



ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่

**KNOWLEDGE, CARDIOVASCULAR RISK AND HEALTH BEHAVIORS
AMONG PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION
IN MUEANG CHIANGRAI DISTRICT**

โดย

พรพิมล กรกฏกำจร

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2562



**KNOWLEDGE, CARDIOVASCULAR RISK AND HEALTH BEHAVIORS
AMONG PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION
IN MUEANG CHIANGRAI DISTRICT**



**BY
PORNPIMON KORAKOTKAMJON**

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE IN ADULT NURSING
SCHOOL OF NURSING**

**GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2019**

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย

โดย

พรกมล กรกฏกำจร

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2562

ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราคุลชัย
ประธานกรรมการสอบ

ผศ.ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม
กรรมการ

ผศ.ดร.รัชนี นามจันทร์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร.วรรณิ์ สุขสาตร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

14 สิงหาคม 2562

Thesis entitled

**KNOWLEDGE, CARDIOVASCULAR RISK AND HEALTH BEHAVIORS AMONG
PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION
IN MUEANG CHIANGRAI DISTRICT**

by

PORNPIMON KORAKOTKAMJON

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult Nursing

Rangsit University
Academic Year 2019

Asst. Prof. Duangkamol Wattradul, D.N.S.
Examination Committee Chairperson

Asst. Prof. Ampaporn Namvongprom, Ph.D.
Member

Asst. Prof. Rachanee Namjuntra, D.N.S.
Member and Advisor

Asst. Prof. Thitiarpha Tangkawanich, Ph.D.
Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plт.Off. Vanee Sooksatra, D.Eng.)

Dean of Graduate School

August 14, 2019

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ นามจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่มีพระคุณยิ่งของผู้วิจัย ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา การตรวจสอบความถูกต้อง ตลอดจนคำแนะนำและชี้แนะทางวิชาการที่ดีเสมอมา จนสามารถนำความรู้มาปรับใช้ในกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช ที่สละเวลาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมให้แก่ผู้วิจัยในครั้งนี้ และคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย รวมถึง ดร. จิตรภรณ์ สุทธิพงษ์ และคุณปนัดดา อินทรลาวัณย์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงกมล วัตราคุลย์ ที่เป็นทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัยและประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ข้อชี้แนะแนวความคิดในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ให้มีความสมบูรณ์และสำเร็จได้ด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ได้อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในเขตพื้นที่สุขภาพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พายาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกด้วยดีตลอดการรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ตามวัตถุประสงค์

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และขอขอบคุณ น้องชาย และบุตรชาย ที่เป็นแรงผลักดัน เป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือทุก ๆ ด้านแก่ผู้วิจัย ตลอดจนถึงเพื่อนๆ ร่วมชั้นเรียนที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะ ดร.นฤกร อิตุพร ที่อำนวยความสะดวกให้กับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

พรกมล กรกฎกำจร

ผู้วิจัย

5709693 : สาขาวิชาเอก: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ : ความรู้, ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, พฤติกรรมสุขภาพ
 พรภิมล กรกฏกัจจร: ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ (KNOWLEDGE, CARDIOVASCULAR RISK AND HEALTH BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION IN MUEANG CHIANGRAI DISTRICT)

อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.รัชนี นามจันทร์, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: ผศ.ดร.จิตติอาภา ตั้งคำวานิช,
 84 หน้า.

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 380 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ ที่สุ่มอย่างง่าย 5 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.1 มีอายุเฉลี่ย 61.15 ปี (SD = 8.77) โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.6) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.3) ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในระดับปานกลาง ด้านอาการและอาการแสดงในระดับต่ำ และด้านการจัดการอาการในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ลายมือชื่อนักศึกษา ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

5709693 : MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)
KEYWORDS : KNOWLEDGE, CARDIOVASCULAR RISK, HEALTH BEHAVIORS
PORNPIMON KORAKOTKAMJON: KNOWLEDGE, CARDIOVASCULAR
RISK AND HEALTH BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH DIABETES AND
HYPERTENSION IN MUEANG CHIANGRAI DISTRICT. THESIS ADVISOR:
ASST. PROF. RACHANEE NAMJUNTRA, D.N.S., THESIS CO-ADVISOR: ASST. PROF.
THITIARPHA TANGKAWANICH, Ph.D., 84 p.

This descriptive research aimed to explore knowledge, cardiovascular risk and health behaviors among patients with diabetes and hypertension in Mueang Chiangrai district, Chiangrai province. Five Tambon Health Promoting Hospitals in Mueang Chiangrai district were random sampling and 380 patients were recruited for this study. The data were collected by using the Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk and questionnaires. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, Chi-square test and Spearman’s rank correlation coefficient.

The result revealed that the majority of sample group were female (61.7%) and aged 61.15 years old (SD=8.77). Almost all were hypertension patients (91.6%) and had cardiovascular risk in low risk group (91.3%). The majority of the sample had knowledge regarding risk factors at a moderate level, whereas the knowledge regarding signs and symptoms and symptoms management were at low levels. Moreover, the sample’s health behaviors for prevention of acute coronary syndrome (ACS) was at a good level. Cardiovascular risk was not associated with the knowledge and health behaviors, whereas the knowledge regarding ACS was significantly related to health behaviors. In addition, knowledge was significantly correlated with health behaviors.

Student’s Signature Thesis Advisor’s Signature
 Thesis Co-Advisor’s Signature

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูป	ช
บทที่ 1	
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
นิยามเชิงปฏิบัติการ	6
บทที่ 2	
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	8
ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	13
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	20
การศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	23
และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีการวิจัย	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	28
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	35
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	36
การรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4	
ผลการวิจัย	38
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	38
ส่วนที่ 2 ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย	42
บทที่ 5	
สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	49
สรุปผลการวิจัย	49
อภิปรายผล	52
ข้อเสนอแนะ	56
เอกสารอ้างอิง	57
ภาคผนวก	63
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
ภาคผนวก ข ข้อมูลและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัคร ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	77
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัย	82
ประวัติผู้วิจัย	84

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
2.1	แสดงการแปลผลเป็นร้อยละที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า	18
2.2	แสดงสถานะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	19
3.1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่	28
4.1	แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	39
4.2	แสดงคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	42
4.3	แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	43
4.4	แสดงคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	43
4.5	แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	43
4.6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นรายข้อ	44
4.7	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า	46
4.8	จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคแอสควร์	47
4.9	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการใช้ค่าประสิทธิสหสัมพันธ์สเปียร์แมน	48

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	6
2.1	ผังเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	12
3.1	แสดงตารางสี (Color Chart) กรณีทราบผลโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ของ WHO/ISH Risk Prediction Chart for SEAR B (2017)	30
3.2	ตารางสี (Color Chart) กรณีไม่ทราบผลโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ของ WHO/ISH Risk Prediction Chart for SEAR B (2017)	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2018) และคาดการณ์ว่าในหนึ่งปีจะมีประชาชนทั่วโลกป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประมาณ 17.9 ล้านคน เสียชีวิตจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประมาณปีละ 7.4 ล้านคน (WHO, 2018) สำหรับในประเทศไทย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยเป็นลำดับที่ 2 (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) และพบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2559 มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นจาก 23.4 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 เป็น 32.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 เช่นเดียวกันพบอัตราการตายก่อนวัยอันควร ระหว่างอายุ 30-69 ปี จากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มจาก 22.4 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 เป็น 30.2 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) จากสถิติพบว่าในประเทศไทยอัตราป่วยและอัตราตายด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงถึง สถานการณ์ของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ณัฐธีวรรณ พันธุ์มุง, หทัยชนก ไชยวรรณ, และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต, 2559) เนื่องจาก ร่างกายมีการเปลี่ยนกลูโคสเป็นน้ำตาลชนิดอื่น เช่น ซอร์บิทอล และฟรุคโทส เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งกลูโคส ซอร์บิทอล และฟรุคโทส จะสะสมในเซลล์และระหว่างเซลล์ทำให้เซลล์บวมน้ำ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดโคโรนารี Basement membrane ของหลอดเลือดหนาตัวขึ้น เซลล์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด (Lewis, Bucher, Heitkemper, & Harding, 2017) ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สารแองจิโอเทนซิน-2 ที่เพิ่มขึ้นจากกลไกการควบคุมระดับความดันโลหิต มีผลเพิ่มอนุมูลอิสระ

ทำให้เกิดการอักเสบ การแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์ เกิดออกซิเดชันของไลโปโปรตีนทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดผิดปกติ และเกิดลิ้มเลือด ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (วชิราวดี มาลากุล, 2554) พยาธิสภาพของทั้ง 2 โรคจะนำไปสู่สภาพหลอดเลือดเปลี่ยนแปลง สูญเสียความยืดหยุ่น มีพลาแก (Plaque) เกาะที่ผนังหลอดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง และตีบตัน ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง และเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลให้เกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ (American Heart Association [AHA], 2018) จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (WHO, 2018) จึงมีผลให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นไปด้วย

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นได้ ผลการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (ดวงพร กตัญญูตานนท์, 2560; สิทธิโชค หายโสภ, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, วรณพร ตระกูลป่อง, ภรณ์ ศรีจัดเค้า, และสุดิตา สังข์น้อย, 2560) พฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดความเสี่ยง ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็มหรือมีเกลือ โซเดียมสูง อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เพิ่มการบริโภคผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหยุดการสูบบุหรี่ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

นอกจากนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ถูกต้องด้วย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเกิดอาการ ผู้ป่วยยังมีการจัดการอาการไม่ถูกต้อง เช่น การบีบนิ้ว การดมยา ทายาหม่อง เปิดพัดลมให้คลายร้อน เปลี่ยนท่านอนใหม่ จิบยาหอม ยาลม ยาแก้ปวด ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร หรือรอดูอาการโดยไม่ทำอะไรเลย เป็นต้น เป็นผลให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า (พัชราภรณ์ อุ้นเต๊ะ และศิริอร สินธุ, 2554; ลาวัลย์ ออกสุข และวาสนา รวยสูงเนิน, 2555) แม้ในปัจจุบันการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความก้าวหน้ามาก มีแนวทางการรักษาในระยะแรกที่ชัดเจน การรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือ การให้ยาละลายลิ้มเลือด (Streptokinase [SK]) ทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง นับจากเริ่มเกิดอาการ ผู้ป่วยและญาติควรบันทึกเวลาที่เริ่มเกิดอาการ และหากเกิดอาการนานกว่า 15 นาที จะต้องเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทันที ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ (Overbaugh,

2009) ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาเป็นปกติได้ถึงร้อยละ 30 – 50 และสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วย (Jauch et al., 2013) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยกลับพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ หรือถึงแม้จะได้รับการรักษา ก็อาจจะได้ผลลัพธ์ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดที่จะให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือเกินระยะเวลาที่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่เหมาะสม (ลาวัลย์ ออกสุข และวาสนา รวยสูงเนิน, 2555; Porras, Whitehead, Strike, & Steptoe, 2009)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมารักษาล่าช้า เนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ฉณาธิปวี ศิริภักกุลวัฒน์, ชญานิศ บุตรดี, และณัฐวสาร รุ่งแจ้ง, 2559; ลาวัลย์ เวทยาวงศ์ และคณะ, 2560; ลาวัลย์ ออกสุข และวาสนา รวยสูงเนิน, 2555; Lockyer & Bury 2008) อาการของโรคอาจใกล้เคียงกับโรคอื่น ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร โรคปวดกล้ามเนื้อ (Nootaro, 2011) ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะฉุกเฉินของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยคิดว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องรีบไปโรงพยาบาล รอสังเกตอาการหากอาการแยลงจึงตัดสินใจไปโรงพยาบาล และยังไม่ทราบถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สายด่วน 1669) ทำให้อัตราการมาโรงพยาบาลด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 มีจำนวนน้อยมาก ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้าถึงการรักษาล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพระหว่างนำส่ง (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2557) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง และควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บหรือแน่นหรือจุกที่หน้าอก ลิ้นปี่ คอหรือขากรรไกร เมื่อสำลักที่แขน คอ ขากรรไกรโดยไม่ทราบสาเหตุ หายใจไม่ออก หอบเหนื่อย หน้ามืด และหมดสติ (Ibanez et al., 2018) ผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น และมีการจัดการอาการของโรคอย่างเหมาะสม

จากอุบัติการณ์และอัตราการตายของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนผู้ที่เป็นโรครับรู้อาการและการจัดการอาการยังไม่เหมาะสม ทำให้เข้าถึงการรักษาล่าช้า กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2560) จึงได้กำหนดมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์ของโรค โดยได้พัฒนาแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของ WHO/ISH Risk Prediction Chart for SEAR B (WHO, 2007) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์

ใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับโอกาสเสี่ยงของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายให้บุคคลลดปัจจัยเสี่ยง ปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม และสามารถจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคได้ อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ประเมินจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างน้อย และไม่พบการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ผ่านมามากเป็นเป็นการวิจัยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยเป็นหลัก

เขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากข้อมูลในระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีจำนวน 2,305, 2,629 และ 2,888 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีจำนวน 47,338, 50,036, 54,810 และ 129,675, 135,756, 147,582 ราย ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ, 2561ก, 2561ข, 2561ค) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ต่าง ๆ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้เริ่มมีการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแล โดยใช้แนวทางการประเมินของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) แต่ยังไม่มีการวิจัยความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับดูแลให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตามความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละคนได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

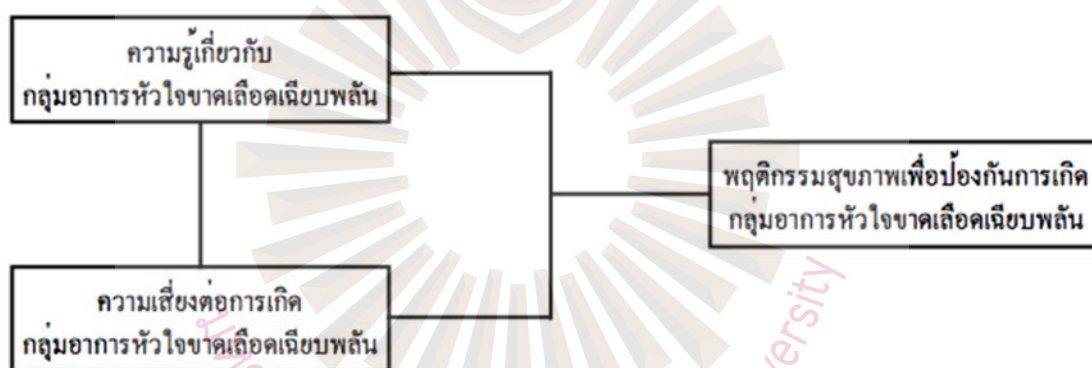
กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ซึ่งอธิบายว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมของบุคคลในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น อายุ เพศ เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น และ 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตน และอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ในการแสดงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การวิจัยในครั้งนี้เลือกศึกษา ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล โดยศึกษา ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลันประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ (การป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง รวมถึงการจัดการอาการเมื่อเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ คือ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตามข้อเสนอแนะในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยความรู้และความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการจัดการเมื่อเกิดอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด อาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดของ ลาวัลย์ เวทยาวงศ์ และคณะ (2560)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ การบริโภคอาหารลดไขมัน ลดเกลือโซเดียม ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือมีน้ำตาลสูง และเพิ่มผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมการขับถ่าย การงดสูบบุหรี่และไม่สูดดมควันบุหรี่ ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสารเสพติดและเครื่องดื่มชูกำลัง การทำจิตใจให้แจ่มใสผ่อนคลาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามแพทย์นัด ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อเสนอแนะในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ความเสี่ยง หมายถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประเมินโดยใช้แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินโดยใช้แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) ซึ่งแบ่งระดับความเสี่ยงตามปัจจัยของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับความดันซิสโตลิก การเป็นโรคเบาหวาน ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และการสูบบุหรี่ และแบ่งความเสี่ยงเป็น กลุ่มเสี่ยงต่ำ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ ความเสี่ยง ต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางการวิจัยโดยครอบคลุมรายละเอียดดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ความหมาย ชนิด อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการ

ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยง

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความหมายของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง การอุดตันอย่างสมบูรณ์ของหลอดเลือดหัวใจ หรือตันที่ทันใด จากก้อน (Clot) หรือการแตกออกของพลาต (Plaque) ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest Angina) นานกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม หรือรู้สึกไม่สบายบริเวณตำแหน่งของหัวใจ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557; Bolger, 2015)

ชนิดของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016) ได้จำแนกกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ST Elevation Acute Coronary Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST Segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 Leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI or Acute Transmural MI or Q-Wave MI)

2) Non ST Elevation Acute Coronary Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST Segment ยกขึ้น มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST Segment Depression และหรือ T Wave Intersion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาทีอาจเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรง อาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ (Unstable Angina)

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อาการที่สำคัญของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) มีดังนี้

1) กลุ่มอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina Pectoris) ประกอบไปด้วย อาการเจ็บแน่น หรืออึดอัดบริเวณหน้าอก หรือปวดเมื่อยหัวใจ ไหล่ หรือปวดกราม หรือจุกบริเวณลิ้นปี่ เป็นมาขณะออกกำลังกาย ซึ่งอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคหัวใจขาดเลือด คือ อาการเจ็บหนัๆ เหมือนมีอะไรมาทับ หรือบีบรัดบริเวณกลางหน้าอกได้กระดูก Sternum อาจมีร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้าง

2) เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยขณะออกกำลังกาย อาการจะเกิดขึ้นเฉียบพลันภายในเวลา 1 - 2 สัปดาห์

3) กลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ แน่นอึดอัด หายใจเข้าไม่เต็มปอด อาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

- 4) อาการเนื่องจากความดันโลหิตต่ำ จนเกิดอาการ หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม ร่วมกับอาการแน่นหน้าอก
- 5) อาการหมดสติ หรือหัวใจหยุดเต้น

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เพียงพอและไม่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่ทราบว่าอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่อันตราย ผู้ป่วยบางส่วนต้องเสียชีวิต เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือล่าช้า ผู้ป่วยบางคนรอดชีวิตเพราะอาการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจไม่รุนแรง หรือมีพยาธิสภาพเพียงเล็กน้อย แต่ก็อาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยได้ สาเหตุของปัญหานี้ อาจเนื่องมาจากอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารมา ไม่สามารถสื่อถึงความรู้สึกของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจริงได้ ไม่สามารถบรรยายออกมาให้ชัดเจนด้วยตัวอักษร หรือคำพูดได้ ว่ามีลักษณะอย่างไร ผู้ป่วยจึงไม่ทราบว่าอาการแสดงที่ตนประสบอยู่เป็นอาการแสดงของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (ฉณาธิปวี ศิริภักภูวัฒน์ และคณะ, 2559) ลาวัลย์ เวทยาวงศ์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารเตือนภัยต่อความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดและการจัดการอาการของประชาชน ด.ปากหมาก จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า ก่อนให้โปรแกรม ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการไม่ถึงร้อยละ 50 ภายหลังให้โปรแกรม ประชาชนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ($M = 20.29, SD = 5.29$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 11.79, SD = 6.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(363) = 20.65, p < .001$) และมีความรู้ในการจัดการอาการของโรคหัวใจขาดเลือด ($M = 4.53, SD = 1.68$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 3.07, SD = 2.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(363) = 11.51, p < .001$)

การจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Collet, Kristensen, & Aboyans (2018) ได้รวบรวมแนวปฏิบัติการจัดการในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไว้ดังต่อไปนี้

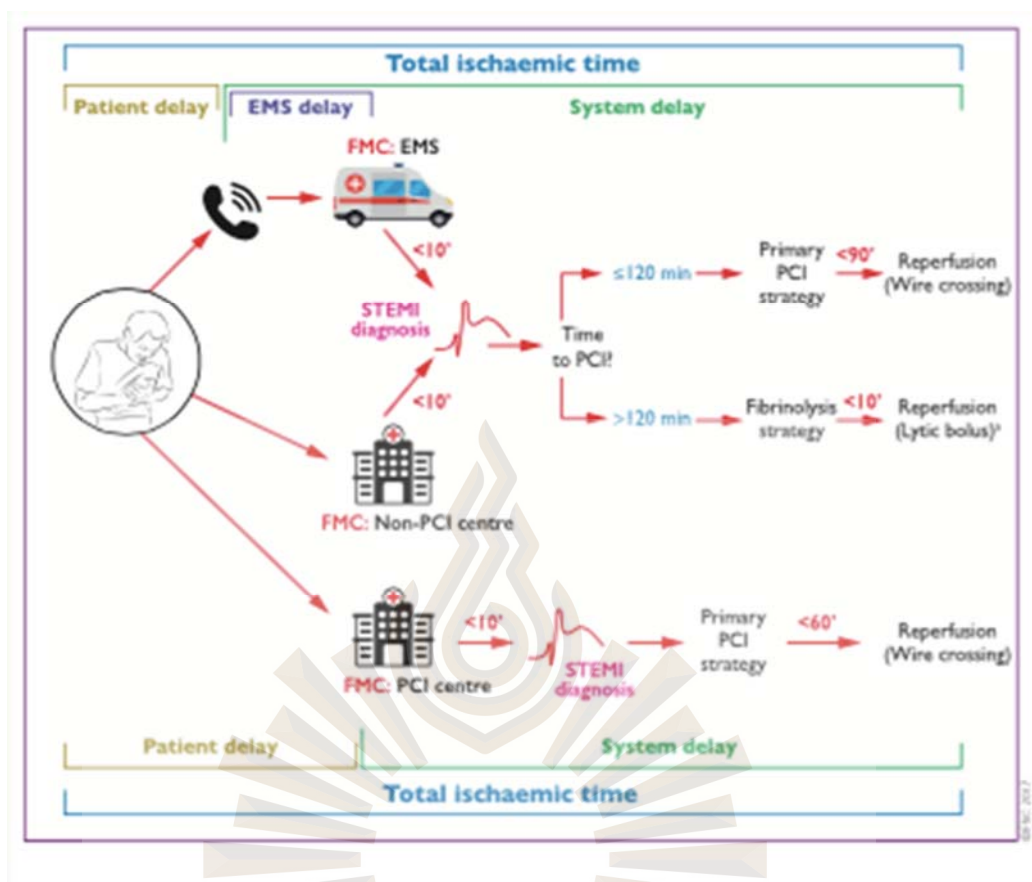
- 1) การวินิจฉัยเบื้องต้น (Initial Diagnosis) เพื่อหาประเภทและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่สำคัญ โดยการซักประวัติอาการที่เกี่ยวกับความผิดปกติของหัวใจ ส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการเจ็บ

แน่นหน้าอก ร้าวไปคอ กราม หรือแขนข้างซ้าย อาการร่วมอื่น ๆ เช่น หายใจเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หรือเป็นลมหมดสติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อจำแนกความผิดปกติของหัวใจ และฝ้าดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อดูการทำงานของหัวใจ เมื่อพบปัญหาจะได้ให้การช่วยเหลือรักษาได้อย่างทันที่

2) การลดความเจ็บปวด อาการหายใจเหนื่อยหอบ และความวิตกกังวล (Relief of Pain, Breathlessness, and Anxiety) เพื่อลดการทำงานของร่างกายที่เป็นสาเหตุทำให้ หลอดเลือดหดตัว ลดการทำงานของหัวใจ โดยใช้ยาในกลุ่ม Opioids โดยต้องใช้อย่างระมัดระวัง

3) ฝ้าระวังภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) พบการตายจากภาวะ Ventricular Fibrillation (VF) และมักเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกต้องมีความตื่นตัวที่จะมารับการรักษาโดยเร็ว โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันที่ เช่น การรักษาด้วยการสวนหัวใจ (PCI) เป็นต้น และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องให้การช่วยฟื้นคืนชีพทันทีตามมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

4) การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล (Pre-Hospital Logistics of Care) การให้การรักษาที่ล่าช้า ทำให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพลดลงไป ตามระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยง อาจจะด้วยการไม่แน่ใจในอาการของผู้ป่วยเอง หรือการวินิจฉัยที่ผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ อาจส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการตายด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การเรียกรับบริการรถฉุกเฉินเป็นทางเลือกที่จะสามารถช่วยลดความเสียหายให้แก่ผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเบื้องต้นและนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย การประสานศูนย์การช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการส่งต่อการเข้ารับการรักษาในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตามระยะเวลามาตรฐาน ดังปรากฏในรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 ฝั่งเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
 หมายเหตุ EMS = Emergency Medical System; FMC = First Medical Contact; PCI = Percutaneous
 Coronary Intervention; STEMI = ST-segment elevation myocardial infarction.

ที่มา: Ibanez et al., 2018, p. 129

5) การเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Reperfusion Therapy) การเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็วจะนำมาซึ่งการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตที่เหลือของผู้ป่วย ปัจจุบันมี 3 วิธีคือ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด การเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ โดยมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน

ปัจจุบันยังคงพบความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุทั้งจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า แพทย์ผู้รักษาขาดความชำนาญ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจไม่ว่าจะด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน สามารถลดอัตราการตาย ลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ และลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ดี แต่ต้องทำโดยเร็วที่สุดที่สามารถทำได้ และเลือกวิธี

ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในสถานการณ์นั้น ๆ โดยพิจารณาถึงลักษณะผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และศักยภาพของ โรงพยาบาลที่รักษา (ศรัณยู สุทธิพงษ์เกียรติ์ และ โดมร ทองศรี, 2555)

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อเกิดอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการอาการไม่เหมาะสม (ลาวัลย์ เวทยาวงศ์ และคณะ, 2560; ลาวัลย์ ออกสุข และวาสนา รวยสูงเนิน, 2555; Porras et al., 2009) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงและสาเหตุของอาการในเบื้องต้นคล้ายคลึงกัน นั่นคือ มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงน้อย มีอาการลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่ต้องรีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล อาการสามารถหายไปเองได้ จึงใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ลาวัลย์ ออกสุข และวาสนา รวยสูงเนิน, 2555) สอดคล้องกับการวิจัยของ Porras et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัวใจตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเคยมีประสบการณ์การเกิดอาการของโรคหัวใจมาก่อนก็ตาม

ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด ไม่ออกกำลังกาย น้ำหนักเกินและอ้วน (Lewis et al., 2017) รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ภาวะความดันโลหิตสูง/โรคความดันโลหิตสูง (Raised blood pressure/ Hypertension) เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยิ่งบริโภคเกลือโซเดียมมาก ยิ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น (WHO, 2007) จากการวิจัยแบบ Meta-analysis โดยการศึกษาไปข้างหน้าเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยจำนวน 3 เรื่อง คือ การวิจัยในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต กรุงเทพมหานคร การวิจัยในประชากรจากอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และการวิจัยในพนักงานธนาคารออมสิน รวมทั้งหมด 6,112 คน พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูงขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่สูงขึ้นทุก ๆ 5 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ 1.5 เท่า โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น (Left ventricular hypertrophy: LVH) การคลายตัวของหัวใจ

ห้องล่างซ้ายเสียไป (Diastolic dysfunction) ทำให้หัวใจห้องบนซ้ายมีเลือดค้าง หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น และอาจทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553)

นอกจากนั้น ความดันโลหิตสูงยังทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันเฉียบพลัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนตาย (Acute Myocardial Infarction: AMI) โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้การบีบตัวของหัวใจเสียไป (Systolic Dysfunction) ส่งผลให้เลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เลือดค้างอยู่ในหัวใจห้องบนซ้ายมากขึ้น ความดันเลือดในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดผิดปกติ ทำให้หอบเหนื่อย เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Congestive Heart Failure) อาจมีความรุนแรงของโรคจนเกิดภาวะช็อกจากภาวะหัวใจได้ (Cardiogenic Shock) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการตายในที่สุด (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

2) ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและโรคเบาหวาน (Raised Blood Glucose and Diabetes Mellitus) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การอนามัยโลก คาดประมาณว่า ประชากรโลกมากกว่า 180 ล้านคน เป็นโรคเบาหวาน และจะเพิ่มมากขึ้นอีกเกือบสองเท่าในปี พ.ศ. 2573 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษามีจำนวนค่อนข้างมาก ซึ่งประมาณการณ่ว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีความเสี่ยงจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2 - 4 เท่า (WHO, 2018) ผลการศึกษาพบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 50 เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (American Diabetes Association [ADA], 2017, p. S84)

ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานและโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ร่างกายมีการเปลี่ยนกลูโคสเป็นน้ำตาลชนิดอื่น เช่น ซอร์บิทอล และฟรุกโทส เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งกลูโคส ซอร์บิทอล และฟรุกโทส จะสะสมในเซลล์และระหว่างเซลล์ทำให้เซลล์บวม น้ำ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดโคโรนารี Basement Membrane ของหลอดเลือดหนาตัวขึ้น เซลล์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด (Lewis et al., 2017) ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมสภาพและถูกทำลาย เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายสร้างสารอนุมูลอิสระ (Free - Radicals) เพิ่มขึ้น การทำงานของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายเสียไป ทำให้เซลล์เยื่อภายในหลอดเลือดทำงานผิดปกติ ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดแดงลดลง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553) ประมาณการณ่ว่า อัตราความชุกของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งความผิดปกติของหลอดเลือดที่ยังไม่ถึงขั้นมีอาการ จะเพิ่มสูงขึ้นตามความรุนแรงของความผิดปกติ ของน้ำตาลในเลือด

3) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Abnormal blood lipids) คือ ระดับไขมันในเลือดที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงตีบตัน ระดับไขมันในเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ไม่ได้มีโรค หรือไม่มีปัจจัยเสี่ยงด้านไขมัน ผิดปกติ คือ โคลเลสเตอรอลรวม (TC<200 mg/dl) แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล (LDL<100 mg/dl) เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล (HDL>40 mg/dl ในผู้หญิง และ >50 mg/dl ในผู้ชาย) และ ไตรกลีเซอไรด์ (TG<150 mg/dl) (สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, 2560)

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับโรคเบาหวานและโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงได้ มีการวิจัยทางระบาดวิทยา พบว่า ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 4 เท่าของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553)

4) สูบบุหรี่ (Tobacco Use) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่หมายความรวมถึงทั้งผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น ซึ่งเรียกว่า ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ผู้ที่บริโภคยาสูบแบบไม่มีควันชนิดต่าง ๆ เช่น ยาสูบยาเส้น ตลอดจนผู้ที่เคยสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน และเพิ่งเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่นาน เนื่องจากพบว่า หลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 10 ปี จึงจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจใกล้เคียงกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และต้องเลิกสูบบุหรี่นานติดต่อกันมากกว่า 15 ปี ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงจะลดลงเหลือเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ (เกรียงไกร เสงวีศรี และคณะ, 2557)

บุหรี่มีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด ซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตรายต่อสุขภาพ สารพิษในบุหรี่มีส่วนสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็ง หลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพอง และที่สำคัญคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งการสูบบุหรี่ทางตรง (Direct Smoking) และการสูบบุหรี่ทางอ้อม (Passive Smoking) เป็นช่องทางให้ร่างกายได้รับสารพิษในควันบุหรี่ (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2542) สารปลดปล่อยจากบุหรี่ ประกอบไปด้วยอนุภาคสำคัญๆ อาทิ นิโคติน (Nicotine) เป็นสารเสพติดที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เส้นเลือดแดงตีบตัว ส่วนก๊าซ (Gas Phase) ประกอบไปด้วยก๊าซสำคัญ ๆ อาทิ คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำให้เม็ดเลือดแดงสามารถรับออกซิเจนได้น้อยลง ส่งผลให้หัวใจทำงานหนัก (กรมควบคุมโรค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2554) เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเกิดเป็นคราบเกาะภายในหลอดเลือด หลอดเลือดค่อย ๆ ตีบตันในที่สุด ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง และเกิดเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อหลอดเลือดตีบจนมีผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ จะทำให้เกิดอาการจุกเสียดเจ็บหน้าอก และหัวใจวายได้ในที่สุด ผลจากการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นมีความสัมพันธ์

กับจำนวนบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ และถ้าสูบรวมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ก็จะเพิ่มอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอีก (AHA, 2018)

5) การไม่ออกกำลังกาย (Physical inactivity and Sedentary Lifestyle) และการไม่มีกิจกรรมทางกาย เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22 - 23 (WHO, 2016) การไม่มีกิจกรรมทางกาย ไม่ออกกำลังกาย จะทำให้การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า เพราะการขาดการออกกำลังกายจะนำไปสู่การเกิดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ มากขึ้นหลายปัจจัย และนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากขึ้น การออกกำลังกาย ความหมายรวมถึง การออกแรง การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และการเคลื่อนไหวร่างกาย ในปัจจุบันมีการวิจัย พบว่า การออกกำลังกายที่เพียงพอเปรียบเหมือนการรับประทานยาป้องกันโรคไม่ติดต่อได้ (Exercise is medicine) (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553)

6) น้ำหนักเกินและอ้วน (Overweight and Obesity) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกิน เป็นสาเหตุของการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้หลอดเลือดแดงแข็ง และถ้าภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก โอกาสที่เด็กอ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น 3-5 เท่า (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553)

จากข้อมูลปัจจัยเสี่ยงข้างต้น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยเพื่อค้นหาผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ถือเป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยดังกล่าว ได้ทราบความเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย รวมถึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการเข้าถึงการคัดกรองและได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ จะเพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และลดภาระของโรคที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ (ธิดารัตน์ อภิญญา, 2560)

การประเมินความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ในปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งรวมถึงกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้วยการประเมินความเสี่ยงโดยรวม (Global Risk Score) ซึ่งเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยพร้อม ๆ กัน เพื่อทำนายการเกิดโรคในอนาคตข้างหน้า โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและมีหลักฐานทางวิชาการว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ ประเภทที่สองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลรวมสูง ระดับไขมันชนิดเอชดีแอลต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วน และการสูบบุหรี่ อีกทั้งการเป็นโรคร่วม ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557)

องค์การอนามัยโลกและสมาคมความดันโลหิตสูงนานาชาติ (World Health Organization/ International Society of Hypertension [WHO/ISH] Risk Prediction Chart for SEAR B) (WHO, 2007) ได้พัฒนาเครื่องมือ WHO/ISH Cardiovascular Risk Prediction Charts ให้เหมาะสมในแต่ละภูมิภาค เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของทวีปเอเชีย องค์การอนามัยโลกและสมาคมความดันโลหิตสูงนานาชาติได้แนะนำให้มีการประเมินความเสี่ยง โดยใช้เครื่องมือฉบับ The WHO/ISH Risk Prediction Chart for South-East Asian Region B ซึ่งกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) ได้ปรับปรุงเครื่องมือดังกล่าวเป็นฉบับภาษาไทยชื่อ “แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด” (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า โดยคาดหวังว่าจะได้ข้อมูลในการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง และจัดบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับความเสี่ยงรายบุคคล

แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) ประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า ใน 2 กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Pre-DM, Pre-HT) และผู้ที่มีภาวะอ้วน ดังรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (DM, HT) ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ตารางสี (สามารถใช้ในประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ประกอบไปด้วยตัวแปร ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด (cholesterol) การเป็นโรคเบาหวาน เพศ การสูบบุหรี่ อายุ และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) หลังจากนั้นนำข้อมูลแต่ละตัวแปรมากำหนดค่าคะแนนนำค่าคะแนนที่ได้แต่ละตัวแปรไปเปรียบเทียบกับตารางสี (Color Chart) ซึ่งมีทั้งหมด 5 สี ได้แก่ สีเขียว (กลุ่มเสี่ยงต่ำ) สีเหลือง (กลุ่มเสี่ยงปานกลาง) สีส้ม (กลุ่มเสี่ยงสูง) สีแดง (กลุ่มเสี่ยงสูงมาก) และสีน้ำตาล (กลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย) แปลผลเป็นร้อยละที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า รายละเอียดดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงการแปลผลเป็นร้อยละที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า

สี	ร้อยละที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า
เขียว	< 10%
เหลือง	10 - < 20%
ส้ม	20 - < 30%
แดง	30 - < 40%
น้ำตาล	≥ 40%

ที่มา: กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557

2) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป ตั้งแต่ 100-125 มก./ดล.) และโรคความดันโลหิตสูง (Pre-HT: มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 ถึง 139/89 มม.ปรอท) และผู้ที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ใช้เครื่องมือการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) สอบถาม/ประเมินปัจจัยเสี่ยง 7 ประเด็น คือ

- 2.1) การสูบบุหรี่
 - 2.2) ระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 130/85 มม.ปรอท (เป็นค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน
 - 2.4) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ
 - 2.5) ขนาดรอบเอว มากกว่า ส่วนสูง (เซนติเมตร) หาร 2
 - 2.6) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
 - 2.7) มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชาย เป็นก่อนอายุ 55 ปี หรือผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)
- หมายเหตุ: เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แต่ยังไม่ได้รับการรักษาถือเป็นกลุ่มเสี่ยง

ภายหลังจากการสอบถาม/ประเมินปัจจัยเสี่ยง 7 ประเด็นเสร็จสิ้น กำหนดสถานะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด รายละเอียดดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงสถานะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

จำนวนปัจจัยเสี่ยง	สถานะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
≤ 2 ข้อ	เสี่ยง
3 – 4 ข้อ	เสี่ยงสูง
≥ 5 ข้อ	เสี่ยงสูงมาก

ที่มา: กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง แต่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ มีความรู้ในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง (Ammouri, Raddaha, Natarajan, & D'Souza, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Choi, Rankin, Stewart, and Oka (2008) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยชาวเกาหลีที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 76.9 อยู่ในระดับต่ำ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงใช้ตารางสี เป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การวินิจฉัยเพื่อค้นหา ผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ถือเป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันและ ควบคุมกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ซึ่งการเข้าถึงการคัดกรองและได้รับการดูแลที่ เหมาะสม มีประสิทธิภาพ จะเพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และ ลดภาระของโรคที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ (ธิดารัตน์ อภิญญา, 2560)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) ของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไว้ดังนี้

1) การหยุดสูบบุหรี่ หยุดสูบบุหรี่หรือไม่เริ่มสูบบุหรี่ (รวมทั้งยาสูบในรูปแบบอื่น) และ ไม่สูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ ในรายที่ให้คำปรึกษาแล้วไม่ได้ผล อาจพิจารณาให้ Nicotine Replacement และ/หรือ ยา Nortriptyline หรือ Amfebutamone (Bupropion)

2) การบริโภคอาหาร

2.1) ลดอาหารไขมันสูง

2.1.1) ลดบริโภคไขมันที่มาจากสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อ นม เนย เป็นต้น

2.1.2) ลดบริโภคของไขมัน ของทอด อาหาร เครื่องดื่มที่มีไขมันสูง

2.1.3) ลดบริโภคอาหารจำพวกเบเกอรี่ เช่น คูกี้ เค้ก เฟรนช์ฟรายด์ เป็นต้น หรือ ของทอดซ้ำ ซึ่งมีกรดไขมันทรานส์มาก

2.1.4) ควรบริโภคน้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว ถั่วลิสง และไขมันจากปลาทะเล และปลาน้ำจืด

2.2) ลดอาหารเค็ม หรือมีเกลือโซเดียมสูง

2.2.1) ลดบริโภคอาหารที่มีรสและลดเครื่องดื่มที่มีรสเค็ม เช่น อาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เครื่องดื่มเกลือแร่ เป็นต้น

2.2.2) ลดการบริโภคน้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ พงชูรส ลงในอาหาร

2.2.3) ควรบริโภคอาหารปรุงสุก เครื่องดื่มสด แทนอาหารเครื่องดื่มสำเร็จรูป

2.3) ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง

2.3.1) หลีกเลียงบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้ เป็นต้น

2.3.2) ลดบริโภคน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ถึง 8 ช้อนชา หรือ 24 ถึง 32 กรัม

2.4) เพิ่มผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด มีต่อละ 2 ฝ่ามือพูน หรือ ผักสุกมีต่อละ 1 ฝ่ามือพูน ผลไม้ไม่หวานจัด 15 คำต่อวัน หรือรับประทาน ผัก ผลไม้ อย่างน้อยครั้งกิโลกรัมต่อวัน

3) ออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายระดับหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว เป็นต้น อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เวลาว่าง และการทำงาน มีงานวิจัยมากมายที่ได้แสดงหลักฐานยืนยันว่าการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอมีผลต่อสุขภาพ สามารถลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ลดอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน อ้วน และมะเร็ง เป็นต้น

4) การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ผู้ที่อ้วน/น้ำหนักเกิน ต้องลดน้ำหนัก โดยลดพลังงานที่รับประทานและเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5) การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แนะนำลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากกว่า 3 หน่วยมาตรฐานต่อวัน (หนึ่งดื่มมาตรฐาน คือ เครื่องดื่มที่มีปริมาณของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม โดยใช้ปริมาณที่เท่ากันของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเป็นมาตรฐานการวัด “หนึ่งดื่มมาตรฐาน” แทนขนาดของบรรจุภัณฑ์หรือประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ และสุรา) ตัวอย่างดังต่อไปนี้

5.1) เบียร์ 1 ขวด ขนาด 750 มิลลิลิตร ดัชนีของแอลกอฮอล์ 5% เท่ากับ 3 ดื่มมาตรฐาน

5.2) ไวน์ 1 ขวด ขนาด 750 มิลลิลิตร ดัชนีของแอลกอฮอล์ 13.5% เท่ากับ 8 ดื่มมาตรฐาน

5.3) สุรา ขนาด 750 มิลลิลิตร ดัชนีของแอลกอฮอล์ 40% เท่ากับ 24 ดื่มมาตรฐาน

6) การได้รับยาตามความเหมาะสม

6.1) Antihypertensive Drugs

6.1.1) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Risk < 20%) ในรายที่ BP \geq 140/90 มม.ปรอท ให้แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิต และติดตามวัดระดับความดันโลหิตทุก 6 เดือน

6.1.2) กลุ่มเสี่ยงสูง (Risk 20 < 30%) ในรายที่ BP \geq 140/90 มม.ปรอท ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญประมาณ 3 - 6 เดือน ถ้าความดันโลหิตไม่ลง หรือควบคุมไม่ได้ ให้พิจารณาเพื่อรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 ตัว จากตัวเลือกดังต่อไปนี้ Thiazide - Like Diuretic, ACE Inhibitor, Calcium Channel Blocker หรือ Beta - Blocker โดยแนะนำให้เริ่มยา Low Dose Thiazide - Like Diuretic, ACE Inhibitor หรือ Calcium Channel Blocker ก่อน

6.1.3) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (Risk $\geq 30\%$) ในรายที่ BP $\geq 130/80$ มม.ปรอท พิจารณาใช้ยา Thiazide - Like Diuretic, ACH Inhibitor, Calcium Channel Blocker หรือ Beta - Blocker โดยแนะนำให้เริ่มยา Low Dose Thiazide - Like Diuretic, ACE Inhibitor หรือ Calcium Channel Blocker ก่อน

6.2) Lipid - Lowering Drugs (Statins)

6.2.1) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Risk $< 20\%$) แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ

6.2.2) กลุ่มเสี่ยงสูง (Risk 20 - $< 30\%$) ในรายที่ค่า Total Cholesterol > 280 มก./ดล. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ถ้าไม่ดีขึ้นพิจารณาให้ยา Statins

6.2.3) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (Risk $\geq 30\%$) แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ควบคุมกับการให้ยา Statins โดยเป้าหมาย Blood Cholesterol < 200 มก./ดล., LDL - Cholesterol < 70 มก./ดล.

6.3) Hypoglycemic Drugs

6.3.1) ในผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานและมี Persistent Fasting Blood > 6 มิลลิโมล/ลิตร (108 มล./ดล.) ทั้งที่ได้ควบคุมอาหารแล้ว ควรลดน้ำหนักลง 7% ใน 6 เดือน และ ออกกำลังกายหนักระดับปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ ถ้าไม่ได้ผลพิจารณาให้ยา Metformin

6.3.2) ในผู้ป่วยเบาหวาน ให้การรักษาและปรับพฤติกรรมโดยมีค่าเป้าหมายคือ FPG 70 - 130 มก./ดล.

6.4) Antiplatelet Drugs

6.4.1) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Risk $< 20\%$) ไม่ให้ Low - Dose Aspirin

6.4.2) กลุ่มเสี่ยงสูง (Risk 20 - $< 30\%$) พิจารณาให้ Low - Dose Aspirin เฉพาะราย โดยต้องคำนึงระหว่างผลดีและอันตรายจากการได้รับยา Aspirin

6.4.3) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (Risk $\geq 30\%$) ควรให้ Low - Dose Aspirin ทุกราย

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจี่เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ 66 - 79 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหารและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (สิทธิโชค หายโสภ และคณะ, 2560) ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ (2560) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ณ สถานีอนามัย ตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับไม่ดี

ถึงปานกลาง ร้อยละ 25, 36, และ 22 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านการรักษาและการใช้ยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95 ส่วนผลการวิจัยของกฤษณา คำลอยฟ้า (2554) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลแก่งสนามนาง อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

การที่ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่พึงประสงค์ บรรลุเป้าหมาย คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง โดยการรับประทานอาหารที่สมดุลทั้งปริมาณและคุณภาพเพื่อป้องกันโรค การออกกำลังกายที่เพียงพอต่อการป้องกันโรค การจัดการความเครียดด้วยตนเอง และการเลิกสูบบุหรี่ ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี เช่น ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไขมันคอเลสเตอรอลได้มาตรฐาน ระดับความดันโลหิตระดับไขมัน และระดับน้ำตาลในเลือดปกติ สามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง ห่างไกลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553)

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

โชติกา เต็มยอด (2558) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.80 มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.90 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.158$, $p < 0.05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.141$, $p < 0.05$) และความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.320$, $p < 0.01$)

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า มีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบทั้งสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (เนาวรัตน์ จันทานนท์,

บุษราคัม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์, 2554) และไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2560) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สิทธิโชค หายโสภ และคณะ, 2560) 3) การรับรู้แรงเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สิทธิโชค หายโสภ และคณะ, 2560) 4) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณมา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี, 2557)

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน เมื่อเกิดอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงรับรู้อาการ ไม่ถูกต้อง และมีการจัดการอาการไม่เหมาะสม เป็นผลให้ได้รับการรักษาล่าช้าและเกิดอันตรายแก่ชีวิต สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพดี บางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายไม่ดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านสุขภาพ การรับรู้แรงเสริม การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน พบการวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ประเมินจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วยค่อนข้างน้อย การวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ผ่านมามากเป็นเป็นการวิจัยการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังไม่พบการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากรายงานสถิติประชากรในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าแนวโน้มการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในเขตอำเภอเมือง

จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการและอาการแสดง และจัดการอาการเมื่อเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึง (Accessible Population) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนรวมกันทั้งหมด 7,392 คน (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ, 2561ก)

กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน
- 2) อายุ 35 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์กำหนดของแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557)
- 3) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูดและมองเห็น
- 4) พุฒคุ้ยรู้เรื่อง สามารถโต้ตอบได้ดี
- 5) สม่ัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบถ้วน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองเชียงรายตามเกณฑ์การตัดเข้า ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามสูตรของ Yamane (1973, p.727 อ้างถึงใน กัทธานิชฐ์ เหมาะทอง, วนิดา ทองโคตร, และสุพรรณิ อึ้งปัญญาตวงศ์, 2560) และใช้ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 หรือ .05

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

เมื่อ n = กลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด = 7,392 คน

e = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับให้มีได้ = .05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 380 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีทั้งหมด 30 แห่ง โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จาก รพ.สต.

ในแต่ละเขต ซึ่งมีรวมทั้งหมด 5 เขต ๆ ละ 1 แห่ง ได้ดังต่อไปนี้

เขตที่ 1 กลางเมืองเชียงราย มี รพ.สต. 5 แห่ง สุ่มได้ รพ.สต. สันทราย

เขตที่ 2 ทิศเหนือ มี รพ.สต. 7 แห่ง สุ่มได้ รพ.สต. นางแล

เขตที่ 3 ทิศตะวันออก มี รพ.สต. 6 แห่ง สุ่มได้ รพ.สต. ห้วยสัก

เขตที่ 4 ทิศใต้ มี รพ.สต. 6 แห่ง สุ่มได้ รพ.สต. ป่าอ้อดอนชัย

เขตที่ 5 ทิศตะวันตก มี รพ.สต. 6 แห่ง สุ่มได้ รพ.สต. แม่ยาว

2) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ใน รพ.สต. ที่เลือกได้ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากร รพ.สต. นั้น ๆ รายละเอียดจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของ รพ.สต. แต่ละแห่งเป็นดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

เขต/รพ.สต.	จำนวนตัวอย่าง (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เขตที่ 1 กลางเมืองเชียงราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันทราย	513	81
เขตที่ 2 ทิศเหนือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนางแล	492	77
เขตที่ 3 ทิศตะวันออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสัก	567	89
เขตที่ 4 ทิศใต้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าอ้อคอนชัย	523	82
เขตที่ 5 ทิศตะวันตก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว	322	51
รวม	2,417	380

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็นข้อมูลจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และสิทธิการรักษา และข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้ผลครั้งล่าสุดของการตรวจรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) เป็นตารางสี (Color Chart) แบ่งเป็นตารางสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน และไม่เป็นเบาหวาน และแบ่งเป็นกรณีที่ทราบผลโคเลสเตอรอลในเลือด และไม่ทราบผลโคเลสเตอรอลในเลือด ดังรูปที่ 3.1 และรูปที่ 3.2 ระดับความเสี่ยงจะขึ้นกับ ข้อบ่งชี้ ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และการสูบบุหรี่ วิธีการประเมินโอกาสเสี่ยงมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สถานบริการมีการตรวจหา Cholesterol ในเลือดหรือไม่ ถ้ามีใช้ตารางที่ 1 ถ้าไม่มีใช้ตารางที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

ขั้นตอนที่ 3 เลือกเพศชาย หรือหญิง

ขั้นตอนที่ 4 เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบหรือไม่สูบ

ขั้นตอนที่ 5 เลือกช่วงอายุ ดังนี้

ช่วงอายุ <40 - 49 ปี เลือกช่อง 40

ช่วงอายุ 50 - 59 ปี เลือกช่อง 50

ช่วงอายุ 60 - 69 ปี เลือกช่อง 60

ช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป เลือกช่อง 70

ขั้นตอนที่ 6 เลือกค่า Systolic Blood Pressure (SBP) ดังนี้

SBP <120 - 139 มม.ปรอท เลือกช่อง 120

SBP 140 - 159 มม.ปรอท เลือกช่อง 140

SBP 160 - 179 มม.ปรอท เลือกช่อง 160

SBP 180 มม.ปรอทขึ้นไป เลือกช่อง 180

ขั้นตอนที่ 7 เลือกค่า Cholesterol กรณีทราบค่า Cholesterol ดังนี้

Cholesterol <160 - 199 มก./ดล. เลือกช่อง 160

Cholesterol 200 - 239 มก./ดล. เลือกช่อง 200

Cholesterol 240 - 279 มก./ดล. เลือกช่อง 240

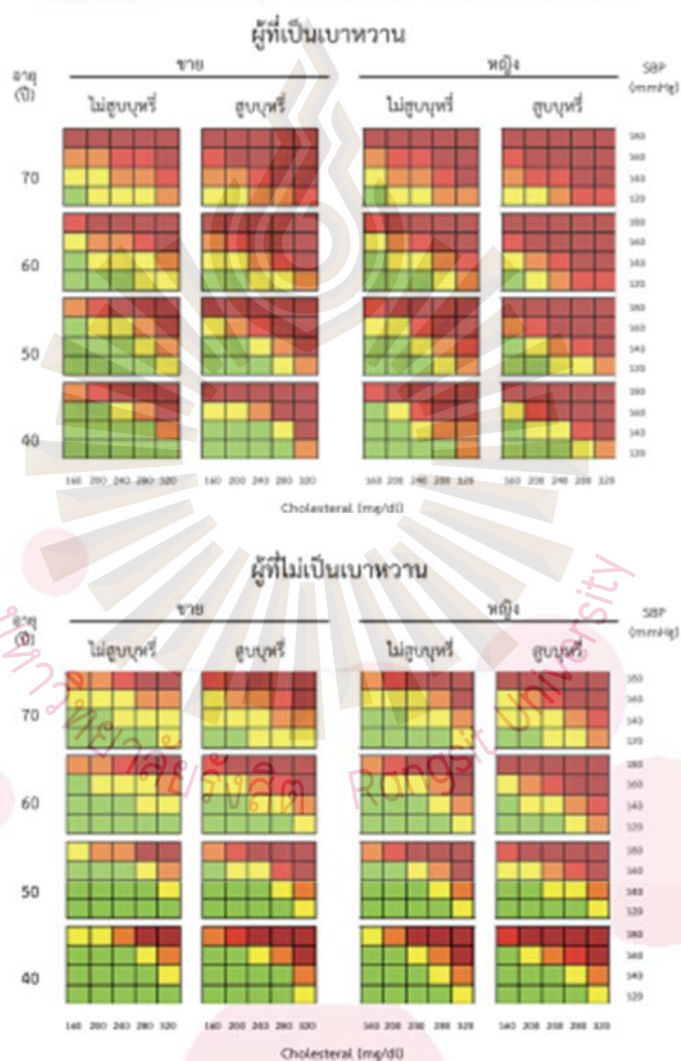
Cholesterol 280 - 319 มก./ดล. เลือกช่อง 280

Cholesterol 320 มก./ดล. ขึ้นไป เลือกช่อง 320

เมื่อประเมินโอกาสเสี่ยงตามขั้นตอน แถบสีจะบอกถึงกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า แบ่งเป็น 5 กลุ่มตามแถบสี ดังนี้

สีเขียว	< 10%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ
สีเหลือง	10 - < 20%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง
สีส้ม	20 - < 30%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง
สีแดง	30 - < 40%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก
สีน้ำตาล	≥40%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย

ตารางสีที่ 1 กรณีทราบผล โคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด

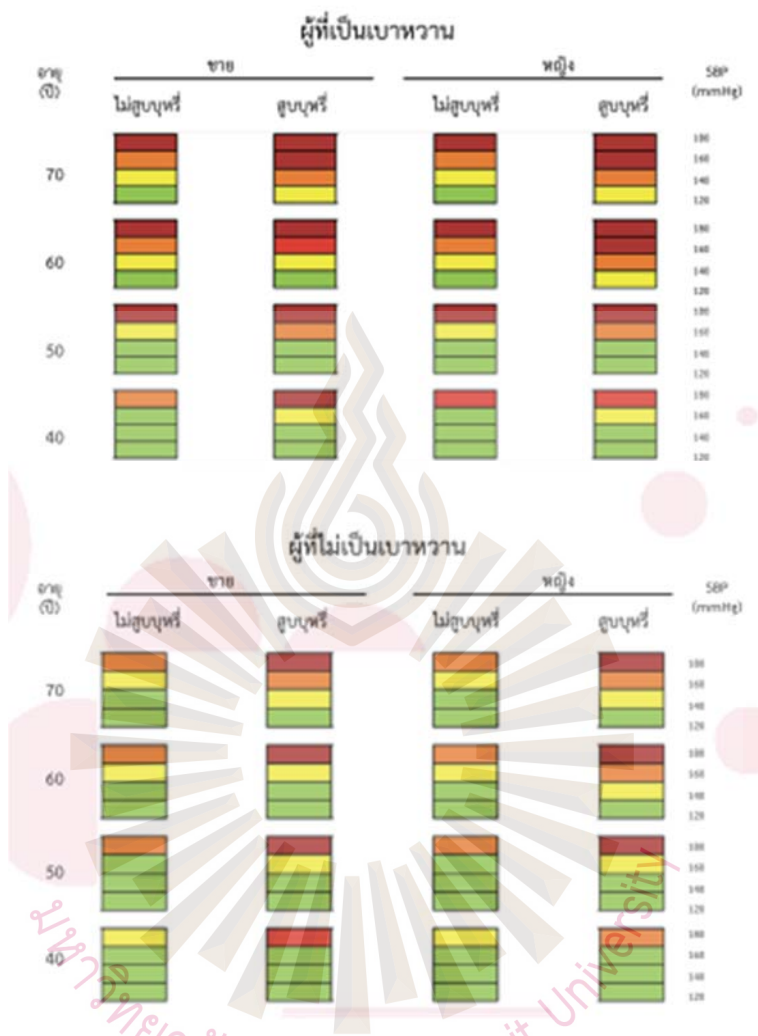


รูปที่ 3.1 แสดงตารางสี (Color Chart) กรณีทราบผลโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ของ WHO/ISH

Risk Prediction Chart for SEAR B (2017)

ที่มา: คัดแปลง โดย กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557

ตารางสีที่ 2 กรณีไม่ทราบผล cholesterol ในเลือดหรือสถานบริการสาธารณสุข
ไม่มีบริการตรวจหา cholesterol ในเลือด



รูปที่ 3.2 ตารางสี (Color Chart) กรณีไม่ทราบผลโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ของ WHO/ISH

Risk Prediction Chart for SEAR B (2017)

ที่มา: คัดแปลงโดย กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด อาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือด ของลาวัลย์ เวทยาวงศ์และคณะ (2560) เดิมมีจำนวน 22 ข้อ 22 คะแนน ผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามด้านปัจจัยเสี่ยงและด้านอาการและอาการแสดง และเพิ่มตัวเลือกในด้านการจัดการอาการ รวมข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 27 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พิจารณาจากคะแนนดิบของความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการและอาการแสดง และด้านการจัดการอาการ เมื่อเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1979) ซึ่งแบ่งค่าเฉลี่ยของร้อยละและแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 - 59 อยู่ในระดับต่ำ 60 - 79 อยู่ในระดับปานกลาง และ 80 - 100 อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 0 – 16.19 คะแนน หรือ มีคะแนนรวม 0 - 16 คะแนน	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 16.20 – 21.59 คะแนน หรือ มีคะแนนรวม 17 - 21 คะแนน	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับ กลุ่มอาการหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 22.60 – 27 คะแนน หรือ มีคะแนนรวม 22 - 27 คะแนน	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน คือ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการและอาการแสดง และด้านการจัดการเมื่อมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงรายละเอียดดังนี้

1) ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ / ไม่ใช่ หรือ ไม่แน่ใจ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง หรือ ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูง

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พิจารณาจากคะแนนดิบ โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1979) ซึ่งแบ่งค่าเฉลี่ยของร้อยละและแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 - 59 อยู่ในระดับต่ำ 60 - 79 อยู่ในระดับปานกลาง และ 80 - 100 อยู่ในระดับสูง โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 – 7.19 คะแนน หรือ หมายถึง ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ
มีคะแนนรวม 0 – 7 คะแนน

ค่าเฉลี่ย 7.20 – 9.59 คะแนน หรือ หมายถึง ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
มีคะแนนรวม 8 – 9 คะแนน

ค่าเฉลี่ย 9.60 – 12 คะแนน หรือ หมายถึง ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูง
มีคะแนนรวม 10 – 12 คะแนน

2) ด้านอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 9 ข้อ
คะแนนเต็ม 12 คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน
ตอบไม่ถูกต้อง หรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ด้านอาการและอาการ
แสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดี

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของ
กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พิจารณาจากคะแนนดิบ โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ
Bloom (1979) ซึ่งแบ่งค่าเฉลี่ยของร้อยละและแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 - 59
อยู่ในระดับต่ำ 60 - 79 อยู่ในระดับปานกลาง และ 80 - 100 อยู่ในระดับสูง โดยกำหนดเกณฑ์ระดับ
คะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 – 5.39 คะแนน หรือ หมายถึง ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงอยู่ใน
มีคะแนนรวม 0 – 5 คะแนน ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 7.20 – 9.59 คะแนน หรือ หมายถึง ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงอยู่ใน
มีคะแนนรวม 8 – 9 คะแนน ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 5.40 – 7.19 คะแนน หรือ หมายถึง ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงอยู่ใน
มีคะแนนรวม 6 – 7 คะแนน ระดับสูง

3) ด้านการจัดการเมื่อมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 6 ข้อ
คะแนนเต็ม 6 คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 7 ตัวเลือก ได้แก่ เรียก 1669 และไปโรงพยาบาล
ที่ใกล้ที่สุด ให้ 1 คะแนน และหากตอบ ไปคลินิก พักสังเกตอาการให้แน่ใจ โทรปรึกษาญาติ
ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิการรักษาทันที และไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่ามีความรู้
เกี่ยวกับการจัดการอาการเมื่อมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดี

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของความรู้ด้านการจัดการเมื่อมีอาการของ
กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พิจารณาจากคะแนนดิบ โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ
Bloom (1979) ซึ่งแบ่งค่าเฉลี่ยของร้อยละและแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 - 59

อยู่ในระดับต่ำ 60 - 79 อยู่ในระดับปานกลาง และ 80 - 100 อยู่ในระดับสูง โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 – 3.59 คะแนน หรือ มีคะแนนรวม 0 – 3 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 3.60 - 4.79 หรือ มีคะแนนรวม 4 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับ ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 4.80 – 6 คะแนน หรือ มีคะแนนรวม 5 – 6 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อเสนอแนะในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว และลดพฤติกรรมเสี่ยง การทำจิตใจให้แจ่มใส การควบคุมโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาและการตรวจตามนัด รวมจำนวน 22 ข้อ คะแนนเต็ม 88 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดี ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

- 4 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือทุกวัน
- 3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน
- 2 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น เป็นส่วนน้อยหรือ สัปดาห์ละ 1 - 2 วัน
- 1 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พิจารณาจากคะแนนดิบ ซึ่งแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ และระดับดี โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

22 – 44 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
45 – 66 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
65 – 88 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การกำหนดระดับพฤติกรรมสุขภาพจากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพรายข้อ มีเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

1.0 - 2.0 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
2.1 - 3.0 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
3.1 - 4.0 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง (Validity)

การหาความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในงานการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI = 1.0

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder Richardson-20 ได้ .75 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ .70 โดยแบบสอบถามผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (ที่ไม่ใช่ รพ.สต.เป้าหมาย) และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวน จึงหาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน ได้ .88 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับคณะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัย (เอกสารการรับรองเลขที่ 61-361-006) และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อทำให้การรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่เลือก เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการศึกษา
- 2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตใช้ข้อมูลบางส่วนจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
- 3) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง

การจัดการเมื่อมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามคนละไม่เกิน 15 นาที หลังจากสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน

4) ผู้วิจัยนำข้อมูลบางส่วนในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจากบางส่วนของเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างมาประเมินความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

5) หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการจัดการเมื่อมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนระดับความรู้และระดับพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้การทดสอบไคแอสควร์ (Chi - Square Test)

4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติโคโมโกรอฟ-สมเมอร์ นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ไม่เป็น โกงปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในเขตอำเภอเมืองเชียงราย โดยได้ทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 380 ราย ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัย และแปลความหมาย ออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวานจำนวน 380 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.1 มีอายุระหว่าง 35 - 87 ปี มีอายุเฉลี่ย 61.15 ปี (SD = 8.77) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 71.8) เกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 91.6) มีรายได้เฉลี่ย 3438.16 บาทต่อเดือน (SD = 3647.47) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.6) ไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 55.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 39.7) ระดับน้ำตาลในเลือด 37.0 - 260.0 mg.% ระดับไขมันคอเลสเตอรอลอยู่ในระดับปกติ <200 mg./dl. (ร้อยละ 71.8) เพศหญิงระดับไขมันเอชดีแอลอยู่ในระดับต่ำ <50 mg./dl. และเพศชายระดับไขมันเอชดีแอลอยู่ในระดับปกติ 40 - 59 mg./dl. ระดับไขมันแอลดีแอลอยู่ในระดับดี 70 - 99 mg./dl. (ร้อยละ 37.8) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมีค่า 100 - 190 mm.Hg (ค่าเฉลี่ย = 134.58± 13.97 mm.Hg) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมีค่า 56 - 107 mm.Hg. (ค่าเฉลี่ย = 79.32± 9.11 mm.Hg) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน (18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) มากที่สุด (ร้อยละ 31.8) ส่วนใหญ่ไม่มี/ไม่ทราบประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ร้อยละ 91.8) สัทธิกรรักษาเกือบทั้งหมดใช้สิทธิบัตรประกันคุณภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 97.4) ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (<10%) (ร้อยละ 91.3) รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 380)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	125	32.9
หญิง	255	67.1
อายุ (ปี)		
≤ 49	35	9.2
50 - 59	117	30.8
60 - 69	167	43.9
≥ 70	61	16.1
อายุ		
ต่ำสุด - อายุสูงสุด (ปี)	35 - 87	
Mean ± SD	61.15 ± 8.77	
สถานภาพสมรส		
โสด	26	6.8
สมรส	273	71.8
หม้าย/หย่า/แยก	81	21.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	348	91.6
มัธยมศึกษา	20	5.3
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	9	2.4
ปริญญาตรี	3	0.8
รายได้		
ต่ำสุด-สูงสุด (บาท/เดือน)	300 - 30,000	
Mean ± SD	3438.16 ± 3647.47	

ตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 380) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	348	91.6
โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	211	55.5
โรคเบาหวาน	151	39.7
โรคอ้วน	4	1.1
โรคอื่น ๆ	11	2.9
ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด		
เฉียบพลัน		
ไม่มี/ไม่ทราบ	349	91.8
มี	31	8.2
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	370	97.4
อื่น ๆ	10	2.6
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)		
น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	14	3.7
18.5 - 22.9 (สมส่วน)	121	31.8
23.0 - 24.9 (น้ำหนักเกิน)	81	21.3
25.0 - 29.9 (โรคอ้วน)	113	29.7
มากกว่า 30 (โรคอ้วนอันตราย)	36	9.5
ระดับไขมันรวมคอเลสเตอรอล (mg./dl.) (n = 366)		
ปกติ <200	273	71.8
สูงปานกลาง 200 - 239	73	19.2
สูงมาก ≥ 240	20	5.3
ระดับไขมันเอชดีแอล (mg./dl.) (n = 366)		
ต่ำ (ชาย < 40, หญิง < 50)	112	30.6
ปกติ (ชาย 40 - 59, หญิง 50 - 59)	140	38.3
ดีมาก (>60)	114	31.1

ตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 380) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
ระดับไขมันแอลดีแอล (mg./dl.) (n = 366)		
ดีเยี่ยม <70	41	10.8
ดี 70 - 99	142	37.4
เกือบดี 100 - 129	120	31.6
ปานกลาง 130 - 159	50	13.2
สูง 160 - 189	11	2.9
สูงมาก ≥ 190	2	0.5
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ต่ำสุด - สูงสุด (mg./dl)	68 - 260	
Mean \pm SD	105.96 \pm 24.47	
ค่าความดันโลหิต		
ซิสโตลิก ต่ำสุด-สูงสุด (mm.Hg.)	100 - 190	
Mean \pm SD	134.58 \pm 13.97	
ไดแอสโตลิก ต่ำสุด-สูงสุด (mm.Hg.)	56 - 107	
Mean \pm SD	79.32 \pm 9.11	
ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า		
กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (<10%)	347	91.3
กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (10-<20%)	23	6.1
กลุ่มความเสี่ยงสูง (20-<30%)	9	2.4
กลุ่มความเสี่ยงสูงมาก (30-<40%)	1	0.3

ส่วนที่ 2 ทอวัตถุประสงค์การวิจัย

1) ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 16.48 คะแนน (SD = 6.17) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 8.60 คะแนน (SD = 4.01) มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.98 คะแนน (SD = 2.66) (คะแนนเต็ม 9 คะแนน) และมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.44 คะแนน (SD = 2.35) รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คะแนนความรู้	คะแนนเต็ม	Min-Max	Mean \pm SD	ระดับ
ด้านปัจจัยเสี่ยง	12	0 - 12	8.60 \pm 4.01	ปานกลาง
ด้านอาการและอาการแสดง	9	0 - 9	4.98 \pm 2.66	ต่ำ
ด้านการจัดการ	6	0 - 6	3.44 \pm 3.35	ต่ำ
ความรู้โดยรวม	27	0 - 27	16.48 \pm 6.17	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 42.4) แต่มีความรู้ด้านอาการและอาการแสดง ด้านการจัดการอาการ และความรู้โดยรวมในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 54.5, 44.5 และ 46.3 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 380)

ความรู้	ระดับความรู้					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านปัจจัยเสี่ยง	147	38.7	72	18.9	161	42.4
ด้านอาการและอาการแสดง	207	54.5	86	22.6	87	22.9
ด้านการจัดการเมื่อมีอาการ	169	44.5	56	14.7	155	40.8
ความรู้โดยรวม	176	46.3	119	31.3	85	22.4

2) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับดี (ร้อยละ 61.1) โดยมีค่าเฉลี่ย 71.4 คะแนน (SD = 11.97) รายละเอียดดังตารางที่ 4.4 และ 4.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 แสดงคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	Min-Max	Mean ± SD	ระดับ
		88	22 - 88	71.4 ± 11.97

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

พฤติกรรมสุขภาพ	ไม่ดี		พอใช้		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	5	1.3	143	37.6	232	61.1

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 3 ประการ ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (3.89±.36) การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ (3.75±.55) และการงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ (3.70±.74) โดยพฤติกรรมสุขภาพข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การรู้จักชื้อยาและการสังเกต

อาการข้างเคียงของยา (2.42 ± 1.18) การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ (2.57 ± 1.01) และการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคหัวใจ (2.61 ± 1.09) รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นรายข้อ (n = 380)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดแกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์	2.86	.853	พอใช้
2. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารที่ใส่ผงชูรส บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	2.71	.975	พอใช้
3. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น ปลาเค็ม กะปิ ผักกาดดอง ไข่กรอก	2.66	.949	พอใช้
4. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส	2.57	1.018	พอใช้
5. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน ทูเรียน ลำไย	2.80	.801	พอใช้
6. ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ	2.94	.893	พอใช้
7. ท่านงดรับประทานขนมเบเกอรี่ เช่น คุกกี้ เค้ก	3.05	.820	พอใช้
8. ท่านรับประทานผักสดอย่างน้อยวันละ 6 ฝ่ามือพูน หรือ ผักสุกอย่างน้อยวันละ 3 ฝ่ามือพูน	3.57	.746	ดี
9. ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัดอย่างน้อยวันละ 15 คำ เช่น ฝรั่ง ชมพู่ กล้วยน้ำว้า เป็นต้น	3.12	.837	ดี
10. ท่านขยับถ่ายตรงเวลา ไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ	3.41	.786	ดี
11. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที/วัน เช่น เดินเร็ว ชีจ๊กรยาน แกว่งแขน	2.90	1.028	พอใช้
12. ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนหรือมีน้ำหนักเกิน โดยควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานและเพิ่มการออกกำลังกาย	2.89	.935	พอใช้

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน
กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นรายข้อ (n = 380) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ
13. ท่านงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - ในผู้ชาย ดื่มเบียร์ไม่เกิน 1 ขวด/วัน ไวน์ ไม่เกิน 1 แก้ว/วัน สุรา ไม่เกิน 10 มิลลิลิตร/วัน - ในผู้หญิงหรือผู้มีน้ำหนักตัวน้อย ดื่มไม่เกินครึ่งหนึ่งของ ผู้ชาย	3.37	.885	ดี
14. ท่านงดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	3.70	.736	ดี
15. ท่านงดใช้สารเสพติดและงดดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	3.53	.800	ดี
16. ท่านทำกิจกรรมที่ทำให้จิตใจแจ่มใสและผ่อนคลายเสมอ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ ทำกิจกรรมที่ชอบ นั่งสมาธิ	3.32	.753	ดี
17. ท่านรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างเคร่งครัด	3.75	.545	ดี
18. ท่านรู้จักชื้อยา และสังเกตอาการของยา	2.42	1.181	พอใช้
19. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจ เช่น เจ็บหน้าอก เป็นต้น	2.61	1.093	พอใช้
20. ท่านควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติอยู่เสมอ	3.54	.621	ดี
21. ท่านควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติอยู่เสมอ	3.54	.634	ดี
22. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.89	.361	ดี

3) ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (<10%) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมและความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (16.48 ± 6.17 , 8.06 ± 3.68 ตามลำดับ) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดง และการจัดการอาการอยู่ในระดับต่ำ (15.26 ± 7.55 , 6.52 ± 5.1 , 4.35 ± 3.5 ตามลำดับ) ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (10 - <20%) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอยู่ในระดับปานกลาง (4.39 ± 2.45) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัย

เสียง อาการและอาการแสดง และโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (6.52 ± 5.14 , 4.35 ± 3.56 , 15.26 ± 7.55 ตามลำดับ) ส่วนผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสียงสูงถึงสูงมาก (20 - <40%) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (17.80 ± 8.98 , 8.60 ± 4.00 , 5.40 ± 3.50 , 3.80 ± 2.61 ตามลำดับ)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามกลุ่มเสียงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสียงต่ำ (<10%) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (68.84 ± 9.18) ส่วนผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสียงปานกลาง (10 - <20%) และกลุ่มเสียงสูงถึงสูงมาก (20 - <40%) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี (73.04 ± 19.64 , 71.40 ± 11.97 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามกลุ่มเสียงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า					
	กลุ่มเสียงต่ำ (<10%)		กลุ่มเสียงปานกลาง (10-<20%)		กลุ่มเสียงสูง-สูงมาก (20-<40%)	
	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน						
- ด้านปัจจัยเสี่ยง	8.06±3.68	ปานกลาง	6.52±5.14	ต่ำ	8.60±4.01	ปานกลาง
- ด้านอาการและอาการแสดง	4.97±2.66	ต่ำ	4.35±3.56	ต่ำ	5.40±3.56	ปานกลาง
- ด้านการจัดการอาการ	3.44±2.35	ต่ำ	4.39±2.45	ปานกลาง	3.80±2.61	ปานกลาง
- ความรู้โดยรวม	16.48±6.17	ปานกลาง	15.26±7.55	ต่ำ	17.80±8.98	ปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	68.84±9.18	ดี	73.04±10.64	ดี	71.40±11.97	ดี

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเสียงต่ำและปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 45.8 และ 56.5 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเสียงสูงถึงสูงมาก มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 50) และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 40

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเสียงต่ำและปานกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับดี (ร้อยละ 60.8 และ 69.6 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่ม

ตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมาก มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับพอใช้และดีเท่ากันที่ร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจและหลอดเลือดกับความรู้อุบัติกรรมสุขภาพ ด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่าไม่สัมพันธ์กัน ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ ($n = 380$)

	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด			χ^2	p-value
	กลุ่มเสี่ยงต่ำ	กลุ่มเสี่ยงปานกลาง	กลุ่มเสี่ยงสูง-สูงมาก		
	(<10%) (n = 347) n (%)	(10-<20%) (n = 23) n (%)	(20-<40%) (n = 10) n (%)		
ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน				6.425	0.170
ต่ำ (0-16 คะแนน)	159 (45.8)	13 (56.5)	4 (40)		
ปานกลาง (17-21 คะแนน)	113 (32.6)	5 (21.7)	1 (10)		
สูง (22-27 คะแนน)	75 (21.6)	5 (21.7)	5 (50)		
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน				1.676	0.795
ไม่ดี (22-44 คะแนน)	5 (1.4)	0 (0)	0 (0)		
พอใช้ (45-66 คะแนน)	131 (37.8)	7 (30.4)	5 (50)		
ดี (67-88 คะแนน)	211 (60.8)	16 (69.6)	5 (50)		

4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
 เียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเียบพลัน โดยใช้
 ค่าประสิทธิสหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า ความรู้ทั้งรายด้านและโดยรวมมีความสัมพันธ์กับ
 พฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเียบพลันกับ
 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเียบพลัน โดยการใ้
 ค่าประสิทธิสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ($n = 380$)

ความรู้	พฤติกรรมสุขภาพ
ด้านปัจจัยเสี่ยง	.164**
ด้านอาการและอาการแสดง	.139**
ด้านการจัดการอาการ	.341***
ความรู้โดยรวม	.241***

** $p < .01$ *** $p < .001$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ ความเสี่ยง ต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart) ของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2557) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไค - สแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

สรุปผลการวิจัย

1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 380 คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 61.15 ปี (SD = 8.77) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส เกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3438.16 บาท (SD = 3647.47) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วนมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พบ หรือไม่ทราบประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สิทธิการรักษาเกือบทั้งหมดใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

2) ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (16.48 ± 6.17) และส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.3) เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายด้าน พบดังนี้

2.1) ด้านปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ย ในระดับปานกลาง (8.60 ± 4.01) และส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 42.4)

2.2) ด้านอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ย ในระดับต่ำ (4.98 ± 2.66) และส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 54.5)

2.3) ด้านการจัดการเมื่อมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ย ในระดับต่ำ (3.44 ± 3.35) และส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 44.5)

3) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เฉลี่ยในระดับดี (71.4 ± 11.97) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.1) มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมี 11 ประการ ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การรับประทานผักสด การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ การงดใช้สารเสพติดและงดดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การขับถ่ายตรงเวลา ไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ การงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การทำกิจกรรมที่ทำให้จิตใจแจ่มใส และผ่อนคลายเสมอ และการรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด (3.89 ± 3.36 , 3.75 ± 3.55 , 3.70 ± 3.74 , 3.57 ± 3.75 , 3.54 ± 3.62 , 3.54 ± 3.63 , 3.53 ± 3.80 , 3.41 ± 3.79 , 3.37 ± 3.89 , 3.32 ± 3.75 , 3.12 ± 3.84 ตามลำดับ) โดยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ และการงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ตามลำดับ และพฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่เหลือนี้อีกมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ทั้งหมด ได้แก่ การงดรับประทานขนมเบเกอรี่ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การหลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม การสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ และรู้จักชื้อยาและสังเกตอาการของยา (3.05 ± 3.82 , 2.94 ± 3.89 , 2.90 ± 3.03 , 2.89 ± 3.94 , 2.86 ± 3.85 , 2.80 ± 3.80 , 2.71 ± 3.98 , 2.66 ± 3.95 , 2.61 ± 3.09 , 2.57 ± 3.01 , 2.42 ± 3.18 ตามลำดับ) โดยพฤติกรรมสุขภาพข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การรู้จักชื้อยาและการสังเกต

อาการข้างเคียงของยา การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคหัวใจ ตามลำดับ

4) ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

4.1) ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า

4.1.1) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (<10%) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมและความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (16.48 ± 6.17 , 8.06 ± 3.68 ตามลำดับ) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดง และการจัดการอาการอยู่ในระดับต่ำ (15.26 ± 7.55 , 6.52 ± 5.1 , 4.35 ± 3.5 ตามลำดับ)

4.1.2) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (10 - <20%) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการอยู่ในระดับปานกลาง (4.39 ± 2.45) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง และโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (6.52 ± 5.14 , 4.35 ± 3.56 , 15.26 ± 7.55 ตามลำดับ)

4.1.3) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมาก (20 - <40%) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (17.80 ± 8.98 , 8.60 ± 4.00 , 5.40 ± 3.50 , 3.80 ± 2.61 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเสี่ยงต่ำและปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 45.8 และ 56.5 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมาก มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 50) และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 40

4.2) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (<10%) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (10 - <20%) และกลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมาก (20 - <40%) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (68.84 ± 9.18 , 73.04 ± 19.64 , 71.40 ± 11.97 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเสี่ยงต่ำและเสี่ยงปานกลางส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับดี (ร้อยละ 60.8 และ 69.6 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมาก มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับพอใช้และดีเท่ากันที่ร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม การทดสอบความสัมพันธ์

ระหว่างความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าไม่สัมพันธ์กัน ($p>0.05$)

5) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ค่าประสิทธิสหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า ความรู้ทั้งรายด้านและโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01, .001$)

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคล

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.3) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (<10%) พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดี โดยเฉพาะรายชื่อที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีคะแนนสูง ได้แก่ การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำเกือบทั้งหมด สัมพันธ์กับการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข ของ เกษชดา ปัญเศษ, สุกาญญา กลิ่นถ้อสิล, อาภาสิณี กิ่งแก้ว, และวิดา วงศ์มณีโรจน์ (2558) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และยังพบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นอยู่กับสถานภาพทางเพศ เพศชายมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.1) จึงอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำเกือบทั้งหมด

ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมเกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ที่ชัดเจน (ฉณาธิปวีร์ ศิริภักคกุลวัฒน์ และคณะ, 2559) และประชาชนไม่ถึงกึ่งหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการในระดับที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 70) (ลาวัลย์ เวทยาวงศ์ และคณะ, 2560) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ (Ammouri et al., 2016)

เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การศึกษาของ Choi et al. (2008) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยชาวเกาหลีที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 76.9 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดง และคะแนนความรู้ด้านการจัดการอาการเมื่อเกิดอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจัยด้านเพศอาจมีผลต่อการรับรู้อาการและการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์เกี่ยวกับการรับรู้อาการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอิสาน ของสุเพียร โภคทิพย์ และศิริพร จิรวัดน์กุล (2555) พบว่า แม้ผู้หญิงให้ความหมายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่าเป็น โรคที่อันตรายร้ายแรง เสียชีวิตง่าย แต่ยังไม่ให้ความสำคัญกับบทบาทในครอบครัวเป็นหลัก ผู้หญิงส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับมีอาการไม่ชัดเจน (Atypical Symptoms) ถึงแม้ผู้หญิงจะมีอาการเตือนนำมาก่อน (Prodromal Symptoms) สูงถึงร้อยละ 95 แต่ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจในอาการเจ็บหน้าอก ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (McSweeney et al., 2003) ดังนั้นอาจเป็นผลทำให้การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการจัดการอาการเมื่อมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านอาการและอาการแสดงต่ำ ส่งผลต่อการตัดสินใจในการจัดการกับอาการ ทำให้ความรู้ด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ลาวัลย์ ออกสุขและวาสนา รวยสูงเนิน (2555) ศึกษาการรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มี

การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อย อาการลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่ต้องรีบไปรับการรักษา ในโรงพยาบาล อาการสามารถหายไปเองได้ จึงใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งมารับการรักษา ในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Porras et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วย ที่มีอาการของโรคหัวใจตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเคยมีประสบการณ์การเกิดอาการ ของโรคหัวใจมาก่อนก็ตาม และจากการศึกษาของ ฉณาธิปวี ศรีภักกุลวัฒน์ และคณะ (2559) พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้น เป็นอาการที่อันตราย ผู้ป่วย บางส่วนต้องเสียชีวิต เนื่องจากการช่วยเหลือไม่ทัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีความรู้ด้านอาการ และอาการแสดงที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการจัดการอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ครั้งนี้ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านอาการและอาการแสดงและด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แยกตามความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงปานกลาง จะมีคะแนน ความรู้แยกตามด้านอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมากมีความรู้โดยรวมและ รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมากจึงมีระดับความรู้บางด้านดีกว่ากลุ่มเสี่ยงต่ำ และกลุ่มเสี่ยงปานกลาง โดยเฉพาะด้านอาการและอาการแสดง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ได้รับ ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จึงมีระดับความรู้ในระดับที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม ความรู้ของ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกระดับยังไม่อยู่ในระดับดี และไม่เพียงพอที่จะป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มความเสี่ยงทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่ม เสี่ยงต่ำ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงสุด มีความรู้ไม่แตกต่างกัน และมีจำนวนมากที่ยัง มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.8, 56.5 และ 40 ตามระดับ)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่ม อาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับดี สัมพันธ์กับการศึกษาของกฤษณา คำลอยฟ้า (2554) ที่ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีทุกด้าน

เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด 3 ประการ ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ และการงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการเข้ารับการรักษา หรือการพบแพทย์อยู่ในระดับดีมากที่สุด และการใช้ยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95 (กฤษณา คำลอยฟ้า, 2554; ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ, 2560, ธรรมชญพร วิชัย และมนพัทธ์ อารัมภวีโรจน์, 2560) ส่วนการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการสูบบุหรี่ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554)

พฤติกรรมสุขภาพข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การรู้จักชื้อยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคหัวใจ ตามลำดับ ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ (2560) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ณ สถานีอนามัย ตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 25 ส่วนพฤติกรรมการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจ ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง พฤติกรรมการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจยังไม่ดีพอ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงไม่เพียงพอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจไม่ดีพอเช่นกัน

ความสัมพันธ์ของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ ได้แก่ ผลจากการศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนการศึกษาของ ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ (2560) พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วรรณฯ ชื่นวัฒนา และนิชานากู สอนภักดี (2557) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการจัดการอาการ เพื่อผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ถูกต้องเหมาะสม และได้รับการรักษาได้ทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตหลังเกิดอาการที่ดี และที่สำคัญลดอัตราการตายจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นระยะ เพื่อติดตามความรุนแรงและการดำเนินของโรคเพื่อจะได้ให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อ

2) ควรพัฒนารูปแบบและเครื่องมือในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในทุกกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลความรู้ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีการทำวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์ ตลอดจนปัญหาที่พบ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2554). *ความรู้พื้นฐานและประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ*. สืบค้นจาก <http://btc.ddc.moph.go.th/th/upload/datacenter/data16.pdf>
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553). *แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2557). *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก แอนด์ดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กฤษณา คำลอยฟ้า. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก่งสนามนาง อำเภอสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 17(1), 17-30.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี, วิรัช เคหสุขเจริญ, เอนก กนหศิลป์, ชรรมรัฐ นันทแดนสุวรรณ, จรินทร์ สวหาญฤทธิ์, พรวลี ปรปักษ์ขาม, และบุญจง แซ่จิ่ง. (2557). *โรคหลอดเลือดหัวใจ: Coronary Artery Disease. การแพทย์ไทย 2554-2557*. สืบค้นจาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_11.pdf
- เกษชดา ปัญเศษ, สุกาญญา กลิ่นถือคิด, อาภาสิณี กิ่งแก้ว, และวิดา วงศ์มณีโรจน์. (2558). ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข (โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama -EGAT Heart Score). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 57-70
- จันทิรา ทรงเต๊ะ. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- โชติกา เต็มยอด. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(1), 1-12.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ฉณาธิปวี ศรีภักตกุลวัฒน์, ชญานิศ บุตรดี, และณัฐวศาร์ รุ่งแจ้ง. (2559). รายงานโครงการวิจัย: *ตำบลบ้านดงเข้มแข็งในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน*. สืบค้นจาก <http://www.niems.go.th/th/View/KnowledgeBase.aspx?CateId=3185>
- ณัฐจิวรรณ พันธุ์มุง, หทัยชนก ไชยวรรณ, และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. (2559). *ประเด็นสารธรรมรงค์ วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก%20%20ปี%202559.pdf>
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชณีย์ จันทรปัญญา, สุทธิธิดา ปาเป้า, เสาวณี เป้าจังหวาร, ธรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี, ... จันทรเพ็ญ แสงจันทร์. (2560). พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(2), 53-62.
- ธรรณูญพร วิชัย, และมนพัทธ์ อารัมภ์วิโรจน์. (2560). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบ้านค่านางรวย ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. สืบค้นจาก http://jes.rtu.ac.th/rtunc2017/pdf/Poster%20Presentation/Poster%20กลุ่ม%201%20วิทยาศาสตร์สุขภาพ/PHS_153_full.pdf
- ธิดารัตน์ อภิญา. (บ.ก.). (2560). *ชุดรูปแบบบริการในการป้องกัน ควบคุม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังสำหรับสถานบริการ*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุญราศม์ ลิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัย มข.*, 16(6), 749-758.
- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (2542). *การเลิกสูบบุหรี่: Smoking Cessation*. สืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/smokingcessation.pdf>
- พัชราภรณ์ อุ่นเต๊ะ, และศิริอร ดินรุ. (2554). *การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- เพ็ชร โภคทิพย์, และศิริพร จิรพร. (2555). การรับรู้อาการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน: บริบทจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 43-52.
- ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง, วนิตา ทองโคตร, และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตตวงศ์. (2560). การกำหนดขนาด ตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane. สืบค้นจาก https://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ. (2561ก). จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่ ปี พ.ศ. 2559 - 2561. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ. (2561ข). จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี 2559-2561. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ. (2561ค). ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- ลาวัลย์ เวทยาวงศ์, ดาราวรรณ รองเมือง, จิรพร ทองดี, ฉันทนา นาคันตรีย์, ผกามาศ รักษาติ, และ อรุณศรี รัตนพรหม. (2560). ผลของโปรแกรมการสื่อสารเตือนภัยต่อความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดและการจัดการอาการของประชาชน ต.ปากหมาก จ.สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 89-101.
- ลาวัลย์ ออกสุข, และวาสนา รวยสูงเนิน. (2555). การรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษา ในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 89-97.
- วชิราวดี มาลากุล. (2554). บทบาททางสรีรวิทยาของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซินในโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว. สืบค้นจาก http://journal.up.ac.th/files/journal_issue_list/1141_34.pdf
- วรรณฯ ชื่นวัฒนา, และณิชาภาณุ สอนภักดี. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลแม่ปาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 163-170.
- ศรัณยู สุทธิพงษ์เกียรติ์, และโตมร ทองศรี. (2555). การเปิดหลอดเลือดหัวใจเพื่อรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด SR Elevation. *พุทธชินราชเวชสาร*, 29(1), 271-277.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559*. ปทุมธานี: เอ-พลัส พริน.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2557). *การทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนคี่ไซน์
- สิทธิโชค หายโสภ, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, วรรณพร ตระกูลป่อง, วิภรณ์ ศรีขันธ์แก้ว, และสุติดา สังข์น้อย. (2560). ปัจจัยสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี. ใน *การประชุมวิชาการระบบสุขภาพชุมชนระดับชาติ ครั้งที่ 1* (น. 51). กรุงเทพฯ: ชั้นแพคเกจจิ้ง จำกัด.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (บ.ก.). (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- American Diabetes Association. (2017). Cardiovascular Disease and Risk Management. *Diabetes Journals: Diabetes Care*, 40(1), s75-s87.
- American Heart Association. (2018). *Acute Coronary Syndrome*. Retrieved from <http://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks/acute-coronary-syndrome>
- Ammouri, A. A., Raddaha, A. H. A., Natarajan, J., & D'Souza, M. S. (2018). Perception of risk of coronary heart disease among people living with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1). doi: 10.1111/ijn.12610.
- Bloom, B. S., (1979). *Taxonomy of Education Objectives: The Classification of Educational Goals*. London: Longman.
- Bolger, B. (2015). *Acute Coronary Syndrome*. Retrieved from <http://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks/acute-coronary-syndrome>
- Choi, S., Rankin, S., Stewart, A., & Oka, R. (2008). Perception of coronary heart disease risk in Korean immigrants with type 2 diabetes. *NIH Public Access: Diabetes Educ*, 34(3), 484-492.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Collet, J. P., Kristensen, S. D., Aboyans, V. (2018). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 40(2), 87-165.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes. M. j., Ducci. C. B., Bueno. H., . . . Widimsky. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39, 119-177.
- Jauch, E.C., Saver, J. L., Adams, H.P., Bruno, A., Connors, J. J., Demaerschalk, B. M., . . . Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals. *The American Heart Association. Stroke*, 44(3), 870-947.
- Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., & Harding, M. M., (2017). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* (10th ed.). United States of America: Elsevier.
- Lockyer, L., & Bury, M. (2002). The construction of a modern epidemic: the implication for women of the gendering of coronary heart disease. *Blackwell Science Ltd. Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 432-440.
- McSweeney, J. C., Cody, M., O'Sullivan, P., Elberson, K., Moser, D. K., & Garvin B. J. (2003). Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction. *Circulation*, 108(21). doi: 10.1161/01.CIR.0000097116.29625.7C
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *NICE guideline: Acute coronary syndromes*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs68>
- Noottaro, A. (2011). Angina in Acute Coronary Syndrome Patients. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 57(2), 13-22.
- Overbaugh, K. J., (2009). Acute Coronary Syndrome: Even nurses outside the ED should recognize its signs and symptoms. *American Journal of Nursing*, 109(5), 42-52.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Porras, L. P., Whitehead, D. L., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2009). Per-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 26-33.
- World Health Organization. (2007). *World Health organization/International Society of Hypertension (WHO/ISH) risk prediction charts: for 14 WHO epidemiological sub-regions (charts in colour)*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Chart_predictions/en/
- World Health Organization. (2016). *Cardiovascular Disease*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/
- World Health Organization. (2018). *World Health Statistics 2018*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>







แบบสอบถาม

ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

แบบสอบถามความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ประกอบไปด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: ให้ท่านทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ตามความคิดเห็นของท่าน โดยข้อมูลทั้งหมดจะใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. ปวช./ปวส./อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 4.ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 5. สูงกว่าปริญญาตรี	
5. รายได้ บาท/เดือน
6. โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคอ้วน	<input type="checkbox"/> โรคอื่น ๆ.....

7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระดับความดันโลหิตในวันที่รับการตรวจรักษา หรือผลครั้งล่าสุดก่อนการเข้ารับตรวจรักษาครั้งนี้ (ผลจากเวชระเบียนผู้ป่วย)

1. FBS =mg%

2. Cholesterol =mg/dl.

3. ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท

ข้อมูล ณ วันที่.....

8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI =kg/m²

9. ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ญาติสายตรง เช่น พ่อแม่ พี่ น้อง)

ไม่มี

มี โปรดระบุ.....

10. สิทธิการรักษา

บัตรทอง

ข้าราชการ

อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infraction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: Fatal, Non-Fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า ประเมินความเสี่ยงดังขั้นตอนต่อไปนี้ (ประเมินโดยผู้วิจัย)

ขั้นตอนที่ 1 สถานบริการมีการตรวจหา Cholesterol ในเลือดหรือไม่ ถ้ามีใช้ตารางที่ 1

ถ้าไม่มีใช้ตารางที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

ขั้นตอนที่ 4 เลือกเพศชาย หรือหญิง

ขั้นตอนที่ 5 เลือกช่วงอายุ ดังนี้

ช่วงอายุ <40 - 49 ปี เลือกช่อง 40

ช่วงอายุ 50 - 59 ปี เลือกช่อง 50

ช่วงอายุ 60 - 69 ปี เลือกช่อง 60

ช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป เลือกช่อง 70

ขั้นตอนที่ 6 เลือกค่า Systolic Blood Pressure (SBP) ดังนี้

SBP <120 - 139 มม.ปรอท เลือกช่อง 120

SBP 140 - 159 มม.ปรอท เลือกช่อง 140

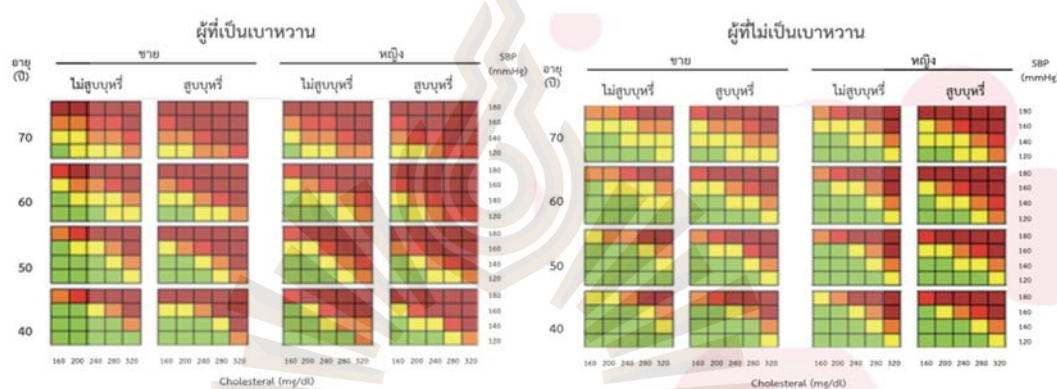
SBP 160 - 179 มม.ปรอท เลือกช่อง 160

SBP 180 มม.ปรอทขึ้นไป เลือกช่อง 180

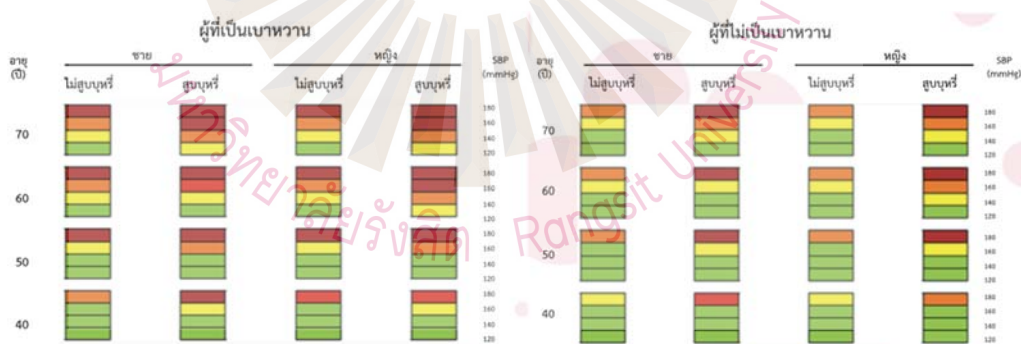
ขั้นตอนที่ 7 เลือกค่า Cholesterol กรณีทราบค่า Cholesterol ดังนี้

Cholesterol	<160 - 199	มก./ดล.	เลือกช่อง	160	
Cholesterol	200 - 239	มก./ดล.	เลือกช่อง	200	
Cholesterol	240 - 279	มก./ดล.	เลือกช่อง	240	
Cholesterol	280 - 319	มก./ดล.	เลือกช่อง	280	
Cholesterol	320	มก./ดล.	ขึ้นไป	เลือกช่อง	320

ตารางสีที่ 1 ใช้ในกรณีทราบผลโคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด



ตารางสีที่ 2 ใช้ในกรณีไม่ทราบผลโคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด



เมื่อประเมินโอกาสเสี่ยงตามขั้นตอน แถบสีจะบอกถึงกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปีข้างหน้า แบ่งเป็น 5 กลุ่มตามแถบสี ดังนี้ (ทำเครื่องหมายวงกลมแถบสีที่ประเมินได้)

สีเขียว	< 10%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ
สีเหลือง	10 - < 20%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง
สีส้ม	20 - < 30%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง
สีแดง	30 - < 40%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก
สีน้ำตาล	≥ 40%	แปลผล	อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการของ กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง ขอความกรุณาจากท่านในการทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยตอบได้เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความ

ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. มีระดับไขมันในเลือดสูง			
2. ขาดการออกกำลังกาย			
3. การสูบบุหรี่			
4. สูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ/อยู่ใกล้คนสูบบุหรี่			
5. ความเครียด			
6. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง			
7. ภาวะอ้วน			
8. โรคความดันโลหิตสูง			
9. โรคเบาหวาน			
10. มีพ่อแม่พี่น้อง เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
11. กินขนมหวาน ไขมันทรานส์			
12. ดื่มสุรา ดื่มยาชูกำลัง			

3.2 ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง ขอความกรุณาจากท่านในการทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยตอบได้เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความ

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย			
2. เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่			
3. จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง			
4. เหงื่อแตก ตัวเย็น			
5. มึนงง หน้ามืด เป็นลม			
6. เหนื่อย/นอนราบไม่ได้			

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
7. เจ็บบริเวณสีกด้านหลัง			
8. ใจสั่น			
9. คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง			

3.3 ความรู้ด้านการจัดการเมื่อมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง ขอความกรุณาจากท่านในการทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยตอบได้เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความ ท่านจะทำอะไรเป็นอันดับแรกเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

1. เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย

- เรียก 1669 ไปคลินิก ไปโรงพยาบาล
 พักสังเกตอาการให้แน่ใจ โทรปรึกษาญาติ ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิรักษาทันที
 ไม่ทราบ

2. เจ็บบริเวณแขน คอ กราม ไหล่

- เรียก 1669 ไปคลินิก ไปโรงพยาบาล
 พักสังเกตอาการให้แน่ใจ โทรปรึกษาญาติ ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิรักษาทันที
 ไม่ทราบ

3. จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง

- เรียก 1669 ไปคลินิก ไปโรงพยาบาล
 พักสังเกตอาการให้แน่ใจ โทรปรึกษาญาติ ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิรักษาทันที
 ไม่ทราบ

4. เหงื่อแตก ตัวเย็น

- เรียก 1669 ไปคลินิก ไปโรงพยาบาล
 พักสังเกตอาการให้แน่ใจ โทรปรึกษาญาติ ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิรักษาทันที
 ไม่ทราบ

5. หน้ามืด เป็นลม

- เรียก 1669 ไปคลินิก ไปโรงพยาบาล
 พักสังเกตอาการให้แน่ใจ โทรปรึกษาญาติ ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิรักษาทันที
 ไม่ทราบ

6. เหนื่อย/นอนราบไม่ได้

- เรียก 1669 ไปคลินิก ไปโรงพยาบาล
 พักสังเกตอาการให้แน่ใจ โทรปรึกษาญาติ ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิรักษาทันที
 ไม่ทราบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
คำชี้แจง ขอความกรุณาจากท่านในการทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยตอบได้เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความ

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือทุกวัน
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือสัปดาห์ละ 3-5 วัน
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นส่วนน้อยหรือสัปดาห์ละ 1-2 วัน
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ
1. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์				
2. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารที่ใส่ผงชูรส บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป				
3. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น ปลาเค็ม กะปิ ผักกาดดอง ไข่กรอก				
4. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส				

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ
5. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน ทูเรียน ลำไย				
6. ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ				
7. ท่านงดรับประทานขนมเบเกอรี่ เช่น คูกี้ เค้ก				
8. ท่านรับประทานผักสดอย่างน้อยวันละ 6 ฝ่ามือพูน หรือผักสุกอย่างน้อยวันละ 3 ฝ่ามือพูน				
9. ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัดอย่างน้อยวันละ 15 คำ เช่น ฝรั่ง สัปรด กล้วยน้ำว้า เป็นต้น				
10. ท่านจับถ่ายตรงเวลา ไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ				
11. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที/วัน เช่น เดินเร็ว จักรยาน แกว่งแขน				
12. ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนหรือมีน้ำหนักเกิน โดยควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานและเพิ่มการออกกำลังกาย				
13. ท่านงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - ในผู้ชาย ดื่มเบียร์ไม่เกิน 1 ขวด/วัน ไวน์ไม่เกิน 1 แก้ว/วัน สุรา ไม่เกิน 10 มิลลิลิตร/วัน - ในผู้หญิงหรือผู้มีน้ำหนักตัวน้อย ดื่มไม่เกินครึ่งหนึ่งของผู้ชาย				
14. ท่านงดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่				
15. ท่านงดใช้สารเสพติดและงดดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง				
16. ท่านทำกิจกรรมที่ทำให้จิตใจแจ่มใสและผ่อนคลายเสมอ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ ทำกิจกรรมที่ชอบ นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ				
17. ท่านรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด				

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ
18. ท่านรู้จักชื้อยา และสังเกตอาการของยา				
17. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจ เช่น เจ็บ หน้าอก เป็นต้น				
20. ท่านควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ อยู่เสมอ				
21. ท่านควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติอยู่เสมอ				
22. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				



การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “ท่านมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร” จากนั้นอ่านข้อความที่ละข้อ เมื่ออ่านจบแต่ละข้อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำว่า “ปฏิบัติน้อย” “ปฏิบัติปานกลาง” “ปฏิบัติมาก” เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบแล้ว ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ มาก
1. ท่านพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน			
2. ท่านรับประทานผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี			
3. ท่านลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่นอาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันมาก ๆ เป็นต้น			
4. ท่านลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส ขนมปัง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป			
5. ท่านลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง เช่น ไข่กรอก แหนม หรือการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่ปรุงแล้ว			
6. ท่านลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน ทุเรียน ลำไย หรือเครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ			
7. ท่านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในผู้ชาย ดื่มไม่เกินวันละ 2 แก้วต่อวัน หรือ ในผู้หญิงหรือ ผู้มีน้ำหนักตัวน้อย ดื่มไม่เกิน 1 แก้ว/วัน			
8. ท่านงดหรือลดการสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่			
9. ท่านออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น เดินเร็ว รำไม้พลอง แกว่งแขน			

การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ มาก
10. ท่านทำจิตใจให้แจ่มใสและผ่อนคลายความเครียด อยู่เสมอเช่น นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ			
11. ท่านงดใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มชูกำลัง ทุกชนิด			
12. ท่านติดตามข่าวสารและค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ			
13. ท่านรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ			
14. ท่านสังเกตอาการผิดปกติและมาตรวจตามนัดทุกครั้ง			



การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรว่าอาการเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง” จากนั้นอ่านข้อความที่ละข้อ เมื่ออ่านจบแต่ละข้อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำว่า “เห็นด้วยน้อยที่สุด” “เห็นด้วยด้วยน้อย” “เห็นด้วยปานกลาง” “เห็นด้วยมาก” เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบแล้ว ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
1. อาการชาบริเวณใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด			
2. อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด			
3. อาการสับสน มึนงงอย่างทันทีทันใด			
4. อาการพูดไม่ชัดหรือพูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด			
5. อาการเดินเซ เดินลำบากทันทีทันใด			
6. สูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เช่น นั่งหรือยืนด้วยตนเองไม่ได้			
7. สูญเสียการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด เช่น นั่งหรือยืนยกแขนสลับกับขา โดยยกทีละข้างไม่ได้			
8. มองภาพไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด			
9. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด			
10. กลืนน้ำลาย หรือกลืนอาหารลำบากอย่างทันทีทันใด			

การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “เมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น ท่านมีความคิดเห็นว่าจะปฏิบัติตามข้อต่อไปนี” จากนั้นอ่านข้อความทีละข้อ เมื่ออ่านจบแต่ละข้อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำว่า “เห็นด้วยน้อยที่สุด” “เห็นด้วยด้วยน้อย” “เห็นด้วยปานกลาง” “เห็นด้วยมาก” เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบแล้ว ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

การจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
1. โทรศัพทแจ้งเตือน 1669 เมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง			
2. พยายามตั้งสติ ไม่โวยวายหรือร้องไห้เมื่อตนเองมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
3. เรียกขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ๆ เมื่อตนเองมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
4. จดบันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
5. จดบันทึกอาการและเวลาที่พบความผิดปกติ			
6. งดการดื่ม น้ำ รับประทานยา หรืออาหารใด ๆ เมื่อตนเองมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			
7. นั่งลงกับพื้นหลังฟังผนัง หรือนอนตะแคงกับพื้นระหว่างรอรถพยาบาลมารับเมื่อตนเองมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง			



ข้อมูลและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Patient information sheet)

1. ชื่อโครงการ “ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย”

2. เหตุผลที่อาสาสมัครได้รับเชิญให้ร่วมในโครงการวิจัย

ทางคณะผู้วิจัยใคร่ขอเชิญท่านเข้าเป็นอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. วัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยและอาสาสมัครจะต้องปฏิบัติ

โครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพจากอาสาสมัครในวันแรกของการเข้าร่วมโครงการ ขอให้อาสาสมัครให้ข้อมูลส่วนบุคคล และตอบการสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง

4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษานี้

การศึกษานี้ อาจไม่เกิดประโยชน์ต่อท่านในขณะนี้ แต่ผลของการวิจัยจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอื่น โดยผลของการวิจัยจะทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเข้าใจถึงความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การจัดการอาการ ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแล และการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

5. การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับการศึกษานี้และสิทธิของท่าน กรุณาซักถามผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา ท่านจะถูกขอร้องให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ซึ่งถ้าท่านลงลายมือชื่อ แสดงว่าท่านตกลงด้วยความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะได้รับเอกสารแนะนำอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และสำเนาใบยินยอมที่ท่านลงลายมือชื่อและวันที่กำกับเก็บไว้ 1 ฉบับ และท่านจะต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า และได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

6. ความเสี่ยง ที่อาจจะเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสัมภาษณ์ตามตอบแบบสอบถาม จึงไม่มีผลข้างเคียงที่กระทบต่อร่างกาย แต่อาจมีบางคำถามที่อาจจะกระทบความรู้สึกของท่านได้ ดังนั้นท่านจึงมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ หรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเวลาที่ต้องการ ถ้าเกิดปัญหาหรืออาการผิดปกติในขณะที่สัมภาษณ์ตามตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

7. การถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ

การให้ข้อมูลของท่านเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนากระบวนการดูแล และการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่หากท่านไม่สมัครใจ จะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถจะถอนตัวได้ตลอดเวลา การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลต่อการรักษาในอนาคต การดูแลอื่นใดก็ตาม หรือสูญเสียประโยชน์ใด ๆ หากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาหรือต้องการหยุดการศึกษา ณ เวลาใดก็ตาม โดยข้อมูลที่ท่านได้เปิดเผยแล้วจะยังเก็บรักษาไว้เป็นความลับเฉพาะ

8. การรักษาความลับที่เกี่ยวกับอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรวบรวมไว้และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย โดยจะไม่มีมีการอ้างถึงชื่อท่านในรายงานหรือวารสารใด ๆ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกปกป้องไว้ทุกวิถีทางหากท่านตกลงใจเข้าร่วมการศึกษา

9. หากท่านมีคำถามหรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการศึกษานี้ท่านสามารถติดต่อ

9.1 นางสาวพรพิมล กรกฏกำจร โทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 088-251-5708 (ทั้งในและนอกเวลาราชการ)

9.2 ผศ.ดร.รัชณี นามจันทร์ โทรศัพท 02-997-2222 ต่อ 1488, 1489 (ในเวลาราชการ)

10. การติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

หากท่านมีข้อร้องเรียนหรือมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 02-997-2222 ต่อ 1488, 1489

**หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
กรณีอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ
(Informed consent form)**

การวิจัยเรื่อง “ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย”

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์
ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้า
สงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสีย
สิทธิใด ๆ ที่จะได้รับที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะ
ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากข้าพเจ้าได้รับผลกระทบใด ๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้า
จะได้รับการชดเชยจากผู้วิจัยตามมาตรฐานสากล หรือมาตรฐานในการรักษาพยาบาล

อาสาสมัครสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ บ้านเลขที่ 65 หมู่ 9 ต.ป่าซาง อ.แม่จัน จ.เชียงราย
รหัสไปรษณีย์ 57110

โดยผู้ที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ

1. นางสาวพรกมล กรกฎากิจร บ้านเลขที่ 65 หมู่ 9 ต.ป่าซาง อ.แม่จัน จ.เชียงราย รหัสไปรษณีย์
57110 โทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 088-251-5708 (ทั้งในและนอกเวลาราชการ)

2. ผศ.ดร.รัชนิ นามจันทรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อาคารวิทยาศาสตร์
ตึก 4 ชั้น 4 เลขที่ 52/347 หมู่บ้าน เมืองเอก ถนนพหลโยธิน ต.หลักหก อ. เมือง จ.ปทุมธานี 12000
โทรศัพท์ 02-997-2222 ต่อ 1488, 1489 (ในเวลาราชการ)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดข้อมูลของอาสาสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

- ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ
- ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ
- ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่ลงนามและลงวันที่ เก็บไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงนาม.....อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

()

ลงนาม.....ผู้วิจัย

()

ลงนาม.....พยาน

()

ลงนาม.....พยาน

()



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัย



Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
 Related to Researches Involving Human Subjects
 School of Nursing, Rangsit University, Pathumthani, Thailand

No. 009/2018

Title of Project Knowledge and Health Behaviors among People at Risk for
 Acute Coronary Syndrome in Mueang Chiangrai District

Protocol Number ID 61-361-006

Principal Investigator Miss. Pornpimon Korakotkamjon

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on
 Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the
 Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
 Committee on Human Rights Related to
 Research Involving Human Subjects

Somchit Hanucharunkul
 Prof. Dr. Somchit Hanucharunkul

Signature of Dean

Ampaporn
 Assist. Prof. Dr. Ampaporn Namvongprom

Date of Approval

26 April 2019

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	พรพิมล กรกฎกำจร
วัน เดือน ปีเกิด	12 มีนาคม 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยพายัพ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2547 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, 2562
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 65 หมู่ 9 ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 57110
สถานที่ทำงาน	กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57000
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ประจำ

