่นความสามารถในการมองเห็น และการได้ยิน โดยปัจจัยทั้งสาม ได้แก่ การเข้าถึง

และการใช้ประโยชน์จากระบบดูแลสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และการดูแลตนเอง มีอิทธิพลที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะเข้าใช้บริการสุขภาพ ใช้วิธีพูดคุยโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

Sorensen (2012) การรู้หนังสือ ความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจเรื่องข้อมูลทางสุขภาพ ในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) เป็นความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การเข้าใจ (Understand) เป็นความสามารถที่จะเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3) การประเมิน (Appraise) เป็นความสามารถในการอธิบาย การตีความ การถ่วงดุลและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย กองสุศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพของบุคคล ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และการดูแลสุขภาพ โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติคุณลักษณะสำคัญขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความรู้และความเข้าใจ
3. ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสาร และโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

### การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น มีลักษณะการวัดคุณลักษณะด้านความจำ การนับจำนวน หรือการคำนวณตัวเลข ประเมินการรับสื่อ ประเมินทักษะและประเมินตามการจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

1. แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine: REALM)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการอ่านในกลุ่มผู้ป่วยของหน่วยปฐมภูมิ และหน่วยศึกษาวิจัยทางการแพทย์ พัฒนาค้นขึ้นโดย Davis et al. (1991) และมีการนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ ทางทางการแพทย์

เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ในการประเมินการอ่านคำศัพท์หรือคำที่ใช้ในทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจดจำได้ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าใจความหมาย การประเมินช่วยให้แพทย์สามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อให้คำแนะนำ และเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมต่อไป ลักษณะและวิธีใช้

1.1 แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ REALM ประกอบด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบ โดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่สำคัญ จัดวางเรียงแยกเป็นกลุ่ม จำนวน 4 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์ และความยากง่าย

1.2 จัดทำใบคำศัพท์ที่สำคัญ และมีขนาดเหมาะสม เพื่อวางไว้ในตำแหน่งให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็น และอ่านได้

1.3 ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงทั้งหมดออกมาดัง ๆ ทีละคำ

1.4 การให้คะแนน (Score) จะบันทึกว่าสามารถอ่านออกเสียงได้อย่างถูกต้องหรือไม่

1.5 เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบ ประมาณ 3-5 นาที

เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 อายุ 0-18 ปี หรือมีการศึกษาดำกว่าประถมศึกษาปีที่ 3 ไม่สามารถอ่านสื่อ สำหรับผู้อ่านออกเขียนได้ในระดับต่ำได้

กลุ่มที่ 2 อายุ 19-44 ปี หรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 สามารถอ่านออก เขียนได้ในระดับต่ำ ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้

กลุ่มที่ 3 อายุ 45-60 ปี หรือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มนี้สามารถใช้สื่อ สำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วยได้บ้าง

กลุ่มที่ 4 อายุ 61-66 ปี หรือมีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มนี้สามารถ อ่านสื่อสำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วยได้

ตัวอย่างการจำแนกระดับของแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐาน หรือ REALM ได้แก่ งานวิจัย และพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (REALD) มีคำถามจำนวน 30 ข้อ ใช้ทดสอบเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความรอบรู้สุขภาพต่ำ การจำแนกระดับ ของความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็น 3 ระดับ คือ

ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 22-25 คะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และเป็นแบบประเมินต้นแบบที่นำมาประยุกต์ใช้กับงานวิจัยในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ขึ้นพื้นฐานทางการแพทย์

2. แบบทดสอบความเข้าใจข้อมูล และการนับจำนวนระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adults: S-TOFHLA)

แบบทดสอบนี้ใช้ในการประเมินด้านการอ่าน และสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลา ให้สั้นลงจากแบบทดสอบฉบับเต็ม พัฒนาขึ้น โดย Baker et al. (1997)

ลักษณะ และวิธีที่ใช้

ทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนทดสอบการอ่าน และส่วนประเมินความเข้าใจ รวมจำนวน 36 รายการ ใช้เวลาประมาณ 7 นาที (Freedman et al., 2009)

การจำแนกระดับแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 0-16 คะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 17-22 คะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพระดับเหมาะสมมีคะแนนระหว่าง 23-26 คะแนน

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และเป็นแบบประเมินที่นำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ

3. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ Ishikawa and Yano (2008) ได้พัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเมือง Tokyo ประเทศญี่ปุ่น กำหนดองค์ประกอบสำคัญตามขอบเขตของนิยามครอบคลุมประเด็น 1) เข้าถึง (Access) 2) เข้าใจ (Understand) 3) ใช้ข้อมูล (Use health information) และ 4) ตัดสินใจด้านสุขภาพ (Health-related decision)

#### ลักษณะ และวิธีการใช้

การประเมินความรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน กำหนดประเด็นในการประเมิน 5 หัวข้อ จำแนกเป็น 4 ระดับ ตามความยากง่ายในการอ่านเอกสารคำแนะนำที่ได้จากโรงพยาบาล ห้างยา แต่ละประเด็นมีคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนน คือ 1 ไม่ค่อย 4 บ่อยครั้ง

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มี 5 หัวข้อ จำแนกเป็น 4 ระดับ ตามการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่หมอได้วินิจฉัย แต่ละหัวข้อมีคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนน คือ 1 ไม่เคย 4 บ่อยครั้ง

ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณขึ้น สำหรับใช้กับกลุ่มคนทำงานในสำนักงานของประเทศญี่ปุ่น มี 5 หัวข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนวิจารณ์ญาณ จำนวน 3 หัวข้อ และ 2) ส่วนการสื่อสาร จำนวน 2 หัวข้อ แต่ละหัวข้อมีคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน คือ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ และเป็นแบบประเมินที่นำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่แพร่หลาย โดยมีเนื้อหาสาระที่สำคัญเกี่ยวกับเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูล และการตัดสินใจทางสุขภาพ โดยพัฒนามาเป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey: HLS-EU)

การประเมินความรู้สุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey) ทำการศึกษาใน 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมัน กรีซ เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสเปน ดำเนินการระหว่างปี ค.ศ. 2009-2012 นิยามที่ใช้กำหนด



องค์ประกอบในการประเมินคือ “การรู้หนังสือ ความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพของบุคคล สำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุง หรือปรับปรุงคุณภาพชีวิต (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561)

#### ลักษณะและวิธีการใช้

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน The European Health Literacy Survey จำแนก 3 มิติ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care) จำนวน 16 หัวข้อ 2) การป้องกันโรค (Disease prevention) จำนวน 15 หัวข้อ และ 3) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) จำนวน 16 หัวข้อ ออกแบบครอบคลุมนิยามที่กำหนดขึ้น ประกอบด้วย 1) เข้าถึงข้อมูล (Finding health information) จำนวน 13 หัวข้อ 2) เข้าใจ (Understanding health information) จำนวน 11 หัวข้อ 3) ประเมิน และตัดสินใจ (Judging health information) จำนวน 12 หัวข้อ และ 4) นำไปใช้ (Applying health information) จำนวน 11 หัวข้อ

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่วัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นแบบประเมินที่พัฒนามาเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดขั้นพื้นฐาน ชั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อประเมินด้านการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ ใช้ข้อมูล ประเมินและตัดสินใจ โดยในประเทศไทยใช้แบบประเมินนี้มาพัฒนาใช้ในการวิจัยเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาการเตือนและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติ (อรทัย มานุชระ, 2562)

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง และญาติ มีความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เรื่องอาการเตือน และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน โรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลที่ได้จะนำมารวบรวมและวิเคราะห์เพื่อให้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาการเตือน และการเข้าถึงระบบทางด่วน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติ เป็นแบบวัดที่นำข้อมูลมาพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพให้ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความรอบรู้สุขภาพเรื่องอาการเตือน และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบไปด้วย 6 ด้าน มีทั้งหมด 20 ข้อ

#### ลักษณะ และวิธีการใช้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ เรื่องอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงบริการ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามรายด้าน ดังนี้

2.1 การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงบริการ มีข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ

2.2 การสื่อสารสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ

2.3 การจัดการตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ

2.4 การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน มีข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายความว่า เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในระดับไม่ดี

ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม หมายความว่า เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในระดับพอใช้

ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายความว่า เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในระดับดี

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) นำมาพัฒนา และใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

6. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้านปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งปรับเปลี่ยนได้ และปรับเปลี่ยนไม่ได้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของ Benjamin et al. (2019) รวมไปถึงความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านของ Nutbeam (2000) ได้แก่

1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

2) การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปฏิบัติในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูล ที่ถูกต้อง จากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติ เพื่อสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ และสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่น ยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

4) การจัดการตนเอง หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติในการกำหนด เป้าหมาย และวางแผนปฏิบัติตามแผนที่กำหนด เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

5) การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ หมายถึง ความถี่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปฏิบัติในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ และสามารถ เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อจะเกิดขึ้นกับตนเอง

6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจที่ถูกต้อง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยง หรือเลือกปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ด้วยการ ใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ที่เกิดต่อสุขภาพของตนเอง และผู้อื่น เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับ เป็นซ้ำ

โดยข้อคำถามประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และการ รู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ตอนที่ 3 การเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีจำนวน 32 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89

#### ลักษณะและวิธีการใช้

คำถามแต่ละข้อในตอนที่ 1 จะมีคำตอบให้เลือก 2 ระดับ ถูก-ผิด จำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีให้เลือกตอบ 4 ระดับ (ทุกครั้ง-ไม่ปฏิบัติ) จำนวน 15 ข้อ และตอนที่ 3 เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ (ก-ง) ค่าคะแนน อยู่ระหว่าง 20-92 คะแนน แปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 20-45	หมายถึง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน
(< ร้อยละ 50)		โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำระดับต่ำ

คะแนน 46-73 ( $\geq$ ร้อยละ 50-79)	หมายถึง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำระดับ ปานกลาง
คะแนน 74-92 ( $\geq$ ร้อยละ 80)	หมายถึง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำระดับสูง

การแปลผลคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้มีความหลากหลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้บุคคล มีความรู้ความเข้าใจในข่าวสารและข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จากการศึกษาที่ผ่านมา ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ มีความสามารถในการหาข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องในการป้องกันโรค ซึ่งจากการศึกษาของ พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560) ได้ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพฯและปริมณฑล พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรืออนุปริญญาและระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ระดับปริญญาตรี มีทักษะในด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ ( $r = .446$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณีย์ แก้วทอง และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว พบว่า ความแตกฉานด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และการศึกษาของ Khaleghparast et al. (2019) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในความเชื่อมั่นในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจ ( $r = .31$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประศักดิ์ สันติภาพ และคณะ (2564) ดังนั้นอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูล

สุขภาพต่าง ๆ มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี มากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำ

ภาวะซึมเศร้า ภาวะที่ผู้สูงอายุมีการแสดงออกเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ ท้อแท้ หดห้วง รู้สึกไร้ค่า สูญเสียพลังอำนาจ ทำให้มีความคิดต่อตนเองในด้านลบ และมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลและสังคมลดลง โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงอยู่เป็นระยะเวลาสั้น ทำให้การทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง จากการศึกษาของ Gazmararian et al. (2000) พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้า มีค่อนข้างน้อย แต่การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายการศึกษา และภาวะซึมเศร้าจัดว่าเป็นผลกระทบที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองหลังจากการรอดชีวิต จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันและหลังจากพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว 1 ปี (Kirkvold, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา สีสว่าง (2559) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ และพฤติกรรมในช่วงระยะ 1-3 เดือนแรก หลังจากนั้นภาวะซึมเศร้าจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองผ่านไปแล้ว 1 ปี

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทหน้าที่ทางสังคม โดยผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีจุดประสงค์เดียวกัน คือ การรักษาโรคให้หายขาด หรืออาการดีขึ้น ซึ่งการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้ ผู้ป่วยและผู้ให้บริการจะต้องมีการสื่อสารติดต่อกัน มีการสร้างทัศนคติที่ดีในการรักษาและความร่วมมือระหว่างกัน ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการจึงเป็นปัจจัยเฉพาะที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เรื้อรังจึงต้องทำการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีการติดต่อและพบปะกับผู้ให้บริการทุกครั้งเมื่อมาตรวจตามนัด ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีเกิดจากความไว้วางใจ เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการ โดยเฉพาะกับแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและเชื่อถือในผู้ให้บริการ และผู้ป่วยจะมีอำนาจในการต่อรองซักถามข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคมามากขึ้น ดังนั้นการรักษา และการให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือผู้ให้บริการ เป็นอย่างดี ดังนั้นความไว้วางใจจึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพ (Anderson & Dedrick, 1990) สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้บริการจะมีความสามารถในการเข้าถึง สื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ จะมีความสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้ออกไปดูแล สุขภาพได้อย่างถูกต้อง (Nutbeam, 2000) ตามกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Schillinger et al. (2004) ที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลที่มีอำนาจในการต่อรอง เจรจา และการสื่อสารที่ดี จะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ทางสุขภาพ โดยเฉพาะกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการศึกษาครั้งนี้ที่ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษา ก่อนข้างน้อย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ใกล้เคียงกันเนื่องจากกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้าน สุขภาพชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ วิราพรรณ วิโรจน์ รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2561) พบว่า ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ( $r = .22$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bonds et al. (2004) พบว่า ความไว้วางใจในแพทย์ผู้ทำการรักษา ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้อง กับแผนการรักษา

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและเป็น สิ่งที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับ บุคคลในการดำเนินชีวิต การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุน จากบุคคลใกล้ชิดในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในด้านของอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับความรู้ในการดูแล สุขภาพ โดยครอบครัวมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ ที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ โดยการศึกษาของ กอบกุล มาดิคาน และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $r = .137$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลาย ๆ งานวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ลฎาภา ทานาค และคณะ 2562; จงกลณี ขันอาสา และคณะ 2563; Smith et al., 2009)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการทางความคิด และความเข้าใจของตนเอง ที่ประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันและภาวะสุขภาพที่คาดหวังในอนาคต ว่ามีสุขภาพดี มากน้อยเพียงใด การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคนั้น จะทำให้บุคคล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากบุคคลเมื่อมีการรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรืออาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรค ทำให้บุคคลมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ จึงมีการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการหาข้อมูลด้านสุขภาพ ที่ได้จาก แหล่งต่าง ๆ โดยมีการค้นหาข้อมูลผ่านการอ่าน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ คำแนะนำจากผู้รู้ หรือบุคลากร ทางสุขภาพ ทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และมีการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลมีความรู้และความเข้าใจก็จะนำความรู้เหล่านั้นมาประกอบการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการส่งเสริมและการป้องกันโรค ที่อาจจะเกิดขึ้น สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูงส่งผลให้บุคคลมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพสูงเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ลฎาภา ทานาค และคณะ (2562) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r = .12$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jordan et al. (2010) และยังสอดคล้องกับการศึกษาอีกหลายการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กอบกุล มาดีคาน และคณะ 2563; จงกลณี ขันอาสา และคณะ 2563)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับ เป็นซ้ำมีสถิติที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความพิการ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเมื่อเกิด โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว รวมไปถึงผู้ดูแล และเศรษฐกิจ โดยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ได้แก่ การมีอายุมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง ระบบหัวใจและหลอดเลือด และยังพบว่ามีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เช่น ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยน

ไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ กรรมพันธุ์ เป็นต้น และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่ควบคุมโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่เหมาะสม ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ง่าย

ดังนั้นจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่ทันสมัย มีการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม และนำข้อมูลไปตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ดี ก็จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ จากการศึกษาตัวแปรต่าง ๆ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) พบว่า ตัวแปรที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาตัวแปรดังกล่าว พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นตัวแปรที่ไม่ใช่ตัวเป็นเฉพาะในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และยังไม่พบหลักฐานการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยดังกล่าว ซึ่งอาจจะมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้นำมาเป็นแนวทางการในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก ที่มารับบริการ การรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันทั้งหมดจำนวน 327 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก มารับการรักษาและติดตามอาการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาครในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยมี

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้
2. สามารถสื่อสาร พูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้

#### เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้

ขณะสัมภาษณ์มีอาการ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ และกำลังของแขนขาอ่อนแรงทันทีทันใด

## การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.4 (Erdfelder et al., 1996) ใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร (Bivariate normal model) การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบสองทาง (Two tails) เนื่องจาก งานวิจัยที่ผ่านมาของ จงกลณี ขันอาสา และคณะ (2563) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าเท่ากับ .27 จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .27 ( $r = .27$ ) โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 105 ราย (ภาคผนวก จ)

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) ชนิดการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ตามขั้นตอนดังนี้

1. หนึ่งวันก่อนที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จะมารับบริการในวันถัดไป โดยการคัดเลือกจากแฟ้มเวชระเบียนที่มีการระบุจากแพทย์ว่าเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
2. ในวันที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามที่กำหนดไว้ แล้วนำรายชื่อทั้งหมดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก มาทำลากลเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน และนำรายชื่อที่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง วันละ 5 ราย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 105 ราย

## สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีจำนวนเตียงสำหรับรับผู้ป่วยจำนวน 348 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทั้งในจังหวัดสมุทรสาคร และต่างจังหวัดทั่วประเทศเป็นจำนวนมาก จึงทำให้เป็นหน่วยของประชากรที่มีขนาดใหญ่ และมีความหลากหลายของประชากร เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว รองรับทุกสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยนอกมาใช้บริการเฉลี่ยวันละ 400-500 ราย มีแพทย์อายุรกรรมให้บริการตรวจรักษา

ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น.-16.00 น. ของแต่ละวัน จะมีอายุรแพทย์ประสาทวิทยา ออกตรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นัดไว้ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ตามเวลาที่กำหนด โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการตรวจอาการตามปกติและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ กับผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมาย โดยผู้ป่วยต้องยื่นบัตรนัด รับการตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดระดับความดันโลหิตโดยพยาบาล จากนั้นรอเรียกพบแพทย์ตามคิว และหลังจากพบแพทย์แล้วนั้น ผู้ป่วยจะกลับมาพบพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม อีกครั้งเพื่อรับใบสั่งยา และรับบัตรนัดในการติดตามอาการครั้งต่อไป โดยพยาบาลที่ทำบัตรนัด จะให้ความรู้เกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง รวมไปถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ในผู้ป่วยทุกราย โดยการนัดหมายครั้งต่อไปจะขึ้นอยู่กับควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดและระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล การพักอาศัย สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการมีโรคร่วม

2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS-15]) ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) พัฒนามาจากแบบวัดความเศร้า 15 ข้อ (Geriatric Depression Scale [GDS]) ของ Shiekh and Yesavage (1986) และได้มีการนำมาพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ คำตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ให้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนน การคิดคะแนนให้ 1 คะแนน หากตอบว่าใช่ในข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 ซึ่งได้นำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุในชุมชน

จำนวน 130 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

ค่าคะแนนรวมของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย อยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน จากนั้นแปลงคะแนนภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ดังนี้

0-4	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
5-10	คะแนน	หมายถึง	เริ่มมีภาวะซึมเศร้า
11-15	คะแนน	หมายถึง	เป็นโรคซึมเศร้า

3. แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale [TPS]) ของ สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) พัฒนามาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ 11 ข้อ ของ Anderson and Dedrick (1990) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ (2560) ด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Translation-back translation process) เป็นแบบวัดความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีคำถามทางบวก 7 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 และข้อคำถามทางลบ 4 ข้อ คือ ข้อ 1, 5, 7, 11 ให้คะแนนตรงข้ามในข้อคำถามทางลบ ซึ่งได้นำแบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .90 (สุปริญญา พรหมมาลุน และคณะ 2560) ซึ่งอธิบายคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน

ค่าคะแนนรวมของแบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ อยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน จากนั้นแปลงคะแนนเป็น 100 (Lee & Lin, 2009) คะแนน โดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ จากนั้นแปลงผลคะแนนความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ตามตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทด์ (Percentile, P) ที่ 25, 75 (Abel & Efirid, 2013) ดังนี้

มากกว่า P <sub>75</sub> (87.3-100)	คะแนน	หมายถึง	ความไว้วางใจระดับสูง
P <sub>25</sub> - P <sub>75</sub> (74.5-87.2)	คะแนน	หมายถึง	ความไว้วางใจระดับปานกลาง
น้อยกว่า P <sub>25</sub> (20-74.4)	คะแนน	หมายถึง	ความไว้วางใจระดับต่ำ

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Lortajakul et al. (2011) ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH social support Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 7 ข้อ โดยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (ตลอดเวลา-ไม่มีเลย) ส่วนคำถามในข้อ 7 ลักษณะคำถามที่ถามว่าปัจจุบันท่านแต่งงานแล้วหรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน คำตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยคำตอบในข้อนี้ไม่นำมาคิดคะแนน ซึ่งได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 140 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 (Lortajakul et al., 2011) ซึ่งอธิบายคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ตลอดเวลา	ให้คะแนน	4	คะแนน
เกือบตลอดเวลา	ให้คะแนน	3	คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
มีบ้างเล็กน้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้คะแนน	0	คะแนน

ค่าคะแนนรวมแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน จากนั้นแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ (Lortajakul et al., 2011) ดังนี้

17-24 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
9-16 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
0-8 คะแนน	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสศิริ จินดาวงศ์ (2560) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ กุลวดี โรจน์ไพศาล (2544) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (รับรู้มากที่สุด-รู้น้อยที่สุด) ได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 30 ราย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 (นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสศิริ จินดาวงศ์, 2560) ซึ่งอธิบายคำตอบแต่ละข้อดังนี้

รับรู้มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
รับรู้มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
รับรู้ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
รู้น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
รู้น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

ค่าคะแนนรวมของแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน จากนั้น แปลผลคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

36.68-50.00	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก
23.34-36.67	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
10.00-23.33	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

6. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) มาสร้างเป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีจำนวน 32 ข้อ ซึ่งได้นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89 โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีจำนวน 12 ข้อ คำตอบมี 2 ลักษณะคือ “ถูก” หรือ “ผิด” ให้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนน การคิดคะแนนให้ 1 คะแนน หากตอบว่าถูกในข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12 และให้ 1 คะแนน หากตอบว่าผิดในข้อ 7, 8, 9, 10 ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (ทุกครั้ง-ไม่ปฏิบัติ) โดยมีคำถามทางบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15 และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 5, 6, 9, 14 ให้คะแนนตรงข้ามในข้อคำถามทางลบ ซึ่งอธิบายคำตอบแต่ละข้อได้ดังนี้

ทุกครั้ง	ให้คะแนน	4	คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	1	คะแนน

ตอนที่ 3 การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (ก-ง) ซึ่งอธิบายคำตอบแต่ละข้อได้ดังนี้

ตอบข้อ ก.	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบข้อ ข.	ให้คะแนน	2	คะแนน
ตอบข้อ ค.	ให้คะแนน	3	คะแนน
ตอบข้อ ง.	ให้คะแนน	4	คะแนน

ค่าคะแนนรวมของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อยู่ระหว่าง 20-92 คะแนน จากนั้นแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (กองสุขศึกษา, 2560)

74-92	คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับสูง
46-73	คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง
20-45	คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

#### 1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองแล้วนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อความ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ .97 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีคะแนนระหว่าง 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004)

ส่วนแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ผ่านการเห็นชอบและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาจากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เท่ากับ .74, .77, .89, .76 และ .89 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .70 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการ การเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2564 เลขที่อนุญาต G-HS068/2564 และคณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2564 เลขที่อนุญาต 011/64

2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บข้อมูล โดยมีการแนะนำตัวของผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย รวมถึงอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือการรักษาของแพทย์พยาบาล โดยข้อมูลหรือคำตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เท่านั้น และเมื่อได้ผลวิจัยจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล



3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ รู้สึกปวดศีรษะ มีระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที โดยผู้วิจัยจะนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติไปส่งพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไปและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยทั้งหมดภายใน 1 ปี หลังจากทำการเผยแพร่งานวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และข้อมูลประวัติเวชระเบียนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการรับรอง ตามใบรับรองเลขที่ G-HS068/2564

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รวมถึงโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือการวิจัย นำเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลฯ และได้รับการรับรอง ตามใบรับรองเลขที่ 011/64

#### 2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับการพิจารณาและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และคณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยของ โรงพยาบาลฯ แล้วผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน Covid-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัย และกระบังหน้าป้องกันการกระเด็นตลอดเวลาในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และตลอดการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในการขอใช้ข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในฐานะผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือลงนาม ในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการซักประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซักประวัติการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงสูง วัคซีนภูมิร่างกาย และให้กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยและกระบังหน้าป้องกันการกระเด็น ตลอดเวลา

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ไปยังห้องประชุมของแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ โดยการเว้น ระยะห่างทางสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลกับผู้วิจัย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลนั่ง ในที่ที่จัดเตรียมไว้ให้ จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่าง รับการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อมูลได้อย่างอิสระ โดยการตอบแบบสอบถามจะไม่มี ถูกหรือผิด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา จากนั้นผู้วิจัย สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาก่อนการเข้าพบแพทย์ประมาณ 35 นาที และเมื่อถึงลำดับในการเข้าพบแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างจะมีเจ้าหน้าที่มาแจ้งกลุ่มตัวอย่าง ทราบและเข้ารับการตรวจกับแพทย์ตามลำดับคิว

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความ เรียบร้อย และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเองทุกฉบับ และหากผู้วิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วน สมบูรณ์ จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมคะแนนเบื้องต้นของแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย หากพบว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยแจ้งกับแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาล ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเบื้องต้นจากพยาบาลและได้รับการ รักษาจากแพทย์ หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำความสะอาดสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ด้วยแอลกอฮอล์ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างอีกรายจะมารับการสัมภาษณ์

2.6 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.7 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ Pearson's correlation และ Spearman's rank correlation กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ด้วยเหตุผลจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก จ) โดยข้อตกลงเบื้องต้นมีดังนี้

3.1 ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาเป็นมาตราอันตรภาคชั้น และมาตรวัดอัตราส่วน ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

3.2 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร

3.3 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัวมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution)

3.3.1 ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient and fisher kurtosis coefficient โดยค่าที่ได้อยู่ในช่วง  $\pm 1.96$  พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีการกระจายตัวแบบปกติ ส่วนระดับการศึกษาและภาวะซึมเศร้า การกระจายตัวแบบไม่ปกติ

3.4 ทดสอบความแปรปรวนของความคลานเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบโดย Scatter plot พบว่า ระดับการศึกษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กลับเป็นซ้ำ มีความแปรปรวนคลานเคลื่อนครั้งที่ ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความแปรปรวนของความคลานเคลื่อนไม่คงที่ (Heteroscedasticity)

### 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

ทดสอบโดยการทำ สถิติ  $F$ -test พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง จึงใช้สถิติความสัมพันธ์ Pearson's correlation ในการวิเคราะห์ ส่วนระดับการศึกษาและภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังนั้น จึงหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ Spearman's rank correlation ในการวิเคราะห์

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าประสิทธิ์สัมพันธ์ หรือค่า  $r$  ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ค่า $r > .70$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่า $r$ มีค่าระหว่าง $.30-.70$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่า $r < .30$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันครั้งแรก ที่มารับบริการและติดตามอาการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2564 ถึง วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 105 ราย โดยมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในรูปแบบของตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล การพักอาศัยในปัจจุบัน สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงวิเคราะห์ด้วย สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนระดับการศึกษาและภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการวิเคราะห์ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์สถิติ ได้ผลการวิเคราะห์สามารถอธิบายในรายละเอียด ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล การพักอาศัยในปัจจุบัน สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วม และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา มาแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่รอดชีวิต  
จากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 105$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	59	56.19
70-79 ปี	40	38.10
80 ปีขึ้นไป	6	5.71
$(M = 67.09, SD = 6.117, \text{Min} = 60, \text{Max} = 82)$		
เพศ		
ชาย	72	68.57
หญิง	33	31.43
ศาสนา		
พุทธ	103	98.10
คริสต์	2	1.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.86
ประถมศึกษา	63	60.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	14.29
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	5.71
ปริญญาตรี	16	15.24
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.90
$(M = 7.15, SD = 4.487, \text{Min} = 0, \text{Max} = 18)$		
สถานภาพสมรส		
โสด	6	5.71
คู่	79	75.24
หม้าย/หย่า	20	19.05

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	6	5.71
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	13.33
รับจ้าง	32	30.48
เกษตรกรรวม	30	28.57
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ข้าราชการบำนาญ	23	21.91
การพักอาศัยปัจจุบัน		
อยู่คนเดียว	7	6.67
อยู่กับสามี-ภรรยา	83	79.04
อยู่กับลูก	7	6.67
อยู่กับหลาน	8	7.62
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ	43	40.95
บัตรทอง	56	53.33
ประกันสังคม	4	3.82
จ่ายเอง	2	1.90
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	22	20.95
10,000-15,000 บาท	30	28.57
15,001-20,000 บาท	24	22.86
20,001-25,000 บาท	10	9.52
25,001-30,000 บาท	9	8.57
มากกว่า 30,000 บาท	10	9.53



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) Kg/m <sup>2</sup>		
BMI < 18.5 kg/m <sup>2</sup>	5	4.76
BMI = 18.5-22.99 kg/m <sup>2</sup>	32	30.48
BMI = 23-24.99 kg/m <sup>2</sup>	18	17.14
BMI = 25-29.99 kg/m <sup>2</sup>	30	28.57
BMI = ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	20	19.05
(M = 25.43, SD = 4.807, Min = 17.63, Max = 36.73)		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว		
มี	2	1.90
ไม่มี	103	98.10
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	5	4.76
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	100	95.24
- โรคความดันโลหิตสูง	86	86.00
- โรคหัวใจ	25	25.00
- โรคเบาหวาน	60	60.00
- โรคไขมันในเลือดสูง	45	45.00
- อื่น ๆ	17	17.00
จำนวนโรคประจำตัว		
ไม่มี	5	4.76
1 โรค	32	30.48
2 โรค	25	23.81
3 โรค	43	40.95

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
< 3 เดือน	24	22.86
3-6 เดือน	29	27.62
7-12 เดือน	40	38.10
> 12 เดือน	12	11.42
$(M = 8.50, SD = 8.804, \text{Min} = 2, \text{Max} = 60)$		
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองประเมินจาก NIHSS (แพทย์เป็นผู้ประเมิน)		
อาการปกติ/ไม่มีความรุนแรง (0 คะแนน)	2	1.90
เล็กน้อย (1-4 คะแนน)	75	71.43
ปานกลาง (5-15 คะแนน)	28	26.67
$(M = 4.26, SD = 2.418, \text{Min} = 1, \text{Max} = 12)$		

จากตารางที่ 1 การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 56.19) มีอายุต่ำสุด คือ 60 ปี สูงสุด คือ 82 ปี และมีอายุเฉลี่ย 67.09 ปี ( $SD = 6.117$ ) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.57) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.10) กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 60) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.24) ด้านการประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30.48) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 28.57) อาศัยอยู่กับ สามี/ภรรยา (ร้อยละ 79.04) และมีการใช้สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นบัตรทอง (ร้อยละ 53.33) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-15,000 (ร้อยละ 28.57) รองลงมามีรายได้เฉลี่ย 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 22.86) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.50-22.99  $\text{kg/m}^2$  (ร้อยละ 30.48) รองลงมามีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.99  $\text{kg/m}^2$  (ร้อยละ 28.57) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่พบว่ามีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ร้อยละ 98.10) และกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม (ร้อยละ 95.24) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีจำนวนโรคประจำตัว 3 โรค (ร้อยละ 40.95) รองลงมามีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 30.48) ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 7-12 เดือน (ร้อยละ 38.10) รองลงมามีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3-6 เดือน (ร้อยละ 27.62) และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 71.43)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนน ค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ  
ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนน ค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ  
ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $n = 105$ )

ระดับคะแนนเฉลี่ย	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ	20-100	65-85	75.53	5.228
ภาวะซึมเศร้า	0-15	0-13	2.24	2.835
การสนับสนุนทางสังคม	0-24	11-24	16.67	3.121
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	10-50	27-38	32.37	3.704

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ  
เท่ากับ 75.53 ( $SD = 5.228$ ) อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า  
เท่ากับ 2.24 ( $SD = 2.835$ ) ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุน  
ทางสังคม เท่ากับ 16.67 ( $SD = 3.121$ ) อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของ  
การรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 32.37 ( $SD = 3.704$ ) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้  
ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้  
ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ( $n = 105$ )

ระดับคะแนนรายด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	คะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนนที่ ได้จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0-12	5-12	8.98	2.237
ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	4-16	6-13	9.22	1.421
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	5-20	8-18	13.31	2.343
ด้านการจัดการตนเอง	3-12	8-12	10.30	1.161
ด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	3-12	4-11	7.47	1.601
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	5-20	13-20	17.57	2.260
$M = 66.85, SD = 8.151$				

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
ด้านความรู้ความเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.98 ( $SD = 2.237$ ) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ  
มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 9.22 ( $SD = 1.421$ ) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เท่ากับ 13.31 ( $SD = 2.343$ )  
ด้านการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 10.30 ( $SD = 1.161$ ) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและ  
สารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.47 ( $SD = 1.601$ ) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง  
มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.57 ( $SD = 2.260$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม  
เท่ากับ 66.85 ( $SD = 8.151$ ) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าคะแนนเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ( $n = 105$ )

ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง	46-73	51-73	79	75.24
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับระดับสูง	74-92	74-85	26	24.76
$M = 66.85, SD = 8.151$				

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.24) มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เท่ากับ 66.85 ( $SD = 8.151$ ) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสเปียร์แมน ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสเปียร์แมน ( $r_s$ )	$p$ -value
1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	.550***	<.001
2. การสนับสนุนทางสังคม	.548***	<.001
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.484***	<.001
4. ระดับการศึกษา	-.045 ( $r_s$ )	.647
5. ภาวะซึมเศร้า	.049 ( $r_s$ )	.619

\*\*\*  $p < .001$

$r_s$  ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ( $r = .550, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $r = .548, p < .001$ ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r = .484, p < .001$ ) ส่วนระดับการศึกษา ( $r_s = -.045, p > .05$ ) และภาวะซึมเศร้า ( $r_s = .049, p > .05$ ) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก ที่มารับบริการและติดตามอาการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2564 ถึง วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 105 ราย โดยมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้นำข้อมูลมาหาความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .74, .77, .89, 76 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) และค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation)

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.24) มีคะแนนเฉลี่ย 66.85 ( $SD = 8.151$ ) รองลงมาในกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 24.76)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้

2.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ( $r = .550$ ,  $p < .001$ )

2.2 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ( $r = .548, p < .001$ )

2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ( $r = .484, p < .001$ )

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้

3.1 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.045, p > .05$ )

3.2 ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .049, p > .05$ )

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ผลการศึกษานี้ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 66.85 ( $SD = 8.151$ ) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 67.09 ปี ( $SD = 6.117$ ) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยของร่างกายในระบบต่าง ๆ โคนที่มีสภาพร่างกายยังคงแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ด้านความคิดสติปัญญา การรับรู้ และความจำยังคงดี ทำให้มีความสามารถในการคิดคำนวณ จดจำ และการวิเคราะห์ (Miller, 2009) กลุ่มตัวอย่างจึงมีทักษะของความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การฟัง การอ่าน และการเขียน (Functional health literacy) ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความสามารถในการฟังข้อมูลสุขภาพ การอ่านสื่อสุขภาพ และจดจำข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไปประกอบการดูแลสุขภาพ (Nutbeam, 2000) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ จึงมีการแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ด้านสุขภาพ และเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพกับบุคลากรทางสุขภาพในระดับปานกลาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารและซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจนเกิดความรู้ความเข้าใจในประเด็นทางสุขภาพ



นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 79) การอยู่อาศัยกันเป็นครอบครัว ประกอบด้วยสามีและภรรยา ตามกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Manganello (2008) อธิบายไว้ว่า ครอบครัวมีบทบาทเกื้อหนุน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการพึ่งพาอาศัยกัน โดยที่ครอบครัวจะคอยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสนับสนุน และช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยครอบครัวจะช่วยในวิเคราะห์ตีความข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งสุขภาพต่าง ๆ และคอยสนับสนุนให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้นจนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัว หรือจากบุคคลใกล้ชิดจะมีส่วนส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (ปวีตรา ทองมา, 2563)

นอกจากนี้การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีโรคร่วม (ร้อยละ 95.24) และมีโรคประจำตัวจำนวน 3 โรค (ร้อยละ 40.95) รองลงมามีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 30.48) โดยมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86) มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 7-12 เดือน (ร้อยละ 38.10) รองลงมาอยู่ในช่วง 3-6 เดือน (ร้อยละ 27.62) และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 71.40) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว และมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับเล็กน้อย โดยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง ทำให้เกิดความตระหนักทางสุขภาพ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประกอบการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้น หากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ย่อมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Deniz et al., 2018)

จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายชื่อของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่า ข้อที่ตอบถูกต้องสูงสุด 3 อันดับด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่กล่าวว่า การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดทุกวัน ตามที่แพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 98.10) การมาตรวจตามนัด สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 98.10) และการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 98.10) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น

มีสภาพร่างกายแข็งแรง ยังคงมีสติปัญญาและมีความจำที่ดี สามารถจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำคำแนะนำ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากแพทย์ พยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ในเรื่องของการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพและการมาตรวจตามแพทย์นัด ดังนั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ และเมื่อพิจารณา ข้อคำถามรายชื่อของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับ ที่กล่าวว่า การรับประทานอาหาร เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลา ร้า น้ำพริกจะปีศาจ ปลาหึ่งละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 63.81) การรับประทานอาหาร เช่น ผักไทย หอยทอด ไข่เจียว ปลาหึ่งละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 56.19) และการรับประทานอาหาร เช่น ทองหยิบ ทองทอด ฝอยทอง บัวลอย ปลาหึ่งละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 47.62) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารดัดแปลง แต่รับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่หวาน เค็ม หรือมันจนเกินไปเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้น อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาข้อคำถามรายชื่อของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่กล่าวว่า ท่านสังเกตอาการของตนเองเพื่อเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ บ่อยครั้งแค่ไหน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ( $SD = .480$ ) และท่านได้ทบทวนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ บ่อยครั้งแค่ไหน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 ( $SD = .577$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ด้านสุขภาพ และเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับสุขภาพของตนเอง

ได้อย่างเหมาะสม และเมื่อพิจารณาในข้อคำถามรายชื่อของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านภาพที่มีคะแนนต่ำสุด ที่กล่าวว่า ท่าน ได้สืบค้นและเลือกแหล่งข้อมูล เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งจากการสอบถามจากผู้รู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 ( $SD = .539$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะสามารถเข้าถึงสื่อ ซึ่งในปัจจุบันนี้สื่อสาธารณะมีอิทธิพลต่อการนำเสนอสื่อทางสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่มักจะแสดงอยู่ในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งมีความซับซ้อนในการเข้าถึงข้อมูล สำหรับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) อยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ผ่านสื่อออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างจึงไม่ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัย ดังนั้นอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดผลกระทบทางสุขภาพ (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล, 2563) ในการศึกษาครั้งนี้ยัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับสูง โดยพิจารณาจากข้อคำถาม ที่กล่าวว่า หากท่านขับรถไปงานเลี้ยงและปรากฏว่าเพื่อชวนให้ดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติอย่างไร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 ( $SD = .409$ ) หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งเพื่อนของท่านบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายแล้ว ท่านจะปฏิบัติอย่างไร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 ( $SD = .480$ ) และหากสามีหรือภรรยา หรือบุคคลในบ้านของท่านสูบบุหรี่และมักจะสูบในบ้านเสมอ ท่านจะอย่างไร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ( $SD = .574$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่า การดำเนินชีวิตในแต่ละช่วงวัยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และสะสมประสบการณ์ รวมถึงทักษะในการตัดสินใจให้เป็นไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของบุคคลในขณะนั้น จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ เมื่อการมีอายุเพิ่มขึ้นก็จะมีการเรียนรู้ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมีประสบการณ์ของการใช้ชีวิตมาอย่างยาวนาน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีตรงตามสถานการณ์ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดี แต่ถ้าหากผู้สูงอายุขาดความสามารถในการเข้าถึงสื่อสุขภาพที่ทันสมัยก็อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติผิดพลาดได้ง่าย (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล, 2563) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Sanders (2014) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ร้อยละ 59 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และจิราพร วรวงศ์ (2565) พบว่า ผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .550, p < .001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า หากผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีสัมพันธภาพในระดับสูง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับสูง แต่ถ้าหากผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีสัมพันธภาพในระดับต่ำ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับต่ำ

จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เท่ากับ 75.53 ( $SD = 5.228$ ) ซึ่งหมายความว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อของแบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ฉันวางใจการตัดสินใจของบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลรักษาฉัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ( $SD = .463$ ) บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลรักษาฉันมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรคที่ฉันเป็น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ( $SD = .449$ ) และฉันวางใจว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉันจะจัดการปัญหาสุขภาพของฉันอย่างมีประสิทธิภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ( $SD = .370$ ) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ฉันสงสัยว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉันหวังประโยชน์ในสถานะบุคคลคนหนึ่งหรือไม่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ( $SD = .631$ ) ฉันวางใจว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉันจะบอกฉันถ้ามีข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการดูแลรักษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ( $SD = .637$ ) บางครั้งฉันก็กังวลว่าบุคลากรทางสุขภาพ ที่ดูแลรักษาฉันจะมีรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดที่ฉันได้ปรึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ( $SD = .694$ ) อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทหน้าที่ทางสังคม โดยผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ การรักษาโรคให้หายขาดหรืออาการของโรคดีขึ้น ซึ่งการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้นั้น ผู้ป่วยและผู้ให้บริการจะต้องมีความไว้วางใจและมีทัศนคติที่ดีต่อกัน หากผู้ป่วยไว้วางใจต่อผู้ให้บริการก็ย่อมส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการจึงเป็นปัจจัยกำหนดแนวทางในการรักษาและการดูแลสุขภาพ (Anderson & Dedrick, 1990) จากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ขึ้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) อธิบายไว้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้

และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีจะมีทักษะในการสื่อสาร กล่าวที่จะเจรจา หรือพูดคุยในประเด็นต่าง ๆ ทางสุขภาพกับบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประกอบการการตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .548, p < .001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับสูง แต่ถ้าหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับต่ำ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 16.67 ( $SD = 3.121$ ) ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านมีคนที่จะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ( $SD = .673$ ) ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่าง ๆ หรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยาก ๆ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 ( $SD = .583$ ) และท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและวางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ( $SD = .810$ ) อยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Manganello (2008) การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา รวมถึง การได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในเรื่องต่าง ๆ รวมไปถึงในเรื่องข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดความรอบรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นหากบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในด้านต่าง ๆ รวมไปถึงการได้รับข้อมูลทางด้านการแพทย์ จะทำให้บุคคลเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถดูแล

ตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Lee et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กอบกุล มาดีคาน และคณะ 2563; ตัญญา ทานาค และคณะ 2562; จงกลณี จันทร์อาสา และคณะ 2563; ธัญชนก ขุมทอง และคณะ 2559; Lee et al., 2009; Smith, et al., 2009; Fry-Bowers et al., 2014)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .484, p < .001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับสูง แต่ถ้าหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับต่ำ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 32.37 ( $SD = 3.704$ ) ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อของแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านรู้ว่าท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ได้ตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 ( $SD = .618$ ) ท่านรู้ว่าท่านได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 ( $SD = .817$ ) และท่านรู้ว่าถ้าท่านไม่ดูแลตนเองอาจทำให้พิการเพิ่มขึ้นและเสียชีวิตได้ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.39 ( $SD = .672$ ) อยู่ในระดับสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่ประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค หรือมีการรับรู้ว่าจะหากไม่ดูแลตนเองอาจจะทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นหรืออาจจะเสียชีวิต บุคคลจึงมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ (Brook et al., 1979) บุคคลจึงมีการแสวงหาความรู้ ค้นหาข้อมูลหรือสอบถามข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ จนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้บุคคลนั้นเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประกอบการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีสุขภาพที่ดีและลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดการเจ็บป่วยที่รุนแรง (ตัญญา ทานาค และคณะ 2562) ดังนั้น หากบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้บุคคลเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ลฎาภา ทานาค และคณะ 2562; กอบกุล มาดีคาน และคณะ 2563; จงกลณี ชั้นอาสา และคณะ 2563; Deniz et al., 2018)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้

ระดับการศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.045, p > .05$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า แม้ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่ได้ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) และข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 8.5 เดือน ( $SD = 8.804$ ) ได้มีการมาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้ง และทุกครั้งแพทย์นัด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากแพทย์ พยาบาล รวมไปถึงบุคลากรทางสุขภาพที่ร่วมดูแลรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลสุขภาพ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไป และการจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทุกราย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่เหมือนกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และยังสามารถนำความรู้ที่ได้จากบุคลากรทางสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธ์ภาพกับบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง โดยที่กลุ่มตัวอย่างไว้วางใจในการตัดสินใจของบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลรักษา และเชื่อมั่นว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ โดยที่บุคลากรทางสุขภาพจะจัดการปัญหาสุขภาพของตนได้เป็นอย่างดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสาร ต่อรอง หรือซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพจนเกิดเข้าใจ และนำความรู้ที่ได้ไปประกอบการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพในลักษณะเดียวกัน ดังนั้น ในการศึกษา

ครั้งนี้ ระดับการศึกษา จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จามจรี แซ่หลู่ และคณะ (2563) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประศัคดี สันติภาพ และคณะ (2564) ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .049$ ,  $p > .05$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า แม้ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกัน ไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำแตกต่างกัน อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 89.52) และข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ การเรียนรู้ และการรู้คิด โดยผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะรู้สึกหมดหวัง บกพร่อง ด้านความจำ ไม่มีความสุขและขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่กล้าตัดสินใจ และความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยส่วนใหญ่ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรก หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้สูงอายุจะมีการปรับตัวจนภาวะซึมเศร้าลดลง จนกระทั่งภาวะซึมเศร้าอาจจะหายไปหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี (Esparrago et al., 2015) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 8.5 เดือน ( $SD = 8.804$ ) และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 71.43) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการรับรู้ที่ปกติ ไม่มีภาวะเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมและอารมณ์ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเรียนรู้ มีศักยภาพในการรับรู้ และจดจำ ข้อมูลทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการอ่าน การฟัง หรือการสอบถามจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประกอบการดูแลสุขภาพจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (16.67,  $SD = 3.121$ ) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะข่าวสารทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รัชชนก ขุมทอง และคณะ 2559; Manganello, 2008) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า จึงไม่มีความสัมพันธ์



กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baird et al. (2019) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gazmararian et al. (2000) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 66.85 ( $SD = 8.151$ ) และ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในระดับปานกลาง ( $r = .550, p < .001$ ), ( $r = .548, p < .001$ ) และ ( $r = .484, p < .001$ ) ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 75.53, SD = 5.228$ ) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $M = 16.67, SD = 3.121$ ) และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ( $M = 3.27, SD = .370$ ) ส่วนระดับการศึกษา และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางหรือระดับสูง ก็จะสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ หรือการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ โดยนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ร่วมกับมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองตามการรับรู้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารและเครือข่ายสุขภาพสามารถนำผลวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อจัดทำนโยบาย และร่วมวางแผนสนับสนุนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลวิจัยที่ได้ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานและบูรณาการให้สอดคล้องกับการเรียนการสอน โดยเน้นย้ำให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

4. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยทำนาย และนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ จัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปต่อยอดโดยการนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพล หรือนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

2. การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง นอกจากนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังมีปัญหาในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรม หรือวิธีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเพิ่มช่องทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

## บรรณานุกรม

- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิก-แอนด์ดีไซน์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). *เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ การศึกษาและพัฒนาดัชนีชี้วัดมาตรฐานความมั่นคงของมนุษย์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เอส.
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2544). *เครื่องมือวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับคนไทยวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานประจำปี กรมควบคุมโรค 2561*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก-แอนด์ดีไซน์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสุศึกษา. (2560). *กระบวนการบริการสุศึกษาเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐบูรณาการมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกุล มาดีคาน, นงนุช โอบะ, และปิ่นทัย ศุภเมธาพร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 14(1), 1-13.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- จามจุรี แซ่หลู่, ดาลิมา สำแดงสาร, และธมลวรรณ แก้วกระจก. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(12), 1-14.
- จันทร์จิรา ลีสว่าง. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์*, 8(2), 75-85.

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 37-52.
- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ และชนกพร จิตปัญญา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ประโยชน์ภาวะซึมเศร้าการสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 34-44.
- จงกลณี ชันอาสา, รักชนก คชไกร, และกิริดา ไกรนวัตร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 109-120.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และจิราพร วรวงศ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(2), 454-468.
- คารุจ อนิวรรณพงษ์. (2561). ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 383-418.
- ศิษยา รัตนากร, ชาญพงศ์ ตั้งคณะกุล, และสามารถ นิธินันท์. (2554). *Current Practical Guide to Stroke Management*. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- ทศพร คำผลศิริ. (2560). การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1: การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
- ธารินทร์คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 107-117.
- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดาเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัด อุทัยธานี และอ่างทอง. *วารสารวิทยาศาสตร์ และ เทคโนโลยี*, 3(6), 67-85.

- นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ สีระพันธ์, ทรายล เก่งการพานิช, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(1), 45-56.
- นิจศิริ ชาญณรงค์. (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสทิต จินดาวงศ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ จังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1), 70-82.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประศักดิ์ สันติภาพ, ภิรวดี ชูประวัตติ, และเทียน ทองแก้ว. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชนสะวาง-จี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการแสงอีสาน*, 18(2), 16-31.
- ปวีตรา ทองมา. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสภากาชาดไทย* 13(1), 50-62.
- พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พินิจพร สายคำทอน, สิริหญิง ทิพศิริราช, ขวัญใจ ใจแสน, ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, และกฤษณะ สุกาวงศ์. (2561). ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 12(2), 44-53.
- ลฎาภา ทานาค, รักชนก คชไกร, และบุพา จิวพัฒน์กุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 140-150.

- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(1), 103-115.
- วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 2(1), 1-19.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2562). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2552). การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารของสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 6(3), 31-38.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุปรีญา พรหมมาลุน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และรัชชัช พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาชนิดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1), 61-71.
- สุรัตน์ บุญยสิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาลี อำเภไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารคณเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3), 256-266.
- อรทัย มานะธูระ. (2562). ผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติ ตำบลจักราช อำเภจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 13(32), 206-221.
- อังคินันท์ อินทรกาแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

- Abel, W. M., & Eford, J. T. (2013). The association between trust in health care providers and medication adherence among Black women with hypertension. *Frontiers in Public Health, 1*, 66.
- American Stroke Association [ASA]. (2018, n.d). *Stroke risk factors*. Retrieved from [https://www.stroke.org/en/about\\_stroke/stroke\\_risk\\_factors](https://www.stroke.org/en/about_stroke/stroke_risk_factors).
- American Medical Association [AMA]. (1999). *Physician Characteristics and Distribution in the US*. American Medical Association Press.
- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports, 67*(3), 1091-1100.
- Baird, B. O., Kyeung, M. D., Charlene, W., & Ali, A. (2019). Health Literacy, Depression Literacy, and Depression among Older Korean Americans. *Journal of Health Communication, 3*(2), 1-11.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (1997). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine, 167*(14), 1503-1509.
- Best, J.W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice - Hall
- Benjamin, E. J., Muntner, P., & Bittencourt, M. S. (2019). Heart disease and stroke statistics 2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation, 139*(10), 56-528.
- Brook, R. H., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Medical Care, 17*(7), 118-131.
- Bonds, D. E., Camacho, F., Bell, R. A., Duren-Winfield, V. T., Anderson, R. T., & Goff, D. C. (2004). The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Family Practice, 5*(1), 1-7.
- Camara, A. G., Arche, J. F. V., & Ferrando, P. (2013). Recurrence after a first-ever ischemic stroke development of a clinical prediction rule. *Res Neurology International Journal, 3*(2), 1-13.

- 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, 39*(9), 2461-2466.
- Deniz, S., Özer, Ö., & Songur, C. (2018). Effect of health literacy on health perception: An application in individuals at age 65 and older. *Social Work in Public Health, 33*(2), 85-95.
- Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S.W., Jackson, R.H., & Bates, P. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine, 23*(1), 433-435.
- De Walt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine, 19*(12), 1228-1239.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7<sup>th</sup> Ed.). Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior research Methods, Instruments, & Computers, 28*(1), 1-11.
- Esparrago, L. G., Castilla, G. L., Fernandez, M. C., Ruiz, D. S., & Jimenez, M. D. (2015). Post-stroke depression: An update. *Neurologia, 30*(1), 23-31.
- Freedman, D., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(5), 446-451.
- Fry-Bowers, E. K., Maliski, S., Lewis, M. A., Macabasco-O'Connell, A., & DiMatteo, R. (2014). The association of health literacy, social support, self-efficacy and interpersonal interactions with health care providers in low-income Latina mothers. *Journal of Pediatric Nursing, 29*(4), 309-320.
- Gazmararian, J., Baker, D., Parker, R., & Blazer, D. G. (2000). A multivariate analysis of factors associated with depression: evaluating the role of health literacy as a potential contributor. *Archives of Internal Medicine, 160*(21), 3307-3314.
- 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.



- Institute of Medicine [IOM]. (2004, 7 March). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Retrieved March 8, 2018, from <http://www.nationalacademies.org>
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*, *11*(2), 113-112.
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*, *79*(1), 36-42.
- Khaleghparast, S., Maleki, A., Salesi, M., Ghanbari, B., & Maleki, M. (2019). Relationship between health literacy and adherence to treatment in cardiac patients. *Iranian Heart Journal*, *20*(3), 27-35.
- Kickbusch, I. (2007, 16 March). *South Australia takes the Lead on 21<sup>st</sup> Century Health*. Adelaide Thinker in Residence.
- Kirkvold, M. (1997). The role of nursing rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science* *19*(4), 55-64.
- Kotalux, C., Jullamate, P., Piphatvanitcha, N., Mounkum, S., & Dallas, J. C. (2021). Factors Related to Health Behaviors of the Elderly with Recurrent Stroke. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, *15*(4), 228-236.
- Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., Cho, Y. I., Crittenden, K., & Vicencio, D. (2009). Health literacy, social support, and health status among older adults. *Educational Gerontology*, *35*(3), 191-201.
- Lee, Y. Y., & Lin, J. L. (2009). The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Social Science & Medicine*, *68*(6), 1060-1068.
- Lortajakul, C., Yunibhan, J., & Jitpanya, C. (2011). The development the quality of life instrument in Thai patients with post myocardial infarction. *Thai Journal Nursing Research*, *11*(3), 166-167
- Mackay, J., & Mensah, G. A. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. World Health Organization.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Healthy Education Research*, *23*(5), 840-847
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adult: Theory and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams.

- Mohr, J. P., & Gautier, J. C. (2011). *Stroke: Pathophysiology, diagnosis, and management* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Churchill-Livingstone.
- Moroney, J. T., Bagiella, E., Paik, M. C., Sacco, R. L., & Desmond, D. W. (2005). Is the severity of congenital heart disease associated with the quality of life and perceived health of adult patients. *Heart*, *91*(9), 1193-1198.
- National Stroke Association [NSA]. (2013, 1 October). *Recovery after stroke: Recurrent stroke*. Retrieved from <http://www.stroke.org>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072-2078.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, MS. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, *31*(1), 19-26.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Rootman, I. (2009). *Health Literacy: What should we do about it* Presentation at the University of Victoria, BC. Canada.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., & Kissela, B. (2008). 21 Glossary. *Circulation*, *117*(4), 25-146.
- Sanders, K., Schnepel, L., Smotherman, C., Livingood, W., Dodani, S., Antonios, N., & Hodges, W. (2014). Peer reviewed: Assessing the impact of health literacy on education retention of stroke patients. *Preventing Chronic Disease*, *12*(5), 443-462.
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, *52*(1), 315-323.
- Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., & McCaffery, K. J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine*, *69*(12), 1805-1812.

- Sorensen, K. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Sun, J., Ma, H., Yu, C., Lv, J., Guo, Y., Bian, Z., & Li, L. (2016). Association of major depressive episodes with stroke risk in a prospective study of 0.5 million Chinese adults. *Stroke*, 47(9), 2203-2208.
- US Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving*. Washington, DC: U.S Government Printing Office.
- Wongpakarun, N., & Wongpakarun, T. (2012). Prevalance of major depression disorder and suicide in long-term care facilities: a report from Northern Thailand. *Psygeriatrics*, 12(1), 11-17.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, Switzerland: Geneva.
- World Health Organization [WHO]. (2019 a, 1 October). *The WHO stepwise approach to stroke surveillance*. Retrieved [http://www.who.int/cnd\\_surveillance/en/step\\_stroke\\_manual\\_v1.2.pdf](http://www.who.int/cnd_surveillance/en/step_stroke_manual_v1.2.pdf).
- World Health Organization [WHO]. (2019 b, 1 October). *The top 10 causes of death*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-1-causes-of-death>.
- Shiekh., J, & Yesavage., J. (1986) Geriatric Depression Scale; recent findings and development of a short version. In Brink T, ed. *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: Howarth Press
- Yu, S., Arima, H., Bertmar, C., Hirakawa, Y., Priglinger, M., Evans, K., & Krause, M. (2016). Depression but not anxiety predicts recurrent cerebrovascular events. *Acta Neurological Scandinavica*, 134(1), 29-34
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy; an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- |  |   |
|--|---|
| 1. แพทย์หญิงศิริเพ็ญ วัชรระทิพากร          | อายุรแพทย์ประสาทวิทยา   |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล  | ที่ปรึกษาฝ่ายการพยาบาล<br>และศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง<br>โรงพยาบาลศิริราช                      |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา                        |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จินดา เศษะวิจิตรจารุ  | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยคริสเตียน                    |
| 5. คุณอรวรรณ สมบูรณ์จันทร์                 | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<br>โรงพยาบาลสมุทรสาคร จ.สมุทรสาคร |



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ



## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

### 1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เพศ

ชาย  หญิง

1.2 อายุ.....ปี.....เดือน

1.3 น้ำหนัก.....กิโลกรัม

1.4 ส่วนสูง.....เซนติเมตร

1.5 ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

1.6 ระดับการศึกษา.....ปี

1.7 สถานภาพสมรส

โสด  คู่  หม้าย/หย่า  แยกกันอยู่

อื่น ๆ.....

1.8 ศาสนา

พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่น ๆ.....

1.9 อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ค้าขาย/ธุรกิจ  รับจ้าง

เกษตรกรรม  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ

อื่น ๆ.....

1.10 รายได้ส่วนบุคคล

น้อยกว่า 10,000 บาท  10,000-15,000 บาท

15,001-20,000 บาท  20,001-25,000 บาท

25,001-30,000 บาท  มากกว่า 30,000 บาท

1.11 ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- อยู่คนเดียว       สามี-ภรรยา       ลูก  
 หลาน       อื่น ๆ.....

1.12 สิทธิการรักษา

- ข้าราชการ       บัณฑิต       ประกันสังคม  
 จ่ายเอง       อื่น ๆ.....

## 2. ลักษณะข้อมูลสุขภาพ

2.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว

- มี       ไม่มี

2.2 ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี.....เดือน

2.3 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS).....คะแนน

2.4 การมีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ความดันโลหิตสูง       โรคหัวใจ       เบาหวาน  
 ไขมันในเลือดสูง       อื่น ๆ.....

### แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

รับรู้มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด
รับรู้มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมาก
รับรู้ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านปานกลาง
รู้น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านน้อย
รู้น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่าน

ข้อความ	รับรู้มากที่สุด	รับรู้มาก	รับรู้ปานกลาง	รู้น้อย	รู้น้อยที่สุด
1. ท่านรับรู้ว่าคุณได้ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ					
2. ท่านรับรู้ว่าคุณไม่ดูแลตนเองอาจทำให้พิการเพิ่มขึ้นและเสียชีวิตได้					
3.....					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10. ท่านรับรู้ว่าคุณในอนาคตคาดหวังว่ายังคงมีสุขภาพที่ดี					

### แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

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

ข้อความ	ตลอด เวลา	เกือบ ตลอด เวลา	บาง ครั้ง	มีบ้าง เล็กน้อย	ไม่มี เลย
1. ท่านมีคนที่จะพร้อมจะรับฟังท่านเมื่อท่านต้องการ					
2.....					
3.....					
4.....					
5. ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่าง ๆ หรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยาก ๆ					
6.....					
7.....	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

### แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ

**คำชี้แจง** ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ โดยบุคลากรทางสุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันสงสัยว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉัน ห่วงใยฉันในฐานะบุคคลคนหนึ่งหรือไม่					
2.....					
3.....					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11. บางครั้งฉันก็กังวลว่าบุคลากรทางสุขภาพ ที่ดูแลรักษาฉันจะไม่รักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดที่ฉันได้ปรึกษา					

### แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1	โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
2	.....		
3	.....		
4	.....		
5	.....		
6	.....		
7	.....		
8	.....		
9	.....		
10	.....		
11	.....		
12	.....		
13	.....		
14	.....		
15	คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่		

คะแนนรวม...../15

### แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้ของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		
11.....		
12. การมาตรวจรักษาตามนัด สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ		

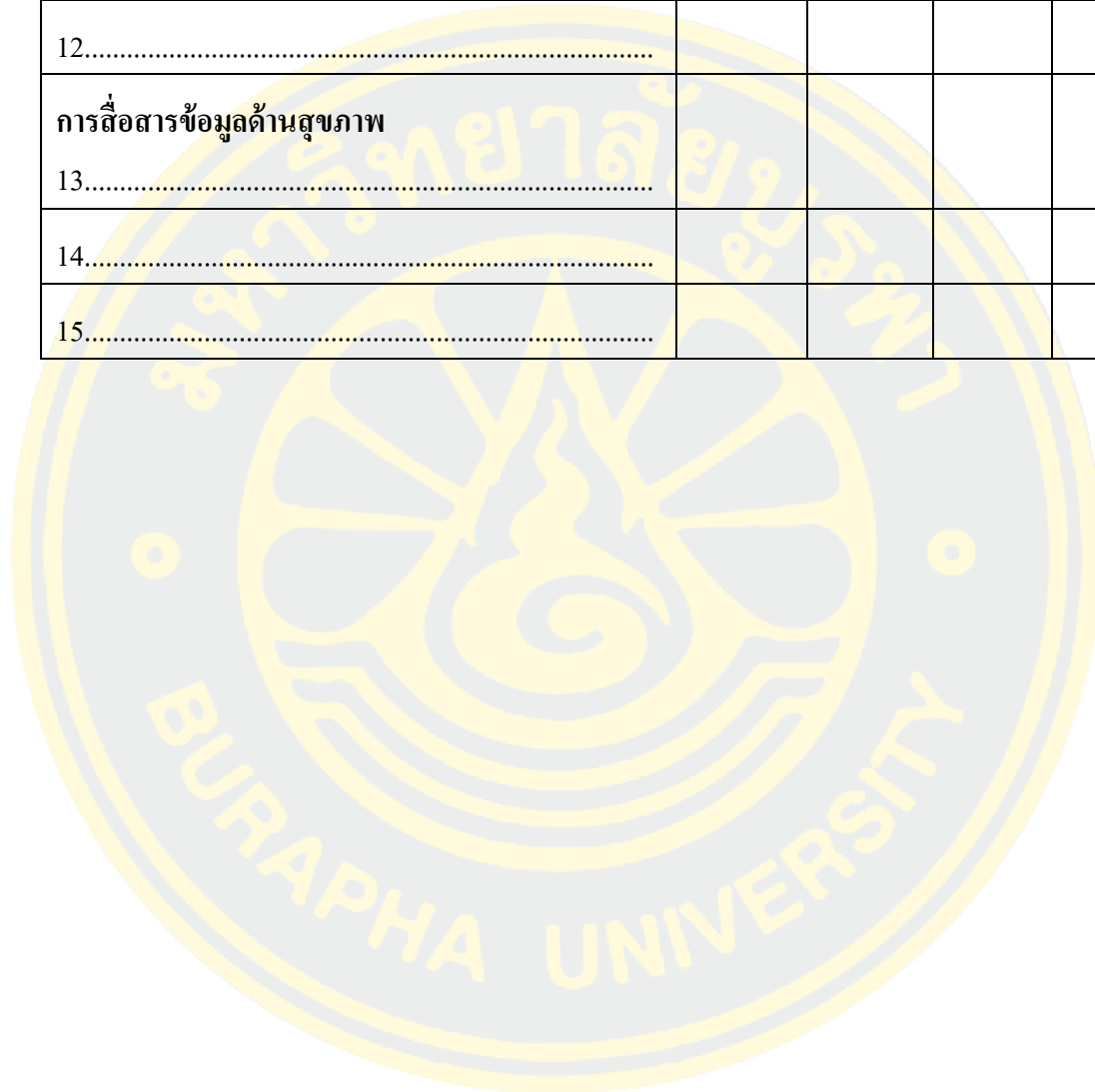
### แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตอนที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้ของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
<b>การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ</b>				
1. ท่านได้สืบค้นและเลือกแหล่งข้อมูล เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งจากการสอบถามจากผู้รู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน				
2.....				
3.....				
4.....				
<b>การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ</b>				
5. ท่านฟังคำแนะนำข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางสุขภาพ แล้วพบว่าท่านไม่เข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
<b>การจัดการตนเอง</b>				
10.....				



ข้อความ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
11.....				
12.....				
<b>การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ</b>				
13.....				
14.....				
15.....				



### แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ตอนที่ 3 แบบประเมินการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ที่ตัวเลือก ก, ข, ค, ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ

1. หากไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านญาติ ได้รับคำชวนให้รับประทานอาหารประเภทหวาน มัน และ เค็ม จนเกินไป เช่น ทองหยิบทองหยอด ขาหมูพะโล้ น้ำพริกกะปิ ท่านจะตัดสินใจอย่างไร

ก. รับประทานอาหารเหล่านั้นตามคำเชิญของเขาทันที

ข.....

ค.....

ง.....

2. หากท่านอยู่บ้านคนเดียวและมีอาการปวดศีรษะรุนแรง พวดไม่ชัด มีอาการอ่อนแรงแขนขาทันทีทันใด ท่านจะปฏิบัติอย่างไร

ก. รอดูอาการก่อน ไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล

ข.....

ค.....

ง.....

3. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่ง เพื่อนของท่านบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติอย่างไร

ก. หยุดออกกำลังกายไปพร้อม ๆ กลับเพื่อน

ข.....

ค.....

ง.....

4. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนให้ดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร

ก. ดื่มตามคำชวนของเพื่อน

ข.....

ค.....

ง.....

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ต่อ)

ตอนที่ 3 แบบประเมินการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ  
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ที่ตัวเลือก ก, ข, ค, ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ

5. หากสามีหรือภรรยา หรือบุคคลในบ้านของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอ ๆ ท่าน  
จะอย่างไร

ก. ไม่ว่าอะไร ปล่อยตามสบาย

ข.....

ค.....

ง. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว



ภาคผนวก ค

ใบพิทักษ์สิทธิและเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย: .....

**โครงการวิจัยเรื่อง:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการ

การกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นายหญิง เชื้องหือง ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัย คือ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถบอกวันเวลา สถานที่และบุคคลได้ สามารถสื่อสาร พูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้

ระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากท่านมีอาการผิดปกติ รู้สึกปวดศีรษะ มีระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ให้รีบแจ้งผู้วิจัยทันที ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์แบบสอบถามโดยผู้วิจัยจะนำท่านที่มีอาการผิดปกติไปส่งพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ท่านจนตอบแบบสอบถามครบทุกฉบับ โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ก่อนพบแพทย์ ในกรณีที่ถึงคิวของผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าตรวจกับแพทย์ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยังทำแบบสอบถามไม่เสร็จ ผู้วิจัยจะมีการนัดหมายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเดินกลับมายังห้องที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง หลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการตรวจจากแพทย์จนเสร็จ รับใบนัดในการตรวจครั้งต่อไปแล้ว และรับยาเสร็จสิ้นแล้ว หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มาตามนัดหมาย ผู้วิจัยจะ



BUU-IRB Approved

17 Aug 2021

Version 1.1/October 1, 2019

Version 2.0/August 6, 2021

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นายหญิง เชียงหวิ้อง ผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ 083-0567587 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102853

นายหญิง เชียงหวิ้อง  
ผู้วิจัย

“หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัย และนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620”





**เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

รหัสโครงการวิจัย : .....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม .....พยาน

(.....)

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



BUU-IRB Approved

17 Aug 2021



ภาคผนวก  
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย





ที่ อว ๘๑๓๗/๒๕๖๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัททัย วงศ์ปการันย์

ด้วยนายหฤชฎี เชียงหวีอง รหัสประจำตัว ๖๒๙๒๐๓๔๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด  
สมอง โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์  
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย” จากงานวิจัยเรื่อง  
“The Use of GDS-๑๕ in Detecting MDD: A Comparison Between Residents in a Thai Long-term Care  
Home and Geriatric Outpatients” ของ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัททัย วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์  
นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ ตีพิมพ์ใน *Journal of Clinical Medicine Research*, ๕(๒), ๑๐๑-๑๑๑, ๒๕๕๖

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือ  
วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๑-๐๙๕-๙๖๔๔ หรือที่ E-mail:  
Annsirinsirin@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๒๘๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวนันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์

ด้วยนายหฤชภู เชียงหวิ้อง รหัสประจำตัว ๖๒๙๒๐๓๔๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด  
สมอง โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์  
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ” จาก  
งานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรงพยาบาลกระแสนันธุ์  
จังหวัดสงขลา” ของ นางสาวนันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และนายแพทย์สกริ จินดาวงศ์ ตีพิมพ์ใน วารสารมหาวิทยาลัย  
นราธิวาสราชนครินทร์, ๙(๓), ๗๐-๘๒, ๒๕๖๐

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือ  
วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๑-๐๙๕-๙๖๔๔ หรือที่ E-mail:  
Annsirinsirin@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
งานบริการการศึกษา  
25/25 พุทธรณทลสาย 4 ศาลายา 73170  
โทร 0 2441 4125 ต่อ 123

ที่ อว 78.02/ 05955  
วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
อ้างถึง หนังสือที่ อว 8137/280 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2564

ตามหนังสือที่อ้างถึง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท แจ้งว่า  
**ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย** : นายหฤกษ์ เชียงหริ่อง รหัสประจำตัว 62920346 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ** : “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็น  
ซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ เป็นประธานกรรมการ  
ควบคุมวิทยานิพนธ์

**เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้** : แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ

**เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย** : น.ส.สุปริญญา พรหมมาลุน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี  
อิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2” หลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ เป็นอาจารย์ที่  
ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล **ว่าไม่ขัดข้องและยินยอมอนุญาตให้  
นายหฤกษ์ เชียงหริ่อง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้** ทั้งนี้คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ  
นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา พย.ม.014 มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตร  
บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือจำนวน 200 บาท  
(สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ชุด ด้วยตนเองหรือโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช  
ชื่อบัญชี “หลักสูตรบัณฑิตศึกษา” เลขที่บัญชี 016-294528-5 ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงิน  
ส่งมายัง E-mail [saowanee.mah@mahidol.edu](mailto:saowanee.mah@mahidol.edu) และเอกสารฉบับจริงส่งไปที่

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทร. 0-2441-5333 ต่อ 2542-2543

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์*

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

**หมายเหตุ** ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา ชั้น 5 ให้ติดต่อตั้งแต่เวลา 8.30-14.30 น.



ที่ อว 64.11/00339

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

18 พฤษภาคม 2564

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว 8137/281 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2564

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นายหฤกษ์ เชียงหวิ้อง ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการการสนับสุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) นางสาวจันทนา หล่อตจะกุล หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

Chantana Lortajakul, Jintana Yunibhand and Chanokporn Jitpanya. (2011) The development of the quality of life instrument in Thai patients with post myocardial infarction. Thai journal of nursing research: 11(3), 166-167.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรีชาวงษ์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

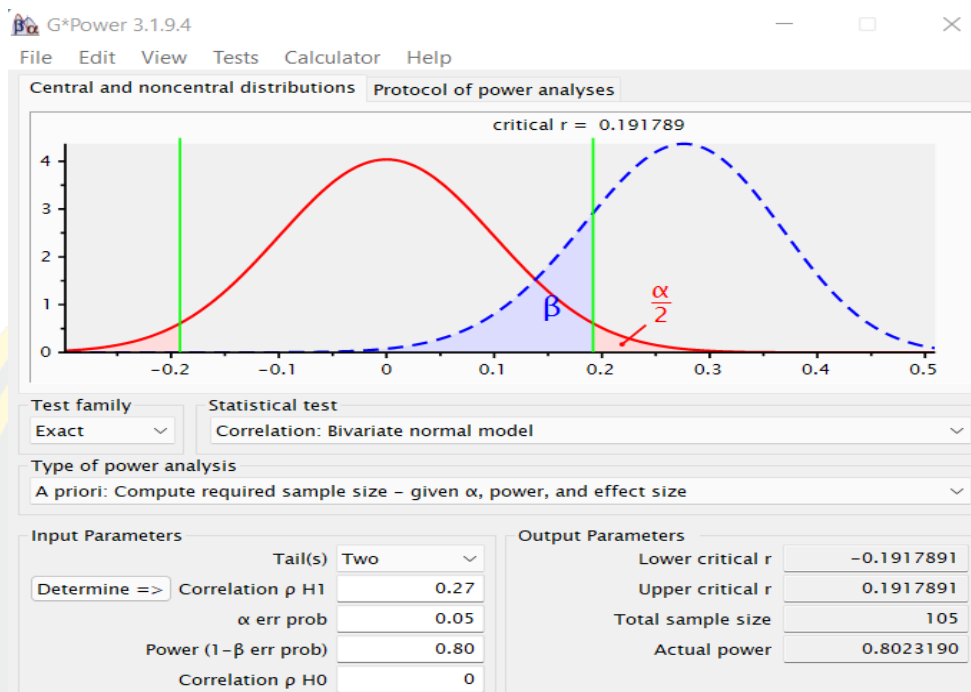
โทร. 0-2218-1129 Email: fonbox@chula.ac.th



**ภาคผนวก จ**

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร  
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

## การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์  
ของตัวแปร

	N	Skewness		Kurtosis	
		Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
1. การศึกษา	105	.871	.236	-.481	.467
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	105	-.044	.236	-1.397	.467
3. การสนับสนุนทางสังคม	105	.168	.236	-.542	.467
4. สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	105	.270	.236	-.786	.467
5. ภาวะซึมเศร้า	105	2.351	.236	5.337	.467
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำ	105	.090	.236	-1.038	.467
Valid N (listwise)	105				

จากตารางค่า มีตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัวมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution)  
โดยมีค่า Skewness/ Std. Error อยู่ในช่วง  $\pm 1.96$  และค่า Kurtosis/ Std. Error อยู่ในช่วง  $\pm 1.96$



ภาคผนวก จ

สำเนาแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย



สำเนา



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS068/2564

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุที่รอดชีวิต  
จากโรคหลอดเลือดสมอง

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายทฤษฎ์ เชียงหวีอง

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัย  
ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการ  
ลวงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริง  
จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ ...-.... วันที่ ...-..... เดือน ...-..... พ.ศ. ...-.....

วันที่รับรอง : วันที่ 17 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564

วันที่หมดอายุ : วันที่ 17 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

ลงนาม นางสาวรมร แยมประทุม

(นางสาวรมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



Protocol Number 011/64



Research Ethics Committee  
 BANPHEAO GENERAL HOSPITAL  
 198 Moo1 Banphaeo, Samutsakhon 74120, Thailand, Tel 663-419-555

Approval of documents related to study protocol

The REC of Banphaeo General Hospital, Samutsakhon, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

**Study Title** : Association of Vitamin D level and severity of COVID-19 infection.

**Study Code** : 011/64

**Principal Investigator** : Harit Sianghwong

**Study Center** : Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Burapha University

**Review Method** : Expedited review

**Continuing Report** : End of research or not more than 1 year


**Document Approval** :

1. Protocol Synopsis
2. Information sheet for research participant (Version 2.1/ August 6, 2021)
3. Informed consent form (Version 1.1/ October 1, 2019)
4. Conflict of interest and funding form
5. Principal Investigator's curriculum vitae
6. Research Questionnaire and data sheet
7. Curriculum Vitae and GCP Training
  - Harit Sianghwong

Signature: *Sirate Rapeepattana*  
 (Dr.Sirate Rapeepattana)  
 Chairman of  
 Research Ethics Committee

Signature: *Sirinthip Nimitphuwadon*  
 (Ms.Sirinthip Nimitphuwadon)  
 Member and Secretary of  
 Research Ethics Committee

Date of Approval : Oct 28, 2021  
 Approval Expire Data : Oct 27, 2022

The logo of Burapha University is a large, circular emblem in the background. It features a central wheel-like design with multiple spokes. The Thai text 'มหาวิทยาลัยบูรพา' is written along the top inner edge of the circle, and the English text 'BURAPHA UNIVERSITY' is written along the bottom inner edge. The entire logo is rendered in a light yellow or gold color.

**ภาคผนวก ข**

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
กลับเป็นซ้ำ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน  
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ) ( $n = 105$ )

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ)	ถูก	ร้อยละ	ผิด	ร้อยละ
1. ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้	65	61.90	40	38.10
2. โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมัน ในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	86	81.90	19	18.10
3. การรับประทานอาหาร เช่น ผักไทย หอยทอด ไข่เจียว สัปดาห์ละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับ เป็นซ้ำ	46	43.81	59	56.19
4. การรับประทานอาหาร เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาจ๋า น้ำพริก กะปิ สัปดาห์ละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำ	38	36.19	67	63.81
5. การรับประทานอาหาร เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง บัวลอย สัปดาห์ละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำ	55	52.38	50	47.62
6. การรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด หรือ ยาละลายลิ่มเลือด ทุกวัน ตามที่แพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับ เป็นซ้ำ	103	98.10	2	1.90
7. การรับประทานยาสมุนไพร ยาลูกกลอนร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	80	76.19	25	23.81
8. การสูบบุหรี่ ไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลับเป็นซ้ำ	87	82.86	18	17.14
9. การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำ	89	84.80	16	15.20
10. ความเครียดไม่ได้เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	88	83.81	17	16.19
11. การออกกำลังกายวันละอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	103	98.10	2	1.90

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ)	ถูก	ร้อยละ	ผิด	ร้อยละ
12. การมาตรวจรักษาตามนัด สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	103	98.10	2	1.90
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ)				
$M = 8.98, SD = 2.237$				



ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ) ( $n = 105$ )

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ</b>		
1. ท่านได้สืบค้นและเลือกแหล่งข้อมูล เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งจากการสอบถามจากผู้รู้ เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองจน ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยบ่อยครั้งแค่ไหน	2.09	.539
2. ท่านมีปัญหากับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ หรือจากอินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน	2.60	.492
3. ท่านมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง โดยสืบค้นจากหลาย ๆ แหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน	2.22	.588
4. ท่านตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.30	.664
<b>ด้านการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ</b>		
5. ท่านฟังคำแนะนำข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางสุขภาพ แล้วพบว่าท่านไม่เข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.90	.581
6. ท่านฟังและอ่านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต และพบว่าท่านไม่เข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.67	.599
7. ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองให้กับคนในครอบครัวของท่าน หรือเพื่อนของท่านฟังจนเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.48	.856
8. ท่านพูดชักชวนให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูล หรือแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง บ่อยครั้งแค่ไหน	2.33	.729
9. ท่านได้อ่านเอกสารคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ เช่น แผ่นพับ คู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่าท่านไม่ค่อยเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.93	.444
<b>ด้านการจัดการตนเอง</b>		
10. ท่านสังเกตอาการของตนเองเพื่อเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ บ่อยครั้งแค่ไหน	3.35	.480

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	<i>M</i>	<i>SD</i>
11. ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง บ่อยครั้งแค่ไหน	3.11	.577
12. ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	3.84	.483
<b>ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ</b>		
13. เมื่อท่านเห็นข้อความเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ โทรทัศน์ วิทยู ท่านมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อความเหล่านั้น บ่อยครั้งแค่ไหน	2.30	.709
14. เมื่อท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจากสื่อต่าง ๆ ท่านปฏิบัติตามข้อมูลนั้นทันที โดยไม่ได้ไปสืบค้นอีก บ่อยครั้งแค่ไหน	2.45	.537
15. ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดี ข้อเสีย ในการเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ก่อนที่ท่านจะปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	2.72	.612
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ)	2.68	.367

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง) ( $n = 105$ )

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. หากไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านญาติ ได้รับคำชวนให้รับประทานอาหารประเภทหวาน มัน และเค็ม จนเกินไป เช่น ทองหยิบทองหยอด ขาหมูพะโล้ น้ำพริกกะปิ ท่านจะตัดสินใจอย่างไร	3.27	.800
2. หากท่านอยู่บ้านคนเดียวและมีอาการปวดศีรษะรุนแรง พุดไม่ชัด มีอาการอ่อนแรงแขนขา ทันทีทันใด ท่านจะปฏิบัติอย่างไร	3.36	.606
3. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งเพื่อนของท่านบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติอย่างไร	3.65	.480
4. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยงและปรากฏว่าเพื่อนชวนให้ดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร	3.79	.409
5. หากสามีหรือภรรยา หรือบุคคลในบ้านของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอ ๆ ท่านจะทำอย่างไร	3.50	.574
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง)	3.51	.453



ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ( $n = 105$ )

ภาวะซึมเศร้า	ใช่	ร้อยละ	ไม่ใช่	ร้อยละ
1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่	93	88.57	12	11.43
2. คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลงหรือไม่	4	3.81	101	96.19
3. คุณรู้สึกว่าคุณว่างเปล่าหรือไม่	9	8.57	96	91.43
4. คุณรู้สึกเบื่อ ๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่	11	10.48	94	89.52
5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่	48	45.71	57	54.29
6. คุณกลัวว่าจะไร้อารมณ์ ๆ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่	18	17.14	87	82.86
7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่	79	75.24	26	24.76
8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่	7	6.67	98	93.33
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่	36	34.28	69	65.72
10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใคร ๆ หรือไม่	13	12.38	92	87.62
11. คุณคิดว่าการทำงานที่มีชีวิตอยู่มาได้ถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่	98	93.33	7	6.67
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่นี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน	9	8.57	96	91.43
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่	43	40.95	62	59.05
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่	5	4.76	100	95.24
15. คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่	9	8.57	96	91.43

ตารางที่ 11 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 105$ )

แปลผลภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	94	89.52
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า	4	3.81
เป็นโรคซึมเศร้า	7	6.67

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ  
( $n = 105$ )

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ฉันสงสัยว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉันหวังไขฉันในฐานะบุคคลคนหนึ่งหรือไม่	2.29	.631
2. บุคลากรทางสุขภาพ ที่ดูแลรักษาคิดถึงความต้องการของฉันเสมอ และให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก	3.93	.444
3. ฉันเชื่อถือบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉันอย่างมากพอที่ฉันจะพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของเขา	4.14	.448
4. ถ้าบุคลากรทางสุขภาพ ที่ดูแลฉันบอกอะไรกับฉัน ฉันเชื่อว่าสิ่งนั้นเป็นจริง	4.00	.00
5. บางครั้งฉัน ไม่เชื่อในความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉัน ฉันอยากได้ความคิดเห็นจากคนอื่น	4.05	.425
6. ฉันวางใจการตัดสินใจของบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลรักษาค้น	4.30	.463
7. ฉันรู้สึกว่าการดูแลรักษาค้น ไม่ได้ทำทุกสิ่งทีควรจะทำเกี่ยวกับการดูแลรักษาค้น	3.76	.528
8. ฉันวางใจว่าบุคลากรทางสุขภาพ ที่ดูแลฉันจะจัดการปัญหาสุขภาพของฉันอย่างมีประสิทธิภาพ	4.16	.370
9. บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลรักษาค้นมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรคที่ฉันเป็น	4.28	.449
10. ฉันวางใจว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลฉันจะบอกฉันถ้ามีข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการดูแลรักษา	3.09	.637
12. บางครั้งฉันก็กังวลว่าบุคลากรทางสุขภาพ ที่ดูแลรักษาค้นจะไม่รักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดที่ฉันได้ปรึกษา	3.54	.694
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	3.77	.261

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม ( $n = 105$ )

การสนับสนุนทางสังคม	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านมีคนพร้อมจะรับฟังท่านเมื่อท่านต้องการ	2.79	.631
2. ท่านมีคนพร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีแก่ท่านเมื่อท่านมีปัญหา	2.68	.596
3. ท่านมีคนพร้อมจะให้ความรักและห่วงใยท่าน	2.61	.580
4. ท่านมีคนพร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวัน	2.90	.673
5. ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่าง ๆ หรือช่วยท่าน ตัดสินใจในเรื่องยาก ๆ	2.88	.583
6. ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจ เชื่อใจและวางใจได้มากเท่าที่ท่าน ต้องการ	2.81	.810
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของการสนับสนุนทางสังคม	2.77	.520

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $n = 105$ )

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านรับรู้ว่าคุณได้ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ	3.41	.817
2. ท่านรับรู้ว่าคุณถ้าไม่ดูแลตนเองอาจทำให้พิการเพิ่มขึ้นและเสียชีวิตได้	3.39	.672
3. ท่านรับรู้ว่าคุณจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าคนอื่น	3.39	.700
4. ท่านรับรู้ว่าคุณตอนนี้มีความสุขปกติ	3.00	.555
5. ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นคนหนึ่งที่มีความสุขปกติมาก	2.96	.553
6. ท่านรับรู้ว่าคุณสามารถดูแลสุขภาพของคุณได้เป็นอย่างดี	3.30	.637
7. ท่านรับรู้ว่าคุณสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามปกติ	3.43	.618
8. ท่านรับรู้ว่าคุณดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของครอบครัว	3.36	.637
9. ท่านรับรู้ว่าคุณทุกคนทั่วไปคิดว่ามีความสุขปกติ	2.97	.612
10. ท่านรับรู้ว่าคุณในอนาคตคาดหวังว่ายังคงมีความสุขที่ดี	3.15	.476
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของการรับรู้ภาวะสุขภาพ	3.23	.370

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายหฤษฎ์ เชียงหวิ้อง	
วัน เดือน ปี เกิด	9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2531	
สถานที่เกิด	จังหวัดชุมพร	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	474 หมู่ 5 ตำบลวังตะกอก อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 86110	
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2555-2560	พยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
	พ.ศ. 2561-2563	พยาบาลวิชาชีพ แผนกหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
	พ.ศ. 2564-ปัจจุบัน	หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	พ.ศ. 2565	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา