

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อย
ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้



นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

FACTORS RELATED TO PREVENTIVE BEHAVIOR IN YOUNG ADULTS
AT HIGH RISK OF STROKE IN THE SOUTH

Miss Pornsawan Kumtip



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุ
น้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้

โดย

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พรสวรรค์ คำทิพย์ : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้. (FACTORS RELATED TO PREVENTIVE BEHAVIOR IN YOUNG ADULTS AT HIGH RISK OF STROKE IN THE SOUTH) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 112 หน้า.

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และ/หรือโรคหัวใจ ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 150 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .85, .83 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.67 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=3.52)
- 2.เพศ อายุ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19, .19$ และ $.23$ ตามลำดับ)
- 3.ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$ และ $.23$ ตามลำดับ)
4. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคใต้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477177036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: STROKE IN YOUNG / BELIEF / HIGH RISK PATIENTS / PREVENTIVE BEHAVIORS

PORNSAWAN KUMTIP: FACTORS RELATED TO PREVENTIVE BEHAVIOR IN YOUNG ADULTS AT HIGH RISK OF STROKE IN THE SOUTH. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 112 pp.

The purpose of this descriptive correlational research aims to 1) study the level of preventive behaviors in young adults patients at high risk of stroke; and 2) to relate the preventive behaviors among young adults patients at high risk of stroke based on patient's gender, age, marital status, education level, income, experience, stroke knowledge and stroke belief. A simple random sampling technique was used to recruit 150 patients who were at high risk of stroke. Samples were diagnosed with high blood pressure, diabetes, high cholesterol and heart disease from two hospitals in the Southern part of Thailand. The research instruments composed of the demographic questionnaire, stroke knowledge questionnaire, stroke belief questionnaire, and stroke behavioral awareness questionnaire. The questionnaires were approved by experts. The Cronbach's alpha coefficients reliability were .85, .83, and .84 respectively. Statistical techniques used in data analysis were frequency percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and Point biserial correlation.

Major findings were as follows:

1. The average preventive behaviors score in young adults patients at high risk of stroke was at the moderate level. The average total score was 23.67 (SD=3.52)

2. Gender, age and experience were significantly related to preventive behaviors among young adults patients at high risk of stroke in the southern at the .05 level ($r = .19, .19$ and $.23$)

3. Stroke knowledge and stroke belief were positive significantly related to preventive behaviors among young adults patients at high risk of stroke in the southern at the .05 level ($r = .18$ and $.23$)

4. Marital status, education level and income were not significantly related to preventive behaviors among young adults patients at high risk of stroke in the southern

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยอย่างที่สุด ทำให้ผู้วิจัยมีความกระจ่างชัดมีแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และมีเป้าหมายและมองเห็นข้อบกพร่องต่างๆ ที่สามารถนำมาปรับแก้เพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์ อีกทั้งท่านยังห่วงใย เอาใจใส่และมอบกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย อีกทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดตรังและโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ได้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณหัวหน้าและพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปที่ให้ความอนุเคราะห์และได้ช่วยอำนวยความสะดวก ประสานงาน ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย กราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนในการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างสูงในการศึกษาครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณรุ่นพี่ เพื่อน รุ่นน้องและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอบคุณหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ที่คอยให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ และอำนวยความสะดวกในการศึกษาในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พ่ออินผวน แม่อำไพ คำทิพย์ ที่ให้กำเนิดชีวิต ให้สติปัญญาและอบรมสั่งสอนเป็นอย่างดีและทำให้ลูกมีวันนี้ได้ ขอบคุณน้องชายที่คอยให้ความช่วยเหลือในยามที่ต้องการ ขอบคุณสามีที่ให้กำลังใจ สนับสนุนในทุกๆด้าน ขอบคุณลูกสาวที่ทำให้แม่มีกำลังใจฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ อย่างมีสติ ขอบคุณครอบครัว มียอด ทุกท่านที่เข้าใจและให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริมการศึกษาและขอบคุณคุณแม่สำรวย มียอด ที่สละเวลาอันมีค่ามาช่วยดูแลหลานให้เป็นอย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงพระคุณทุกท่านอยู่เสมอ ประโยชน์อันใดเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณของข้าพเจ้าทุกๆ ท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	1
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	11
2. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	23
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและความตระหนักรู้.....	30
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ และการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	44
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	55
การดำเนินการวิจัย.....	57

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	67
สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้.....	67
อภิปรายผลการวิจัย	68
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	72
รายการอ้างอิง	75
ภาคผนวก.....	80
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	81
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จดหมายพิจารณาจริยธรรม.....	83
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	92
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	98
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	106
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	112

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงข้อความด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	53
ตารางที่ 2 แสดงข้อความด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	54
ตารางที่ 3 แสดงข้อความด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ.....	55
ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม	57
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์กระทรวง สาธารณสุข(N=150)	61
ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เรียงลำดับ ตามคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) จากมากไปหาน้อยและการแปลผลระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันของ ผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง(N=150)	64
ตารางที่ 7 แสดงผลค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เพศ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับ พฤติกรรมการป้องกัน.....	65
ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง.....	107
ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง.....	109
ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละของช่องทางการได้รับข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย.....	110
ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละของประสบการณ์ ของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมองตามรายด้าน	111

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง.....	15
ภาพที่ 2	ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนักรู้ที่ส่งผลถึงพฤติกรรม	33



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตนั้น ปัจจุบันเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทยด้วย ในอดีตโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันนี้โรคหลอดเลือดสมองกลับมีแนวโน้มเกิดมากขึ้นในผู้ที่มีอายุน้อยลง (อายุน้อยกว่า 45 ปี) พบได้ทั้งในวัยรุ่นและวัยทำงาน ดังเห็นได้จากสถานการณ์ทั่วโลกในปัจจุบันนี้โรคหลอดเลือดสมองของประชากรช่วงอายุ 15-59 ปี เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 และในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตถึง 6,000,000 คน (World Stroke Organization, 2011) และ จากการศึกษาของ The National Survey of Stroke ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า 3.7 % ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 15-45 ปี และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 12.9 % ในปี 1993 เป็น 18.6% ในปี 2005 (American Physical Therapy Association, 2013) จากการศึกษาวิจัยการเกิดอุบัติการณ์ของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อยนั้น พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 20-45 ปี ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีอัตราเพิ่มขึ้นตามลำดับจาก 5.76/100,000 เป็น 39.79/100,000 โดยเพศชายมีอัตราสูงกว่าเพศหญิง และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดที่ประเทศญี่ปุ่นโดยอยู่ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี ในอัตรา 70 / 100,000 คนต่อปี (Griffith I, 2011)

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 257 / 100,000 คนและคนไทยอายุ 15-74 ปี (พ.ศ. 2548-2550) มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 1.1) และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยผู้ที่รอดชีวิตจะมีอาการอัมพาตถึงปีละประมาณ 84,000 คน และต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยรายละประมาณ 500,000 บาทโดยข้อมูลในประเด็นสารบรรณรณรงค์วันอัมพาตโลกปี 2556 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 31.7 ต่อประชากร 100,000 คน หรือในทุก 6 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 1 คนจากโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์ อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า แนวโน้มภาวะโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ และในภาคใต้ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปีพ.ศ. 2548 จากอัตราป่วย 180.98 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 249.73 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 (สถิติสาธารณสุขของสำนักงานโยธาและยุทธศาสตร์, 2548-2555)

การพิจารณาถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยนั้น นอกจากจะต้องคำนึงถึง อัตราป่วยและอัตราตายแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years : DALYs) ที่สำคัญของประเทศ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่มากนักน้อย และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ โดยเฉพาะผู้ป่วยในช่างวัยนี้ส่วนใหญ่จะเป็นวัยเรียนและวัยทำงานและยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุในช่วงนี้จะมีคุณภาพชีวิตลดลงถึง 20% (Carmine et al., 2011) ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย

นอกจากนี้ได้มีการคำนวณค่าใช้จ่ายพบว่า ต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการใน กรณีเป็นผู้ป่วยใน 1489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1010.22บาทต่อครั้ง และยังมีค่าเสียโอกาส (indirect cost) เนื่องจากการขาดงานและความพิการ อยู่ที่ 101681.2 บาท และความสูญเสียอื่น เนื่องมาจากการเสียชีวิต คิดเป็น 15766.66บาท ดังนั้น ต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วย เท่ากับ 162664.97 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ทำให้เกิดภาระต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว จำนวนมาก ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม การดูแลตนเองให้ห่างไกลจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเฝ้าระวังปัจจัยต่อโรคหลอดเลือดสมองของตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเมื่อเกิดอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสามารถลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค รวมทั้งลดความพิการของผู้ป่วย และภาระทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ(แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในสตรีชาวอเมริกันที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 85) ไม่รับรู้ว่าการดูแลสุขภาพของตนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่กังวลถึงการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และไม่คิดว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าสตรีคนอื่น (Dearborn ,2009) นอกจากนี้มี การศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคนี้ จำนวน 720 คน พบว่าร้อยละ 21 ของกลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 84 ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้อง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถระบุอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ในระดับพอใช้ (Vukovic et al.,2009)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะมีความรู้หรือการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นแต่การการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงของโรคนี้อยู่ไม่เหมาะสม เช่นการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหาร พบว่าที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแห่งหนึ่ง ของจังหวัดชัยภูมิมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารรสเค็ม และมักมีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะและคิดมากร่วมด้วย (กขพร อ่อนอภัย,2551)และยัง พบว่าระดับของความตระหนักรู้เมื่อแยกตามองค์ประกอบในด้านการปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง โดยพบพฤติกรรมที่ไม่รับประทานอาหารหวานจัดอยู่เพียงที่ร้อยละ 6.8 พฤติกรรมที่ไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มเช่น น้ำปลา ซอส เกลือปนในอาหารที่รับประทานอยู่เพียงที่ร้อยละ 7.3 และพฤติกรรมที่ไม่รับประทานอาหารมันๆอยู่เพียงที่ร้อยละ 7.8 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมากในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(อุมาพร แซ่กอ, 2552)

จากอุบัติการณ์มีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากลักษณะสังคมและวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ชา กาแฟ น้ำอัดลม อาหารที่มีแปงและน้ำตาลสูง ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2550) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันควบคุมได้

ด้วยการปฏิบัติตัว เพื่อมิให้หลอดเลือดในสมองเสื่อมกว่าวัยอันควร และยังทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันเวลาในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าไม่มีวิธีใดที่จะจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองได้ดีเท่ากับการป้องกันโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคนี้(นิพนธ์ พวงวรินทร์,2548)

สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยได้ชี้ว่าคนไทยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 10 ล้านคนและผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงมากถึงร้อยละ 56.5 (นิจศรี ขาญณรงค์,2553) สำหรับภาคใต้พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2553 ร้อยละ 21.6 ,โรคเบาหวานมีอัตราความชุก ร้อยละ 5 และโรคหัวใจมีอัตราความชุก ร้อยละ 8.87 (ข้อมูลสถิติ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,2553)

จากการศึกษาของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทยพบว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Canadian Stroke Network, 2007) Hickey, O'Hanlon, McGee, Donnellan, Shelley & Horgan และคณะ (2009) พบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นกุญแจสำคัญที่สามารถลดอัตราความพิการ ภาวะโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้และความตระหนักรู้ที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ โดยผู้วิจัยสรุปความสำคัญของความตระหนักรู้ได้เป็น 3 ช่วงดังต่อไปนี้ **ความตระหนักรู้ก่อนการเกิดโรค** สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเฝ้าระวังป้องกันตนเองก่อนการเกิดโรค โดยเฉพาะต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเร็วขึ้น **ความตระหนักรู้เมื่อเกิดโรค** สามารถตระหนักรู้ว่าอาการเตือนที่เกิดขึ้นเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มารับการรักษาได้ทันเวลาและเร็วที่สุดเพื่อลดอัตราความพิการและเสียชีวิต และ **ความตระหนักรู้หลังเกิดโรค** ลดการกลับมาซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความตระหนักรู้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันเวลา ทำให้สามารถลดอัตราความพิการและเสียชีวิตได้ โดยที่ผ่านมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 1.96 เท่านั้น ร้อยละ 10 – 20 เป็นการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันทันที ที่เหลือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีอาการโรค อีก 1 – 2 เดือน ถ้ารอดชีวิตก็มักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ทำให้อัตราการเสียชีวิตและความพิการมีสูงมาก (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548) โดยผลกระทบที่เกิดจากการขาดความตระหนักรู้ในอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจต่อการมารับการรักษาที่เร่งด่วนภายใน 3 ชั่วโมงในภาวะที่เนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือด เมื่อมาช้าจะมีความพิการขึ้นกับผู้ป่วย ด้านสถานทางเศรษฐกิจ รวมทั้งครอบครัวซึ่งต้องรับภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาวทำให้เป็นภาระด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศตามมา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยที่ผ่านมาทั้งหมดจำนวน 86 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปการศึกษาได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้ดังนี้ 1) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นปัญหาทางกาย จิตใจ สังคมหรือการมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง จำนวน 30 เรื่อง 2) ศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ ระบบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเช่นการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน 16 เรื่อง และ 3) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจำนวน 40 เรื่อง และได้พบงานวิจัยเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพียง 3 เรื่อง ได้แก่ อุมพร แซ่กอ (2552) ศึกษาความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องของการรับประทานอาหารอยู่ในเกณฑ์ต่ำ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสหวานจัดมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติตัวถูกต้องเพียงร้อยละ 6.8 เท่านั้น กชพร อ่อนอภัย (2551) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตำบลบ้านแทน อำเภอบ้านแทน จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแห่งหนึ่ง ของจังหวัดชัยภูมิมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารรสเค็ม และมักมีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะและคิดมากร่วมด้วย และ กันยารัตน์ อู่สกุล (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน พบว่ายังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดีตามที่กระทรวงสาธารณสุขกล่าวไว้ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 ดังนั้นการไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2550) แม้จะมียาละลายลิ่มเลือดเพื่อลดอัตราความพิการและเสียชีวิต ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ไม่เพียงเท่านั้นการพิจารณาให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดต้องกระทำภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ มากมาย ถึงแม้จะมารับการรักษาทันภายในระยะเวลาที่กำหนด ก็อาจไม่ได้รับยาดังกล่าว และหากแพทย์พิจารณาให้ได้รับยาดังกล่าวแล้วก็ต้องคอยติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการได้รับยาถึงแม้จะมีการรณรงค์ให้ประชาชนมารับการรักษาทันภายใน 3 ชั่วโมงเพื่อลดความพิการและเสียชีวิต (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550) ประกอบกับการเพิ่มแนวทางการรักษาที่เรียกว่า "Stroke fast tract" ก็มีใช้การแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุแต่เป็นการจัดการปัญหาเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้ว และจากอุบัติการณ์พบว่าแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจากลักษณะทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่หันไปบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง แป้ง น้ำตาล ไขมัน และน้ำอัดลม ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพและเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด มีบทบาทที่จะศึกษาและและนำความรู้นั้นไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร่วมกับแนวโน้มทางสถิติของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีอายุน้อยลงและจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยไม่พบการศึกษาหรืองานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยง เพื่อนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมและเป็นการป้องกันเบื้องต้นก่อนเกิดที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ความพิการและการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันคือ การมีความตระหนักรู้ที่ดีและถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการแสดงออกและแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมออกมา

ตามแนวคิดของ Good (1973) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบใหญ่ คือลักษณะของสิ่งเร้า และลักษณะของบุคคลที่รับรู้โดยลักษณะของสิ่งเร้าหรือคุณสมบัติของสิ่งเร้าจะเป็นปัจจัยภายนอก ที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจที่จะรับรู้เข้าไปสู่ความตระหนักต่อไปส่วนลักษณะของบุคคลที่รับรู้ นั้น หมายถึง การที่บุคคลจะเกิดความตระหนักต่อปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งมากน้อยแค่ไหนย่อมจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน คือปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส หู ตา จมูก และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาอันได้แก่ ความรู้เดิม การสังเกตพิจารณา ความสนใจความตั้งใจ ความพร้อมที่จะรับรู้ การเห็นคุณค่าซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีอิทธิพลทำให้บุคคลเกิดความตระหนักแตกต่างกัน (Good, 1973) จากแนวความคิดดังกล่าวข้างต้นสามารถอธิบายถึงขั้นตอนและกระบวนการเกิดพฤติกรรมได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สื่อรณรงค์ และแหล่งข้อมูลเป็นสิ่งดึงดูดที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้

ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ โดยแบ่งเป็นด้านได้ ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงตระหนักรู้ในโรคอื่นมากกว่า เช่น โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของเพศหญิงน้อยลง (Fogle et al., 2008) นอกจากนี้ในเรื่องลักษณะนิสัยส่วนบุคคลและบทบาทหน้าที่ในเรื่องเพศหญิงที่ต่างจากเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน โดยเพศหญิงเป็นเพศที่มีกระบวนการตัดสินใจช้า มีความลังเล มีความกลัวมากกว่าเพศชาย (Mandelzweig, Goldbourt, Boyko & Tanne, 2006) และพบร้อยละ 50 ของเพศหญิง ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเสียชีวิตในโรคหลอดเลือดสมอง และไม่มีความสนใจในโรคดังกล่าว (Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca, 2005) จากการศึกษาสมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกาในปี 2005 พบว่าเพศหญิงเพียงร้อยละ 20 มีความกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. อายุ จากการศึกษา พบว่าในช่วงอายุ 50-64 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด พบร้อยละ 61.8 รองลงมา ในช่วงอายุ 40-49 ปี พบร้อยละ 28.9 ช่วงอายุ 30-39 ปี พบร้อยละ 26.7 และพบมีความตระหนักรู้น้อยสุดอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี คือ ร้อยละ 12.8 (Pontes - Neto et al., 2008) และ พบว่าช่วงอายุ 45-69 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงวัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca, 2005)

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

4. ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า (Huang et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wahab และคณะ (2008) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 11 ปี จะตระหนักรู้และเฝ้าระวังต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าเนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะสนใจต่อสุขภาพน้อยลงด้วย (Wahab et al., 2008)

5. รายได้ ผู้ที่มีรายได้ดีมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการพื้นฐานปัจจัยสี่ของบุคคล และผู้ที่มีรายได้ดี มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ ปานกลาง และรายได้ต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Wahab et al., 2008)

6. ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Marx et al., 2009) และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด

สมองของสมาชิกในครอบครัวมีผลเพิ่มความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว (Evcı, Memis, Ergin & Beser ,2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กัน
2. พฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันในทางบวก
3. พฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตภาคใต้ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรวิจัย คือประชากรไทยอายุระหว่าง 18-45ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงและ/หรือโรคหัวใจ (เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง) คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล รัฐบาล ในเขตภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และ/หรือโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 150 คน โดยการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนั้นได้ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(สปสช,2550)ซึ่งแบ่งกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลางและสูงมาก เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้องขณะให้ข้อมูล สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด และเข้าใจในภาษาไทย มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย(Simple Random Sampling)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชายโดยเพศของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นเพศชาย และเพศหญิง

อายุ หมายถึง ตัวเลขที่บอกระยะเวลา ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา แบ่งได้ดังนี้

โสด ได้แก่ ผู้ที่ยังไม่เคยสมรส

คู่ ได้แก่ ผู้ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตามและแม้ว่าระหว่างไปทำการสำรวจทั้งสามีและภรรยาจะไม่ได้อยู่ด้วยกันแต่ยังมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยากันอยู่ เช่น สามีไปทำงานต่างจังหวัดหรือไปทำงานต่างประเทศก็ถือว่ายังสมรสกันอยู่

หม้าย ได้แก่ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่

หย่าร้าง ได้แก่ ผู้ที่มีได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว ได้หย่ากันตามกฎหมาย

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับตั้งแต่ต้น จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และ ปริญญาตรี

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับเป็นประจำทุกเดือน อาจเป็นเงินเดือน เงินที่ได้จากกิจการของตนเอง จากบุตรหลาน บุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายประจำเดือน

ข้อมูลส่วนของอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ ได้จากแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อเท็จจริงด้านปัจจัยเสี่ยง เช่นการมีโรคประจำตัว ความเครียด อายุ การสูบบุหรี่ เป็นต้น 2) ด้านอาการเตือนเช่นอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง การพูดตะกุกตะกัก ปากเบี้ยวเป็นต้น และ 3) ด้านการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อุมามพร แซ่กอและชนกพร จิตปัญญา (2552) ตามแนวคิดของ Pandian และคณะ (2005)

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สภาวะที่ผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สั่งสมมาจนกลายเป็นความคิดซึ่งใช้เป็นสิ่งประกอบในการตัดสินใจกระทำ อาจรับรู้ได้จากประสบการณ์การบอกเล่าหรือประสบการณ์จากที่เคยพบเจอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในที่นี้เป็นความเชื่อในเรื่องสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อุมามพร แซ่กอและชนกพร จิตปัญญา (2552) ตามแนวคิดของ Essex Cardiac & Stroke Network (2007)

พฤติกรรมกำรป้องกัน หมายถึง การแสดงออกถึงกำรรับรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซึ่งแสดงออกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มเป็นต้น, การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เหมาะสมกับโรคและสมำเสมอ, การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียดหรือหาทางออกที่เหมาะสมเมื่อเผชิญกับความเครียด โดยข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อุมภาพร แซ่กอและชนกพร จิตปัญญา (2552) ตามแนวคิดของ Pandian และคณะ(2005)

ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมำ ของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยประสบการณ์ดังกล่าวอาจได้กำรพบเห็นผู้ป่วย หรือได้จากญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่เจ็บป่วยหรือมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ข้อมูลส่วนของประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้จากแบบสอบถามส่วนที่ 5 ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อุมภาพร แซ่กอและชนกพร จิตปัญญา (2552)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติกำรพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้มีความรู้ความเข้าใจถึงพฤติกรรมกำรป้องกันเกี่ยวกับผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปใช้ในการวางแผนและให้กำรพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกำรดูแลตนเองที่เหมาะสม
2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าให้แก่กำรศึกษำพยาบาล บุคลากรหรือบุคคลที่สนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกำรป้องกันเกี่ยวกับผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
3. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางำนวิจัยทางกำรพยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกำรป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ ๆ มาดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิกำร และเป็นการขยายองค์ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป

บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอายุน้อย
 - 1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 อาการโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.8 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง
2. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย
 - 3.2 พฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2.1 พฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.2.2 พฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง
 - 3.2.3 พฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยโรคหัวใจ
 - 3.2.4 พฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรม
 - 3.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอายุน้อย

รัตนา นิลเพชรพลอย และคณะ (2548) ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยอายุน้อย (stroke in the young) หมายถึง ภาวะหรือกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของการสูญเสียทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและ/หรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดในสมอง ที่ทำให้เกิดการอุดตันหรือเลือดออก ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ถึง 45 ปี ประกอบด้วยภาวะอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือด (cerebral infarction) ภาวะที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเอง ทำให้เลือดออกในสมอง หรือเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอะแรนอยด์ (intracerebral hemorrhage and subarachnoid hemorrhage) ทั้งนี้ไม่รวม ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) เลือดดำในเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นดิวรา และนอกชั้นดิวรา (subdural and epidural hematoma)

จากการศึกษาโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอายุน้อยได้มีการแบ่งกลุ่มอายุหลากหลายแตกต่างกันออกไปเช่น แบ่งจากกลุ่มสาเหตุที่แตกต่างกัน หรือกลุ่มผู้ป่วยที่พบจากอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงนั้นๆ เช่นการศึกษาของ Joseph Kwan (2005) ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย คือ กลุ่มอายุ 16-45 ปี และการศึกษาของ Hachinski V (1985) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 15-45 ปี เนื่องจากพบสาเหตุของการเกิดโรคที่แตกต่างกันในกลุ่มอายุดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยดังนั้นจึงได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 18-45 ปี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยอายุน้อย คือกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของการสูญเสียทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดในสมอง ที่ทำให้เกิดการอุดตันหรือเลือดออก ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 45 ปี ประกอบด้วยภาวะอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือด ภาวะที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเอง ทำให้เลือดออกในสมอง หรือเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอะแรนอยด์ ทั้งนี้ไม่รวม ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เลือดดำในเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นดิวรา และนอกชั้นดิวรา

1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยอายุน้อย แบ่งตามพยาธิสภาพออกเป็น 2 ชนิด ใหญ่ ๆ (AHA, 2008) กล่าวคือ

1. การตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือด (occlusion, ischemic stroke) ทำให้สมองขาดเลือด (ischemic) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดคือ ประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเกิดจาก หลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน (thrombosis) ส่วนใหญ่นั่งหลอดเลือดหนาและแข็งจากการเกาะตัวของไขมัน (atherosclerosis) ซึ่งเป็นการเสื่อมของหลอดเลือดแดง ส่วนน้อยเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดแดง และความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง เช่น เลือดข้น (polycythemia) หรือสิ่งแปลกปลอมหลุดเข้าไปในหลอดเลือด (embolism) จึงเกิดการอุดตันในหลอดเลือด ถ้าเกิดการอุดตันเล็กน้อยจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (transient ischemic attack; TIA)

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

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

ในผู้ป่วยอายุน้อย มีสาเหตุของการเกิดโรคที่หลากหลาย โดยสาเหตุส่วนใหญ่พบเพิ่มเติมได้จากโรคเกี่ยวกับเลือด การใช้จ่ายและสารเสพติด อุบัติเหตุ การใช้จ่ายคุมกำเนิดชนิดเม็ด การตั้งครรภ์ และโรคไมเกรน เป็นต้น (Marcoux, 2000)

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง (Marcoux, 2000)

1. หลอดเลือดสมองตีบ(Ischemic stroke)ได้แก่

1.1 โรคทางหัวใจ (Cardiac disease) เช่น congenital, rheumatic valve disease

1.2 โรคหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Large vessel disease) เช่น Premature atherosclerosis , Dissection (spontaneous or traumatic), Fibromuscular dysplasia Infection, Vasculitis

1.3 โรคหลอดเลือดขนาดเล็ก (Small vessel disease) เช่น Vasculopathy (infectious, noninfectious, microangiopathy)

1.4 โรคเลือด (Hematologic disease) เช่น Sickle-cell disease, Leukemia , Hypercoagulable states (antiphospholipid antibody syndromes, deficiency of antithrombin III or protein S or C, resistance to activated protein C, increased factor VIII)

1.5 โรคไมเกรน

2. หลอดเลือดสมองแตก(Hemorrhagic stroke)ได้แก่ Subarachnoid hemorrhage, Intraparenchymal hemorrhage ,Arteriovenous malformation,Neoplasm ,Hematologic , Moyamoya disease,Drug use (warfarin, amphetamines, cocaine, phenylpropanolamine) , Iatrogenic (peri-procedural)

จากการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มอายุน้อย ระหว่างประชากรไทยกับเนเธอร์แลนด์ พบว่า ในคนไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่สำรวจมี cardioembolism เป็นสาเหตุของ การตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือด (ischemic stroke) ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 50ปี โดยเชื่อว่าสาเหตุเกิดมาจากอัตราการเกิดที่สูงของ rheumatic heart disease ใน

ประเทศไทย ส่วน ในกลุ่ม การแตกของหลอดเลือดสมอง (hemorrhagic stroke) พบสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก arterovenous malformation (Venketasubramanian, 1998)

เมื่อกล่าวถึงการกระจายตัวของประชากรกับสาเหตุที่หลากหลายของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุน้อย ได้มีการศึกษาใน Vermont สหรัฐอเมริกา พบว่าส่วนใหญ่เป็นชนิดหลอดเลือดสมองตีบ 42 เปอร์เซ็นต์ มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก cardio embolic และ premature artero sclerosis และหลอดเลือดสมองแตกมี 41 เปอร์เซ็นต์และเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง arachnoid 17 เปอร์เซ็นต์ มีสาเหตุมาจาก ruptured aneurysm

นอกจากประวัติทั่วไปที่จำเป็นต้องทราบเพื่อการดูแลเบื้องต้น ในผู้ป่วยอายุน้อยการทราบประวัติโรคเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุ เช่น deep vein, pulmonary embolism หรือประวัติการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ประวัติ ปวดข้อ ผื่น การแพ้ ที่บ่งบอกภาวะทาง autoimmune เช่น SLE, vasculitis, antiphospholipid syndrome และประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว เป็นต้น (Martin, Enevoldson and PRD Humphrey, 1997) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายและครอบคลุมทั่วถึง เนื่องจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุน้อยมีหลากหลาย จึงควรมีการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการส่งตรวจเพิ่มเติมตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย ดังต่อไปนี้

1. สาเหตุจากโรคทางหัวใจ (Cardiac disease)

- ประวัติ โรคประจำตัว เช่น ลิ้นหัวใจผิดปกติ ประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อยๆ ประวัติการผ่าตัดหัวใจ ประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว อาการใจสั่น หมดสติ

- ตรวจร่างกาย ส่วนใหญ่สามารถตรวจพบได้จากการตัวประจำตามปกติให้ครอบคลุมทั้ง ดูคลำ และฟัง การตรวจเพิ่มเติมเช่น splinter hemorrhages หรือร่องรอยการใช้เข็มฉีดยา (Marcoux, 2000) และการตรวจตาโดยใช้ ophthalmoscope เพื่อหา Roth spot (Martin, Enevoldson and PRD Humphrey, 1997) จะ บ่งชี้ถึง endocarditis

- การตรวจเพิ่มเติม เช่น 12 lead EKG ส่วน transthoracic echocardiography สามารถแสดง ขนาดและการทำงานของ left atrium และ ventricle ทั้งยังบ่งบอกลักษณะและการทำงานของลิ้นหัวใจ mitral และ aortic รวมทั้งยังสามารถแสดง Valvular vegetations และ left ventricular mural thrombus ในบางครั้งได้ แต่จะไม่สามารถแสดง left atrial left ventricular thrombi (Martin, Enevoldson and PRD Humphrey, 1997) ซึ่งอีกตัวเลือกหนึ่ง คือ transoesophageal echocardiography สามารถแสดงผลได้ดีกว่า แต่มีความ invasive มากกว่า

2. สาเหตุจากหลอดเลือด (Vessel disease)

- ประวัติ โรคประจำตัวเช่น hypercholesterolemia และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด arterosclerosis โรค neurofibromatosis, Down syndrome, Williams syndrome, sickle cell disease ซึ่งทำให้เกิดหลอดเลือดแดง carotid ตีบ หรือเรียกว่า secondary Moyamoya disease (Sabrina E Smith, 2011) ประวัติอุบัติเหตุบริเวณอก หรืออุบัติเหตุชนิด decelerating ทำให้นึกถึงสาเหตุจาก dissection ประวัติและอาการของโรค TB และ syphilis รวมถึงความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการปวดข้อ ผื่น และอาการทาง systemic ของโรคกลุ่ม autoimmune การรับ การฉายแสง การใช้ยาและสารเสพติด

- ตรวจร่างกาย ควรคลำชีพจรทั้ง 4 ระวังค่าเท่ากันหรือไม่ เพื่อหาภาวะ coarctation, subclavian stenosis, Takayasu's arteritis การฟังสามารถช่วยให้ตรวจพบ carotid และ subclavian bruit การสังเกตอาการของ Horner's syndrome บ่งบอกภาวะ carotid dissection ลักษณะอาการแสดงของโรคทางพันธุกรรมเช่น หน้าตา ส่วนสูงและความยืดหยุ่น ใน Marfan's syndrome และ Ehler-Danlos syndrome

- การตรวจเพิ่มเติม Duplex Ultrasonography ถือเป็นการตรวจหลักของการหาความผิดปกติของหลอดเลือด carotid และ vertebral นอกจากนี้ยังมีการตรวจ MRA และ angiography เพิ่มเติมในรายที่สงสัยมาก ซึ่งใน internal carotid arteries stenosis จะพบลักษณะ "puff of smoke" (Sabrina E Smith, 2011)

3. สาเหตุจากโรคเลือด (Hematologic disease)

- ประวัติและตรวจร่างกาย เน้นให้ทราบถึงประจำตัวและประวัติอาการเลือดออกง่ายหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติในอดีต รวมถึงโรคมาเรียม การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ (Marcoux, 2000)

- การตรวจเพิ่มเติม coagulogram ,proteins C & S, antithrombin III, lupus anticoagulant, anticardiolipin antibodies, antinuclear antibodies and dsDNA antibodies

- สาเหตุจาก Migraine นั้นพบได้น้อยและจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกสาเหตุอื่นๆก่อนและมีประวัติที่เข้าได้กับ Migraine

4. สาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองแตก มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันโดยเกี่ยวข้องกับประวัติอุบัติเหตุและการใช้สารเสพติด แต่สาเหตุส่วนใหญ่ของกลุ่มนี้คือ ruptured aneurysm ซึ่งมักจะมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และ arterovenous malformation

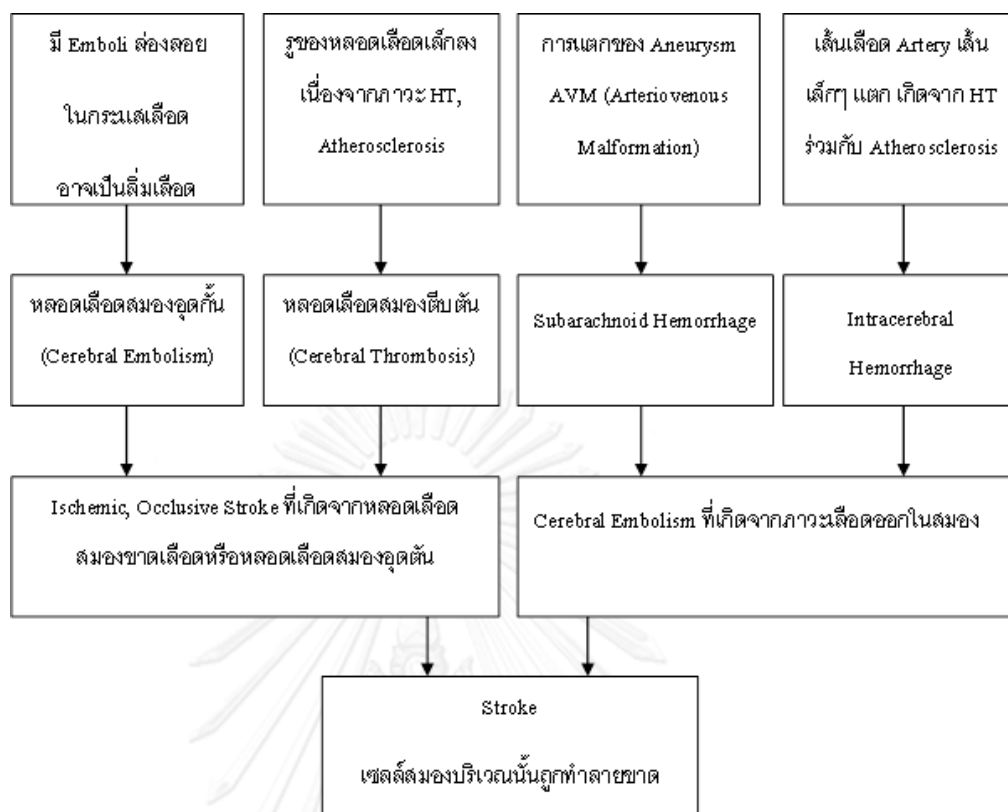
1.3 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การอุดตันของหลอดเลือด (Ischemic stroke)

จากการที่ไขมันในเลือดสูง ไขมันจึงไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว รุน หลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน หรือมีลิ่มเลือดอุดตัน เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง แรงดันออกซิเจนในสมองลดลง แรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในสมองเพิ่มขึ้น เกิดกรดแลคติก สมองและเซลล์ประสาทขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย

พยาธิสรีรภาพของการแตกของหลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm)

เมื่อผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอ จึงมีการโป่งพองออก มีลักษณะกลม อาจเป็นถุง ขยายใหญ่ และกว้าง บริเวณที่เกิด aneurysm พบมากที่สุดบริเวณ circle of Willis ซึ่งเป็นบริเวณที่เชื่อมต่อของหลอดเลือดแดงใหญ่ และแยกแขนงเพื่อนำเลือด และออกซิเจนมากกว่าร้อยละ 80 ไปเลี้ยงสมอง cerebrum เมื่อการไหลเวียนโลหิตไปกระทบบริเวณที่โป่งพองจึงแตกออก และดันเลือดเข้าไปในบริเวณ subarachnoid (SAH) ก้อนเลือดจึงไปกดเนื้อเยื่อสมอง กระตุ้นเส้นประสาท sympathetic ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง เลือดออกซ้ำ ประมาณ 7-10 วัน เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Bahouth & Yabrough อ้างถึงใน วิจิตร กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก, 2551)



ภาพที่ 1 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

(ศรีเทียน ตริศิริรัตน์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, 2549)

พยาธิสรีรภาพ Arteriovenous malformation (AVM)

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

1.4 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการขัดขวางการนำเลือดไปเลี้ยงสมอง หรือมีเลือดออกในสมอง ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีดังนี้

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้

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

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

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

4. ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้นกับเส้นเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองมีการอุดตัน ทำให้มีการขัดขวางเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (He et al., 2003)

5. โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติกลุ่มอายุเดียวกัน 2 เท่า จากการศึกษา แฟรมมิงแฮม (Framingham study) พบว่าภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ที่ไม่มีโรคลิ้นหัวใจร่วมมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่าของคนปกติกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยได้แก่ โรคลิ้นหัวใจ (Valvular disease) ภาวะหัวใจเต้นระริก Atrial fibrillation และหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post myocardial infarction) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2547; Hock, 1999) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก หัวใจห้องบนมีขนาดใหญ่แต่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องบนไม่ดีทำให้เกิดเลือดคั่งและมีลิ่มเลือดจากหัวใจ (Cardiogenic emboli) ลิ่มเลือดดังกล่าวมีโอกาสที่จะหลุดออกมาไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (He et al., 2003)

6. การตีบของหลอดเลือดคาโรติดที่บริเวณคอพบมากในชาวตะวันตก แต่อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ในประเทศไทยก็มีสูงพอควร ในผู้ที่มีการตีบของหลอดเลือด คาโรติด น้อยกว่าร้อยละ 75 โดยที่ไม่มีอาการจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดร้อยละ 1.3 ต่อปี ในขณะที่ผู้ที่มีการตีบของหลอดเลือดมากกว่า 75 % จะมีความเสี่ยงถึงร้อยละ 3.3 ต่อปี ถ้านับรวมถึงการมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ด้วยผู้ที่มีหลอดเลือด คาโรติด ตีบมากกว่า ร้อยละ 75 มีความเสี่ยงถึง ร้อยละ 10.5 ต่อปี

7. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต

7.1 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Rosamond et al., 2008) และการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100 (Mackay & Mensah, 2004)

7.2 การดื่มสุรา ผู้ใหญ่ที่อายุน้อยที่ดื่มสุราจะมีปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ของการเกิด cerebral infraction ในผู้หญิงวัยกลางคน และในผู้ชายอายุน้อยที่ดื่มสุรา อย่างหนักเป็นประจำ จะมีความเสี่ยงสูงในการเกิด subarachnoid hemorrhage และการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสูงให้เสียชีวิตได้ (PB Gorelick,1987) นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่รับประทานอาหารมีความเสี่ยงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Stranges et al., 2004)

7.3 การขาดการออกกำลังกาย สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ50 (Rosamond et al, 2008)

7.4 ความเครียดเรื้อรัง การแยกตัวออกจากสังคม การวิตกกังวล สามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Mackay & Mensah, 2004) โดยภาวะเครียดมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้

1. อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถเกิดได้ในทุกวัย เช่น จากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Health and Nutrition Examination Survey) พบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงปี ค.ศ.1999-2004 แปรผันตรงกับอายุ โดยความชุกในช่วงอายุ 20 - 39 ปี เท่ากับ ร้อยละ 0.5 ช่วงอายุ 40 - 59 ปี อยู่ในช่วง ร้อยละ 1.2 - 2.3 ช่วงอายุ 60 - 79 ปี อยู่ในช่วง ร้อยละ 6.2 - 6.5 และอายุมากกว่า 80 ปี อยู่ในช่วง ร้อยละ 12.4 - 14.8 ในทุกช่วงอายุ มีความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ยกเว้น ช่วงอายุ 20-39 ปี มีความชุกเท่ากันทั้งสองเพศ (Rosamond et al.,2008) และพบว่าความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยภาวะหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่าในทุกๆ 10 ปี เมื่ออายุมากกว่า 55 ปี (Mackay & Mensah, 2004)

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

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

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

5. การเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ฮาร์โด และคณะพบว่าผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนประมาณ ร้อยละ 4 - 7 จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในปีแรก และได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจำนวน 328 ราย ในเมืองเพิร์ท ประเทศออสเตรเลีย เป็นเวลา 10 ปี พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้มีความเสี่ยง

สัมผัสเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไปโดย 1 เดือนแรกมีความเสี่ยงสัมผัสในการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 41 (Hardie et al., 2004)

1.5 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่าง ต่อไปนี้ (American National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2005)

- 1.5.1 การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า และเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง
- 1.5.2 การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที
- 1.5.3 การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด
- 1.5.4 มีอาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน
- 1.5.5 เวียนศีรษะมีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย

1.6 อาการโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจมีอาการอัมพาตขณะตื่นนอน หรือขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดล้มลงไป อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หรือ มีความรู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขน ขา ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น กล่าวคือถ้ามีอาการอัมพาตที่ซีกขวา ก็หมายถึงการตีตันของหลอดเลือดเกิดขึ้นในสมองซีกซ้าย และอาจพูดไม่ได้ เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย อัมพาตมักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไปและเป็นเดือน ปี หรือ ตลอดชีวิตก็อาจเป็นไปได้

2. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันที

3. ผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แล้วก็มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขา ค่อย ๆ อ่อนแรง อาจชัก และหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รูม่านตาเล็กทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมักตายใน 1 – 2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสรอดฟื้นและค่อย ๆ ดีขึ้น หรือถ้าได้รับการผ่าตัดได้ทันทีก็อาจช่วยให้รอดได้(สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544: 374 - 378)

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24 - 48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่

อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1- 14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมงกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

1.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญช่วยให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตันคือ การทำให้เซลล์ของสมองยังอยู่รอดให้นานที่สุด ถ้าเราสามารถทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลา และในระดับที่เพียงพอ ก็สามารถทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นฟื้นตัวได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ซึ่งการรักษาจะต้องทำภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) การให้ยานี้ผู้ป่วยควรอยู่ในความดูแลของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเท่านั้น หลังจากให้ยาแล้วผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล 2-3 วันเพื่อดูอาการต่อไป หากเกิน 3 ชั่วโมงแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยมากที่สุด การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำของโรค ดังนี้

1.7.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงการที่เนื้อสมองตาย จะไม่มีการรักษาใดที่จะทำให้นเนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดโดยใช้วิธีการรักษา ดังนี้ (อดุลย์ วิริยเวชกุล, 2534)

1.7.1.1 รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูง ไม่ลดให้ความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 90-100 มม.ปรอท เนื่องจากกลไกการระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตลดต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น นอกจากนี้ในรายหลอดเลือดสมองบริเวณอื่นมีพยาธิสภาพที่จะอุดตันอยู่แล้ว โอกาสที่จะขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นอีก

1.7.1.2 การให้ยากันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

1.7.1.3 การให้ยากันเลือดแข็ง (Anticoagulant) โดยใช้ในรายสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวและในผู้ป่วยที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน

1.7.1.4 ให้ยาลดสมองบวมที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ สเตียรอยด์(Steroid) และ สารเข้มข้น(Hyperosmolar) ต่างๆ เช่น แมนนิทอล (Mannitol) ซึ่งใช้ในระยะเวลาที่สมองบวมมาก

1.7.2 โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การรักษามีจุดมุ่งหมายป้องกันเลือดออกเพิ่มขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยเน้นการรักษาแบบประคับประคองส่วนยาที่นิยมใช้มีดังนี้

1.7.2.1 ยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากความดันโลหิตสูง แต่การให้ยาลดความดันโลหิตต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเพราะอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

1.7.2.2 การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (Evacuation of hematoma)

1.7.2.3 การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องว่างของร่างกาย (Ventricular drainage) ในรายที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคของกลุ่มอายุน้อยพบว่าดีกว่าในกลุ่มอายุมาก และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีสัมพันธ์กับ โรคหลอดเลือดสมองแตก และโรคที่เป็นสาเหตุ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการเกิด arterosclerosis ส่วนการเกิดโรคซ้ำ ขึ้นกับการพยากรณ์โรคของโรคที่เป็นสาเหตุ (Marc Marcoux,2000)

ส่วนการดูแลรักษาในระยะยาวสิ่งสำคัญคือการหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการซักประวัติเพิ่มเติม ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้า ต่อไปขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคดังที่ได้กล่าวไปในข้างต้น ซึ่งความสำคัญคือเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลง ลดความพิการ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยในรายที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดจากการควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และให้ยาลดสมองบวม ส่วนในรายที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ป้องกันเลือดออกมากขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยการให้ยาและการผ่าตัดรักษา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายและครอบคลุมทั่วถึง เนื่องจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุน้อยมีหลากหลาย ดังนั้นการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการส่งตรวจเพิ่มเติมตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคจึงมีความสำคัญมากเช่นกัน

1.8 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีดังนี้ (อุไรวรรณ แต่รุ่งเรือง ,2543)

1.8.1 ด้านร่างกาย

1 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว จากพยาธิสภาพส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไปโดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียกผู้ป่วยจะรู้สึกวุ่นวายหนักขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก หรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลยอาการจะเกิดขึ้นในด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพของสมอง หลังจากนั้นเมื่อพ้นจากการอ่อนปวกเปียกจะเกิดอาการเกร็งโดยจะเกิดอาการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าจะงอและนิ้วเท้าจะงอเข้า (อรฉัตร โตชยานนท์, 2539; Kernich, 2001) ซึ่งจากอาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้

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

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

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

5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล (temporal lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมาซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองทั้ง 2 ข้าง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาคณิตศาสตร์ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผล จินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง (Hucky & Hock, 2003)

6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย สาเหตุของความผิดปกติของการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ มักจะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ผลของโรคในสมองโดยเฉพาะที่บริเวณสมองส่วนฟรอนทัล (frontal lobe) อาจทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ขณะที่บริเวณก้านสมองส่วนพอนส์ อาจทำให้ตัวกระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาการไม่ประสานงานกันระหว่างกล้ามเนื้อหูรูด (sphincter) กับกล้ามเนื้อดีทรูสเซอร์ (detrusor) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2545) ส่วนความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ มีแนวโน้มจะเกิดอาการท้องผูกจากการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ หรือจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้เคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้หรือกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกให้ทราบว่าการถ่ายอุจจาระ

7. มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยที่ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศจะแข็งตัวช้าหรือไม่แข็งตัวในเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง

1.8.2 ด้านจิตใจ

การที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายแต่ก็มีผลกระทบต่อด้านจิตใจร่วมด้วย เนื่องจากเกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัวจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและการแสดงบทบาทในชีวิตการแสดงพฤติกรรมทางจิต ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่

1. ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญโดยพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเกิดตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 20 จะยังคงปรากฏอาการภายหลังเจ็บป่วย 1 ปีผ่านไป (Kirkevold , 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟีเบลและสปริงเกอร์ (Feibel and Springer, 1982) ที่พบว่าร้อยละ 26 ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีอาการซึมเศร้าภายใน 6 เดือน และการศึกษาของโรบินสัน โบลด์คและไพร์ซ์ (Robinson , Bolduc and Price, 1987) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มป่วยและอาการซึมเศร้าจะอยู่นาน 7 ถึง 8 เดือน จะมีอาการรุนแรงในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกไร้คุณค่า เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ขาดคนสนใจรู้สึกมีปมด้อย ผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่าย และสนใจตนเองลดลง ทำให้ฟื้นฟูสภาพได้ไม่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

2. ความรู้สึกสูญเสีย ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ คุณค่าในตนเอง สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาในลักษณะก้าวร้าวโดยการใช้คำพูดหยาบคาย ทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของ บางรายอาจแสดงออกมาในรูปการวางอำนาจ ถูกผู้อื่น จู้จี้ และเรียกร้องความสนใจ (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537) ความซึมเศร้า

3 ความกลัวและวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตัวเอง กลัวความพิการ กลัวเกิดโรคซ้ำซ้อน กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค มีความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในอนาคต (พรชัย จุลเมตต์, 2540) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยการนอนไม่หลับ หงุดหงิด เรียกร้องความสนใจ

1.8.3 ด้านสังคม ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไม่ว่าจะมากหรือน้อยล้วนส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมร่วมด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอายโดยเฉพาะผู้ป่วยในวัยนี้อายุน้อยเป็นวัยเรียนและวัยทำงาน ทำให้ไม่กล้าเข้าสังคมหรือพบปะเพื่อนฝูง เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัวเป็นไปได้ยาก ทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง จะรู้สึกว่าคุณค่าหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิม ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีความห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง จากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เกี่ยวข้องต่อโรคหลอดเลือดสมอง

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดี วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีมีดังนี้(กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข,2550)

1. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ

อาหารที่ส่งเสริมให้สุขภาพดี เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต) มีดังนี้

1. รับประทานผลไม้ หรือผักสด อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน (400-500 กรัม) โดย 1 ส่วนเทียบได้กับ ถั่วฝักยาว แอปเปิ้ล ส้ม หรือมะม่วงขนาดปกติ 1หรือฝักสุก 2 ซ่อนโต๊ะ มะเขือเทศผลใหญ่ 1 ผล ในหนึ่งวันควรรับประทานผักสุกอย่างน้อย 3 ทัพพี หรือ 9 ซ่อนโต๊ะ และผลไม้หลังอาหารหรือระหว่างมื้ออย่างน้อย 1 ชนิด 2 ครั้ง/ วัน (ไม่ควรเกิน 10-15 คำ/มื้อ แล้วแต่ผลไม้หวานมากหรือน้อย) ถ้าไม่มีผลไม้สามารถรับประทานผักแทนได้ 2 ทัพพี และควรรับประทานที่มีกากใย เช่น อาหารประเภทถั่ว ข้าวซ้อมมือ หรือเมล็ดพืช เป็นต้น

2. ลดการบริโภคเกลือลงให้น้อยกว่า 1 ซ่อนชาหรือ 6 กรัม/วัน รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารจานด่วน อาหารแช่แข็ง หรืออาหารที่ผ่านรูปแบบการถนอมอาหารแบบต่างๆ เช่น การดอง การตากแห้ง การหมัก เนื่องจากมีเกลือเป็นส่วนประกอบจำนวนมาก จากการคาดประมาณพบว่าถ้าลดบริโภคเกลือลง 50 มิลลิกรัมต่อวัน จะลดจำนวนผู้เป็นโรคความดันโลหิตที่ต้องรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตได้ครึ่งหนึ่ง และลดจำนวนการตายจากอัมพาตได้ร้อยละ 22

3. การลดการรับประทานอาหารไขมันสูง เนื่องจากให้พลังงานสูง ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น โดยไขมันแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.1 ไขมันอิ่มตัว เมื่อย่อยสลายจะได้โคเลสเตอรอล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ดังนั้นจึงจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมัน กลุ่มนี้ประกอบอยู่

3.2 ไขมันไม่อิ่มตัว การรับประทานที่มีไขมันกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า แต่ไขมันกลุ่มนี้ยังคงให้พลังงานสูง ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรรับประทานในจำนวนมากเกินไป ในการประกอบอาหารเพื่อลดปริมาณไขมันควรปฏิบัติ ดังนี้ ใช้ไขมันเพียงเล็กน้อย ,ใช้การประกอบอาหารโดยการปิ้ง นึ่ง อบ หรือย่าง ในการประกอบอาหารแทนการทอด ,เลาะหนังหรือไขมันออกก่อนนำมาปรุงอาหาร ,เลือกรับประทานเนื้อไก่ เนื้อปลาแทนเนื้อแดงจากหมู วัว และ แกะ นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันจากปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 2 ส่วน เนื่องจากมีกรดไขมันโอเมกา-3 ซึ่งช่วยป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ดังนั้น จึงป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

4. ลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 แก้ว ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกินวันละ 1 แก้ว ประกอบด้วยแอลกอฮอล์ 10 กรัม หมายถึง เบียร์ 250 มิลลิลิตร ไวน์ 100 มิลลิลิตร และวีสกี 25 มิลลิลิตร

2. การปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการควบคุมน้ำหนักตัว

2.1 การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย มีความหมายกว้างกว่าการออกกำลังกาย เนื่องจากหมายถึง การมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งในและนอกเวลางาน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการมีสุขภาพดี และการมีความสุขในชีวิต การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่นการ เดิน การทำสวน ทำงานบ้าน หรือการเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เคยปฏิบัติเป็นประจำบางอย่าง เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินระยะใกล้ๆ แทนการขับรถ หรือการลุกขึ้นไปทำกิจกรรมอื่นแทนการนั่งดูโทรทัศน์ การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้อย่างน้อย วันละ 30 นาที โดยไม่จำเป็นต้องปฏิบัติต่อเนื่องกันและปฏิบัติอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ ก็จะสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต)ได้ กรณีที่มีโรคประจำตัว ควรเริ่มปฏิบัติช้า ๆ ในกิจกรรมบางอย่างเพียงเล็กน้อยและสังเกตตัวเองถ้ารู้สึกไม่สบายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมทางการที่ไม่เคยปฏิบัติควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวางแผนการปฏิบัติที่เหมาะสม กรณีรู้สึกสบาย ควรปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อไป และเพิ่มกิจกรรมอื่นๆ ซ้ำๆ ในระดับเล็กน้อยระหว่างปฏิบัติกิจกรรม ควรประเมินตนเองเป็นระยะ เพื่อปรับกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับตนเอง กรณีปกติไม่มีโรคประจำตัว การปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม คือ เมื่อปฏิบัติกิจกรรมแล้วอาจมีเหงื่อออกเพียงเล็กน้อย ถ้าปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง จะพบว่าสภาพร่างกายจะมีความพร้อมและความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

2.2 การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เพิ่มขึ้นภาวะนี้ประเมินได้โดยการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI =น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ซึ่งมาตรฐานของต่างประเทศ ดัชนีที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร² ในคนไทยซึ่งมีขนาดร่างกายเล็กกว่าชาวต่างชาติ น้ำหนักที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² กรณีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมาตรฐานสากล 25-29.9 กิโลกรัม/เมตร² ในคนไทย 23-24.9 กิโลกรัม/เมตร²) จำเป็นต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ถ้ามีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายตามมาตรฐานสากลมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² ในคนไทยมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) จำเป็นต้องลดน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างจริงจังและเข้มงวด นอกจากการคำนวณหาดัชนีมวลกาย การประเมินภาวะอ้วนลงพุง (Central Obesity) โดยการวัดรอบเอวผ่านสะดือ ก็เป็นวิธีหนึ่งในการ

ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ซึ่งในเพศชายเส้นรอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว (หรือ 90 เซนติเมตร) และเพศหญิงไม่ควรเกิน 32 นิ้ว (หรือ 80 เซนติเมตร)

2,3 การเลิกบุหรี่ การสูบบุหรี่ไม่ว่าโดยวิธีทางใด จะส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น ดังนั้น การเลิกบุหรี่จึงเป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะลดโอกาสเสี่ยงได้ทันที นับจากวันที่เลิกบุหรี่ นอกจากนี้ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ยังให้ผลกระทบบทบาทแทนที่คุ้มค่าในด้านอื่นๆ ภายหลังจากหยุดบุหรี่ 2-3 สัปดาห์ ดังนี้

1. รู้สึกสดชื่น ตื่นตัว มีพลังงานสำรองมากขึ้น เหนื่อยน้อยลง นอกจากนี้จะช่วยให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น การเดิน การเคลื่อนไหว สะดวกง่ายขึ้น
2. รับประทานอาหารอร่อยขึ้นเนื่องจากรับรูรสและกลิ่นดีขึ้น
3. ลมหายใจสดชื่นไม่เหม็นอับ หรือได้กลิ่นบุหรี่เหมือนเดิม
4. ประหยัดเงิน
5. สมาชิกในครอบครัว และคนรอบข้าง ไม่ตกในอันตรายจากการสูดควันบุหรี่อย่างก็ตาม มีบุคคลจำนวนมากที่พยายามเลิกบุหรี่หลายครั้ง กว่าจะประสบความสำเร็จ ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดคือความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ประกอบการวางแผนที่ดี และเริ่มต้นปฏิบัติอย่างจริงจัง

การวางแผนการเลิกบุหรี่

ต้องเลือกหนทางที่เหมาะสมกับตนเอง และเมื่อตั้งใจที่จะเลิกควรวางแผนที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

1. วันที่แน่นอนที่จะเลิกบุหรี่
2. ตั้งเป้าหมายของการเลิกบุหรี่ไว้ที่ตนเอง
3. บอกให้ครอบครัวและคนรอบข้างสนับสนุนช่วยเหลือการเลิกบุหรี่
4. วางแผนสิ่งที่จะปฏิบัติ เมื่อเกิดความอยากบุหรี่

บุหรี่เป็นสารเสพติดเมื่อเสพแล้วเลิกภายใน 1 สัปดาห์แรกจะมีความอยากบุหรี่ หรืออาการลงแดงอย่างรุนแรง เช่น ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า สมาธิลดลง และเมื่อเวลาผ่านไปภายใน 6 เดือนแรก จะมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ได้อย่างง่ายดาย ถ้าไม่ปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตในระหว่างที่มีอาการของความอยากบุหรี่ มีผลิตภัณฑ์ซึ่งช่วยอาการดังกล่าวได้ คือหมากฝรั่งนิโคตินหรือแผ่นติดผิวหนัง หรือยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของนิโคติน ซึ่งสามารถติดต่อขอทราบวิธีการใช้ได้จากคลินิกอดบุหรี่

ข้อควรปฏิบัติในการเลิกบุหรี่อย่างถาวร

1. อย่าอูเลิมให้ตนเองสูงบุหรี่โดยคิดเพียงว่า “แค่มวนเดียว” เมื่อใดที่เริ่มสูบบุหรี่เพียงมวนเดียวจะทำให้เกิดความอยากบุหรี่ยตามมา
2. อย่าปล่อยให้เวลาว่าง เพราะจะทำให้มีเวลาคิดถึงความอยากบุหรี่และเมื่อรู้สึกอยากบุหรี่ยมาก ให้บอกกับตนเองง่ารอเวลาอีก 5 นาที แล้วรีบหางานอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากบุหรี่
3. หลีกเลี่ยงสถานที่หรือเพื่อนที่สูบบุหรี่ รวมทั้งบอก/ขอร้องคนในครอบครัวและคนรอบข้างไม่ให้สูบบุหรี่ต่อหน้า

4. ในระยะสัปดาห์แรกหลังเลิกบุหรี่ ควรเข้านอนหัวค่ำ พักผ่อนมากขึ้น และหลีกเลี่ยงความเครียด รวมทั้งเตือนตัวเองเสมอว่า “หลังจากสัปดาห์นี้ไป ทุกอย่างจะดีขึ้น” และเมื่อผ่านไประยะสัปดาห์แรก เมื่อความอยากบุหริ่ลดลง ควรปรับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้เลิกบุหริ่ได้อย่างถาวร

5. ตั้งเป้าหมายในใจ และคิดถึงสิ่งดี ๆ ความรู้สึกดี ๆ ที่ได้รับหลังจากเลิกบุหริ่

6. เก็บเงินส่วนที่ประหยัดได้จากการเลิกบุหริ่ไว้ สำหรับให้รางวัลความสำเร็จของตนเอง

7. อย่ากังวลกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหลังจากการเลิกบุหริ่ เนื่องจากสามารถควบคุมได้ โดยควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ขอให้ระลึกเสมอว่า “สิ่งที่สำคัญที่สุดขณะนี้ คือ การเลิกบุหริ่” การควบคุมภาวะ / โรคที่เกิดขึ้นตามวัยเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์/อัมพาต) มีดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2.4 การควบคุมความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิตสูง เป็นโรคซึ่งเกิดเงียบๆ โดยไม่แสดงความผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ถูกชะเลยและไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว แสดงถึงโรคที่รุนแรงขึ้นจำเป็นต้องการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิต

สาเหตุและผลที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงมาจากหลายประการทั้งที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ เช่น พันธุกรรม อายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งวิถีชีวิตในการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารลดเค็ม การไม่ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม การดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากเป็นประจำ หรือการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นประจำ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยังส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องดูแลตนเอง เพื่อป้องกันควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม

การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมความดันโลหิตสูง

1. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม(มาตรฐานสากล ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² เส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกน้อยกว่า 1 หรือเส้นรอบเอวผ่านสะดือในผู้หญิงน้อยกว่า 32 นิ้ว ผู้ชายน้อยกว่า 36 นิ้ว)

2. ทำกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ กระดับกระแฉ่งในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

3. รับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการรับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น จำกัดเกลือ และลดไขมันในอาหาร (ลดเกลือ เพิ่มผัก)

4. หยุดสูบบุหริ่

5. ไม่ดื่ม/ดื่มแอลกอฮอล์อย่างพอเหมาะ คือ ผู้หญิงน้อยกว่า 1 แก้ว/วัน ชายน้อยกว่า 2 แก้ว/วัน ขนาดของแก้วตามแอลกอฮอล์แต่ละชนิด (เบียร์ 250 มิลลิลิตร ไวน์ 100 มิลลิลิตร วิสกี้ 25 มิลลิลิตร

6. พบแพทย์เพื่อตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี การปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น สามารถป้องกันควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่ไม่สามารถรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น หากปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวแล้ว ระดับความดัน

โลหิต จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทางยาลดระดับความดันโลหิต อย่างไรก็ตามยังคงมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิตอีกทางหนึ่ง

3.5 การควบคุมเบาหวาน เบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต แสดงอาการโดยการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลมาจากการขาดอินซูลิน และหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ในคนที่เบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์/อัมพาต) สูงกว่าคนปกติ 2-4 เท่า

สาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากเบาหวาน

เบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1. เบาหวานชนิดที่ 1 พบมากในเด็กและวัยรุ่น เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ผลิตอินซูลินไม่ได้ ร่างกายขาดอินซูลินในการนำน้ำตาลกลูโคสจากหลอดเลือดเข้าสู่เซลล์ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดนี้ จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลินตลอดชีวิต

2. เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากในผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ แต่ปัจจุบันแนวโน้มเด็กและวัยรุ่น เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคอ้วนในเด็กและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่นการรับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งเบาหวานชนิดนี้เกิดขึ้น เนื่องจากตับอ่อนผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอหรือร่างกายใช้ประโยชน์จากอินซูลินได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ดังนั้น ดังนั้นการรักษาจึงไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน(ยกเว้นในคนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้) แต่การปรับเปลี่ยนวิถีบางประการ ร่วมกับการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

3. สาเหตุของการเกิดเบาหวานจากหลายประการ เช่นกรรมพันธุ์ ความอ้วน การรับประทานอาหารไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ อาการของเบาหวานระยะแรกจะไม่รุนแรงชัดเจนถ้าไม่สังเกตจะไม่ทราบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น และเมื่อมีอาการชัดเจนแสดงอาการถึงภาวะที่โรครุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญ 3 อวัยวะ คือ หัวใจ (หัวใจขาดเลือด) ไต (ไตวาย) ตา (ตามัว เห็นภาพซ้อน ตาบอด ประสาทเสื่อม และอวัยวะอื่นๆ เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก เป็นต้น

ข้อบ่งชี้โรคเบาหวาน

คนที่อายุ 40 ปีขึ้นไปทุกคน และมีปัจจัยบ่งชี้โอกาสพบว่าเป็นเบาหวานข้อใด ข้อหนึ่ง ต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยปีเว้นปี

ข้อบ่งชี้โอกาสเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี
2. อ้วน(ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 24.9 กิโลกรัม/เมตร²)
3. มีพ่อแม่ พี่น้องเป็นเบาหวาน
4. เป็นโรคความดันโลหิตสูง
5. เป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ HDL cholesterol ≤ 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
6. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตร น้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม

7. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะความทนต่อกลูโคสผิดปกติ (Impaired fasting glucose tolerance : IGT) หรือภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดหลังอาหารผิดปกติ (Impaired fasting glucose tolerance : IGT) ในคนปัจจุบันซึ่งโอกาสพบว่าเป็นเบาหวานแม้ว่าอายุไม่ถึง 40 ปี ควรสังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดหวานอย่างสม่ำเสมอ ถ้าพบอาการดังกล่าว ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อรับการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดทันที อาการเริ่มแรกที่น่าสงสัยว่าเป็นเบาหวาน ได้แก่

1. เหนื่อยง่าย เพลียมากกว่าปกติ
2. กระหายน้ำมาก ต้ม้ำมาก และปัสสาวะน้อยกว่าปกติ
3. ตามัว
4. ติดเชื้อง่ายและบ่อย
5. มีแผล หายยากกว่าปกติ

ถ้าพบอาการที่น่าสงสัยดังกล่าว ควรงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อไปพบแพทย์ และเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดในเช้าวันรุ่งขึ้น ระดับน้ำตาล (Fasting Blood Glucose or Fasting Blood Sugar) คนปกติควรอยู่ระหว่าง 70-110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะบ่งชี้ว่าเป็นเบาหวาน อย่างไรก็ตาม ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 110-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน จำเป็นต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตในด้านที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน จำเป็นต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิต ในด้านที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน

การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมเบาหวาน

ถ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โอกาสเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง ดังนั้น จึงควรปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพียงอย่างเดียวได้ แพทย์จะชั่งยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ให้เหมาะสม ดังนี้

1. รับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพหลีกเลี่ยงอาหารที่มีพลังงาน น้ำตาลและไขมันสูง

2. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
3. ดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยที่สุด
4. มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ กระจายกระแงในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน
5. ติดตามระดับน้ำตาล สอบถาม และปฏิบัติตัวตามแพทย์แนะนำ

ในกรณีถ้าเป็นเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพียงอย่างเดียวได้ แพทย์จะให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย และถ้ายังไม่เพียงพอในการลดระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์อาจพิจารณาให้ฉีดอินซูลิน ดังนั้นผู้ที่ เป็นเบาหวานจึงจำเป็นต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มาพบแพทย์ รวมทั้งปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ และเหมาะสม

ข้อควรปฏิบัติในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่คงที่ จะก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตามมา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่อย่างสม่ำเสมอ ข้อควรปฏิบัติ ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่และเหมาะสม ดังนี้

1. ไม่ควรลืมรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ
2. ห้ามหยุดรับประทานยาเอง โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์
3. ไม่ควรงดอาหาร ควรรับประทานอาหารตรงเวลาสม่ำเสมอ
4. เมื่อไม่สบาย และรับประทานอาหารไม่ได้ตามปกติ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม

2.6 การควบคุมระดับไขมันในเลือด

ไขมันประกอบด้วยโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งถ้ามีมากเกินไปจะสะสมที่ผนัง หลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อมเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโคเลสเตอรอล เป็นไขมันที่ไม่ละลายในเลือด ดังนั้น จึงต้องจับกับโปรตีนเพื่อไหลเวียนไปทั่วร่างกายโคเลสเตอรอล แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. HDL cholesterol เป็นโคเลสเตอรอลที่จับกับโปรตีน ชื่อ HDL (high density lipoprotein : HDL) นับเป็นโคเลสเตอรอลดี เป็นโคเลสเตอรอลที่จับกับโปรตีน ชื่อ HDL (high density lipoprotein : HDL) นับเป็นโคเลสเตอรอลดี
2. LDL cholesterol เป็นโคเลสเตอรอลที่จับกับโปรตีน ชื่อ LDL (Low density lipoprotein : HDL) นับเป็นโคเลสเตอรอลไม่ดี ที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค่าปกติของ LDL cholesterol ควรน้อยกว่า 115 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

สาเหตุส่วนใหญ่ของการมีไขมันในเลือดสูง มักเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เมื่อมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะไม่มีอาการ หรืออาการเตือนใดๆ แพทย์จะวินิจฉัยภาวะนี้ได้ด้วยการเจาะเลือดตรวจหาระดับไขมันในเลือดเท่านั้น

การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมไขมันในเลือดสูง

1. รับประทานอาหารที่เพิ่มผัก ผลไม้ ลดการรับประทานอาหารไขมันสัตว์ และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง
 2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
 3. มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ กระฉับกระเฉงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้นและระดับไขมันในเลือดยังคงสูง แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดไขมันในเลือด ถ้ารับประทานยาแล้วไม่มีผลข้างเคียงใดๆ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และยังคงปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันควบคุมไขมันในเลือดอย่างต่อเนื่องสืบไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและความตระหนักรู้

3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 97) ได้นิยาม พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตเห็นได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม แบ่งเป็นพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก

พฤติกรรมภายใน หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล รวมทั้งความคิด ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ และค่านิยม

พฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นได้ ทำด้วยการพูด การกระทำกิริยาท่าทางของบุคคล

นิตยา เย็นฉ่ำ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการปฏิบัติตนเพื่องดบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล ในสังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 162 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่องดบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อ งดบุหรี่ แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดบุหรี่

Kals and Cobb (1966 : 246) พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviour) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการไปรับบริการตรวจร่างกาย

ฮิลการ์ด เออร์เนสและโบเวอร์ (Hilgard and Bower, 1966 : 6) ได้ให้คำนิยาม คำว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตที่สังเกตได้โดยบุคคลอื่น หรือเครื่องมือของผู้ทำการศึกษา

ดังนั้น พฤติกรรม จึงหมายถึงปฏิกริยาหรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งภายในจิตใจของตนเอง หรือแสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็น

แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกัน

แนวคิดของเบรคเลอร์ (Breckler, 1986) อธิบายถึงความตระหนักรู้ของบุคคลว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าคือ ข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ต่างๆ จะก่อให้เกิด อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และแสดงออกเป็นพฤติกรรม

เบนจามิน เอส บลูม ปี ค.ศ. 1971 ได้กล่าวว่า ความตระหนักรู้เกือบจะเป็นลักษณะของพฤติกรรมการรับรู้ แต่ต่างจาก “ความรู้” ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำที่สุด ของฐานการรับรู้ ในเรื่องของ “ความรู้” นั้น เราไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของความจำหรือศักยภาพการหวนระลึก ในสิ่งต่างๆ หรือในสิ่งที่เราได้รับโอกาสที่เหมาะสมนั้น ผู้เรียนจะค่อนข้างตระหนักถึงการที่เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในเหตุการณ์ สถานการณ์ ปรากฏการณ์ หรือสภาวะการณ์ในเหตุการณ์ต่างๆ ราวกับว่า “ความรู้” ไม่ได้อนุมานถึงการประเมินของคุณภาพหรือธรรมชาติของสิ่งเร้าต่างๆ ความต่างของ “ความรู้” ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการอนุมานถึงความสนใจ ปรากฏการณ์ วัตถุ หรือสภาวะของเหตุการณ์ เหมือนอย่างการแยกแยะลักษณะเฉพาะหรือการจำแนกคุณลักษณะของวัตถุ แม้ว่าลักษณะเหล่านี้

ล้วนแล้วแต่ทำให้เข้าใจไปว่ามีผลกระทบต่อกันแต่คนอาจไม่สามารถระบุสภาพของสิ่งเร้าที่เป็นเหตุให้เกิดความตระหนักเหล่านี้ได้ออกมาเป็นคำพูด

ความหมายเกี่ยวกับความตระหนักรู้

Breckler (1986) กล่าวถึงความตระหนักรู้ ว่าเป็นความสำนึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความรู้ ความเชื่อและความประพจน์หรือการปฏิบัติ

Good (1973) ได้ให้ความหมายว่าความตระหนักรู้ หมายถึง ความรู้สึกที่แสดงถึงการเกิดความรู้ ระลึกได้ ของบุคคล หรือการที่บุคคลแสดงความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

Bloom (1971) ได้ให้ความหมายว่า ความตระหนัก เป็นขั้นต่ำสุดของภาคอารมณ์และความรู้สึก ความตระหนักเกือบคล้ายความรู้ตรงที่ความรู้และความตระหนักไม่เป็นลักษณะของสิ่งเร้า ความตระหนักไม่จำเป็นต้องใช้ปรากฏการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด ความตระหนักจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าให้เกิดความตระหนัก

Pandian และคณะ (2005) ได้อธิบายความตระหนักรู้ ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความตระหนักรู้ดังกล่าว จะประกอบด้วย ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีทัศนคติหรือความเชื่อของบุคคลที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และแสดงออกด้วยการปฏิบัติต่อเรื่องนั้นๆ

รัชฎาภรณ์ เจริญพร้อม (2550) ได้สรุปว่าความตระหนักเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับความรู้สึกรู้จักคิด การรับรู้การเข้าใจ การสำนึก ที่มีต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง โดยอาศัยระยะเวลาหรือประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อมในชุมชน หรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายของคำว่าตระหนักรู้ว่า หมายถึง รูปประจักษ์ชัด รู้ชัดแจ้ง อาจสรุปและขยายความได้ว่า ความตระหนัก หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึก รับรู้ คิดได้ มองเห็นประโยชน์และความสำคัญโดยการแสดงออกมาในทิศทางที่ต้องการตามประสบการณ์ หรือความตระหนักเป็นการรับรู้ จดจักษ์ หรือมีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งหรือสำนึกถึงบางสิ่งบางอย่างของประสบการณ์ ความตระหนักจะเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมในสังคมหรือสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นให้เกิดความตระหนักและสะท้อนให้เห็นทางพฤติกรรม

จากความหมายของความตระหนักรู้ จึงพอสรุปได้ว่า ความตระหนักหมายถึงการแสดงออกซึ่งความรู้สึก ความคิดเห็น ความสำนึก เป็นภาวะที่บุคคล มีความรู้ความเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้โดยอาศัย ระยะเวลา เหตุการณ์ ประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยทำให้เกิดความตระหนัก โดยมีทัศนคติหรือความเชื่อของบุคคลที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และแสดงออกด้วยการปฏิบัติต่อเรื่องนั้นๆ และสะท้อนให้เห็นทางพฤติกรรม

หลักการ แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักรู้

เบรคเลอร์ (Breckler, 1986) กล่าวว่า ความตระหนักรู้ (Awareness) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Consciousness of Something) จำแนกและรับรู้ (Recognitive) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับด้านความรู้สึกและอารมณ์ ความสำนึก ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง โดยมีเหตุการณ์ สภาพแวดล้อม

ในสังคม หรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของความตระหนักรู้ มี 3 ประการได้แก่

1. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) ความรู้หรือความเข้าใจ จะเริ่มต้นจากระดับง่าย และพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ

2. อารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) เป็นความรู้สึก ต่อค่านิยม ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้า ดี หรือ ไม่ดี

3. พฤติกรรม หรือการปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้า หรือแนวโน้มที่บุคคลจะทำ

ดังนั้น บุคคล สถานการณ์ กลุ่มสังคม การเรียนรู้ และประสบการณ์ จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ โดยมีความรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม เป็นองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายองค์ประกอบของความตระหนักรู้ได้ดังนี้

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

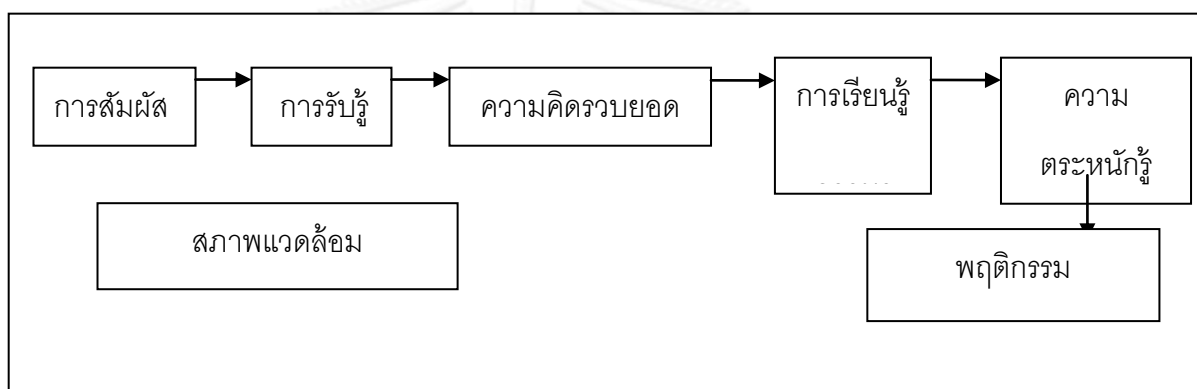
ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง การให้ความสำคัญให้ความสำคัญพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งความเชื่อของบุคคลก็ขัดแย้ง กันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของความเชื่อเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย (Green, 1980)

พฤติกรรมการปฏิบัติ ในที่นี้ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติ ซึ่ง ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา(2549) ได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ เป็นต้น

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

Good (1973: 156) กล่าวว่า ปัจจัยหรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความตระหนักรู้ นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบใหญ่ คือลักษณะของสิ่งเร้า และลักษณะของบุคคลที่รับรู้โดยลักษณะของสิ่งเร้าหรือคุณสมบัติของสิ่งเร้า จะเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจที่จะรับรู้อันนำไปสู่ความตระหนักต่อไป ส่วนลักษณะของบุคคลที่รับรู้ นั้น หมายถึงการที่บุคคลจะเกิดความตระหนักรู้ต่อปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งมากน้อยแค่ไหน ย่อมจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส หู ตา จมูก และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา อันได้แก่ ความรู้หรือประสบการณ์เดิม การสังเกตพิจารณา ความสนใจความตั้งใจ ความพร้อมที่จะรับรู้ ความเชื่อ การเห็นคุณค่าซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีอิทธิพลทำให้บุคคลเกิดความตระหนักแตกต่างกัน จากแนวความคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถอธิบายถึงขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนักรู้ได้ดังแผนภูมิต่อไปนี้ คือ



ภาพที่ 2 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนักรู้ที่ส่งผลถึงพฤติกรรม

จากแผนภูมิจะสามารถเห็นว่าความตระหนักรู้เป็นผลของกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือสัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการรับรู้ขึ้น (Perception) เมื่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือสัมผัสกับสิ่งเร้าแล้ว จะเกิดการรับรู้ขึ้น เมื่อเกิดการรับรู้แล้ว ต่อไปจะนำไปสู่การเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้านั้น และนำไปสู่การเรียนรู้เป็นขั้นต่อไป คือมีความรู้ในสิ่งนั้น และเมื่อบุคคลเกิดความรู้แล้ว ก็จะมีผลนำไปสู่ความตระหนักรู้ในที่สุดและทั้งความรู้และความตระหนักรู้ นี้ก็จะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้นๆต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้

ทงศ์ศักดิ์ ประสบกิตติกุล(2534:22-23)กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ ดังต่อไปนี้

1. ประสบการณ์ที่มีต่อการรับรู้
2. ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อม บุคคลใดมีความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมนั้นก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความตระหนักต่อสิ่งที่เกิดขึ้น
3. ความใส่ใจในการให้คุณค่า ถ้าบุคคลมีใส่ใจในเรื่องใดมากก็จะมีความตระหนักในเรื่องนั้นมาก ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้านั้นสามารถทำให้ผู้พบเห็นเกิดความสนใจ ย่อมทำให้ผู้พบเห็นเกิดการรับรู้และเกิดความตระหนักมากขึ้น

4. ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ถ้าบุคคลใดได้รับรู้บ่อยครั้งเท่าใด หรือนานเท่าใดก็ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดความตระหนักได้มากขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้/การสัมผัสรับรู้เป็นเรื่องเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลมีการมองเห็นหรือพิจารณาเกี่ยวกับตนเองและโลกของบุคคลว่าเป็นอย่างไร การรับรู้เป็นปัจจัย 1 ใน 3 ปัจจัยความตระหนัก (Awareness) ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งการรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่แยกออกไปไม่ได้จากพื้นฐานอื่นๆ เนื่องจากความต้องการของบุคคลและแรงจูงใจต่างๆ คือ สิ่งที่บุคคลได้รับรู้และทำให้บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งก็เพราะบุคคลมีการรับรู้/การสัมผัสรับรู้ที่แตกต่างกัน

ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ (Perception) คือ วิธีการที่บุคคลมองโลกที่อยู่รอบๆตัวของบุคคล ฉะนั้นบุคคล 2 คนอาจมีความคิดต่อตัวกระตุ้นอย่างเดียวกันภายใต้เงื่อนไขเดียวกันแต่บุคคลทั้ง 2 อาจมีวิธีการยอมรับถึงตัวกระตุ้น (Recognize) การเลือกสรร (Select) การประมวล (organize) และการตีความ (interpret) เกี่ยวกับตัวกระตุ้นดังกล่าวไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม ยังขึ้นกับพื้นฐานของกระบวนการของบุคคลแต่ละคนเกี่ยวกับความต้องการ ค่านิยม การคาดหวัง และปัจจัยอื่นๆ ดังนั้น การรับรู้สามารถให้คำจำกัดความได้ดังนี้

เวทินี สุขมาก (2545: 25-26) ให้ความหมาย การรับรู้ คือ ขบวนการที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการเลือกสิ่งเร้า (Selection), การประมวลสิ่งเร้า (Organization) และการแปลผลตีความสิ่งเร้า (Interpretation)

Schiffman & Kanuk (1994: 146) การรับรู้ Perception หมายถึง “กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีการเลือก การประมวลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมาให้ความหมายและได้ภาพของสิ่งที่พบเห็นรับรู้จากสัมผัส”

ดังนั้น การรับรู้จึงหมายถึง “กระบวนการการตีความที่ผ่านประสาทสัมผัสใดๆ โดยตรง” ซึ่งจากความหมายนี้คำที่จะสื่อความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ การสัมผัสรับรู้ อันเป็นการรู้ที่เกิดจากการรับรู้ความรู้สึกเข้ามาทางประสาทสัมผัสเกิดเป็นความเข้าใจหรือความรู้สึกภายในของบุคคล หรือกล่าวอีกอย่างคือ การรับรู้ คือ กระบวนการที่คนเราแปลความหมายของสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากการสัมผัส โดยใช้ความรู้และประสบการณ์เดิม เป็นเครื่องช่วยในการแปลงความหมายนั้น การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล หลังจากได้รับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก โดยมีการตีความ หรือ การแปลความสิ่งเร้านั้นๆ ออกมาในรูปของความคิดความรู้ ความเข้าใจ และการกระทำได้

กระบวนการการรับรู้ (Perceptual process)

เวทินี สุขมาก (2545: 27-32) กระบวนการการรับรู้ของบุคคลเป็นที่เข้าใจแล้วว่า การรับรู้ นั้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตใจ ซึ่งกระบวนการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การเปิดรับตัวกระตุ้น คือ การกระทำในการนำความรู้สึกที่ได้รับจากกระตุ้นหรือสิ่งที่ได้รับรู้ไปยังสมองโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นการนำเอาตัวกระตุ้นจากภายนอกไปยังจิตใจที่อยู่ภายใน
2. การประมวลความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ เป็นขั้นแรกของการรับรู้ที่เกิดขึ้นในจิตใจซึ่งเป็นขั้นที่เกี่ยวกับการจำแนกรายละเอียดของความรู้สึกในจิตใจตามความรู้ และประสบการณ์ของ

บุคคล ในขั้นนี้บุคคลจะได้รับรู้ถึงความรู้สึกนั้นว่าเป็นอะไร ไม่ว่าจะประสบการณ์ในอดีตมาก่อนหรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของบุคคล ความโน้มเอียง ความรู้สึก ทักษะ และความรู้สึกที่เคยมีมาก่อนด้วย ซึ่งก็คือการจัดการกับข้อมูลที่รับเข้ามา ให้เป็นรูปแบบที่จะสื่อความหมายได้

3. ความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้รับรู้ (Comprehension) จะเป็นขั้นตอนอันหนึ่งซึ่งอยู่ภายใต้ของกระบวนการการรับรู้ แต่จะเป็นผลที่เกิดขึ้นมาจากขั้นของการประมวลความรู้สึกความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้รับรู้ เมื่อความเข้าใจของความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจนั้นคือ ความรู้สึกได้เริ่มมีการรับรู้แล้วว่าสิ่งที่รับรู้ นั้นมันคืออะไร

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การเกิดการรับรู้จะต้องผ่านกระบวนการการรับรู้ทั้ง 3 ประการ จึงจะทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้งห้า

ลำดับขั้นของการรับรู้ (Stages of Perception)

เวทินี สุขมาก (2545: 33-36) ได้กำหนดระดับขั้นต่างๆ ที่ซับซ้อนขึ้นตามลำดับของการรับรู้ไว้ดังนี้

1. Field of Sensations คือ ในการเกิดการรับรู้ขึ้นแต่ละครั้ง จะมีการรับข้อมูลเข้ามา มากกว่า 1 อย่าง เช่น ในขณะที่ฟังการบรรยาย เราจะเห็นทั้งผู้บรรยาย ได้ยินเสียงของผู้บรรยาย และเห็นไฮไลต์ที่คนไปพร้อมๆ กันในคราวเดียวกัน

2. Sensory Percept คือ ขั้นตอนที่มีการรับรู้ข้อมูลเพียงรูปร่างลักษณะเท่านั้น โดยยังไม่มี การเทียบเคียงกับสิ่งที่จดจำได้ (Recognition) เป็นขั้นตอนที่ยังไม่ทราบความหมาย เช่น เห็นวัตถุสิ่งหนึ่ง แล้วทราบแต่เพียงว่าเป็นผ้าที่มีรูปร่างเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า โดยที่ยังไม่รู้ว่าเป็นผ้าจริงแล้วสิ่งนั้นคือธงชาติ

3. Meaningful Percept คือ ขั้นตอนที่มีการรับรู้ความหมายของสิ่งเร้า ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการเทียบเคียงกับสิ่งที่จดจำได้ (Recognition) ที่อยู่ในความจำ (Memory) เช่น เมื่อเห็นผ้าที่เป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ที่เป็นแถบสี 5 แถบ โดยมีแถบน้ำเงินใหญ่อยู่ตรงกลาง ถูกประกอบด้วยกบขาวแดงตามลำดับ ในลักษณะที่เป็นริ้วแวนอน ก็สามารถรับรู้ได้ว่า คือธงชาติไทย

ความหมายความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา ปี ค.ศ.2007 ได้ให้ความหมายของความตระหนักรู้ ในโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การที่บุคคล หรือ ประชาชน กลุ่มเสี่ยง และบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญและตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในส่วนของ อาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การรักษา ของโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม เพื่อลดความพิการและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองตามมา(American Stroke Association, 2007)

Pandian ได้ให้ความหมาย ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองว่าเป็น การให้ความสำคัญเกี่ยวกับ อาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และ การรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะเพิ่มความเข้าใจที่จะทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความตระหนักรู้ มากขึ้นเป็นการให้ความสำคัญที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับ อาการเตือนปัจจัยเสี่ยง ในโรค

หลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำความรู้ที่มีดังกล่าว ประกอบการตัดสินใจในการมารับ การรักษาที่โรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต (Pandian, 2006)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การให้ความสำคัญ เกี่ยวกับ อาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และ การรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การ แสดงออกถึงการรับรู้ คิดได้ มองเห็นประโยชน์และความสำคัญในโรคหลอดเลือดสมองโดยการแสดง ออกมาในทางที่ถูกต้อง และเกิดความตระหนักเมื่อมีเหตุการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น

พฤติกรรมการป้องกันในโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลที่ แสดงออกมาทั้งภายในจิตใจของตนเอง หรือแสดงออกมาในเรื่องเกี่ยวกับ อาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และ การรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแสดงออกมาในทางที่ถูกต้อง

พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ในปัจจุบันการลดภาวะความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นที่สนใจทั้งในประเทศและทั่ว โลก โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จัดการอารมณ์ ส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ (Diet) ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริม การเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity) ควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือ โรค อ้วน โดยเฉพาะ อ้วนลงพุง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ตลอดจน การสร้างสิ่งแวดล้อม และกำหนดมาตรการ ทางกฎหมายเพื่อให้เป็นปัจจัยเอื้อต่อการควบคุมโรควิถีชีวิต (ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ, 2550)

โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันก่อนเกิดโรคได้ โดยบุคลากรทางสุขภาพควรสร้างความตระหนักรู้ด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุและ อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างรูปแบบหรือการรณรงค์เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดย การลดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายประการ เช่น สูบบุหรี่ ขาด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เครียดง่ายและไม่สามารถ จัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัวทุก คน เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น หากพบว่าสมาชิกครอบครัวคนใดมีภาวะโรคดังกล่าว ควรดูแลให้ได้รับการรักษาทางแพทย์ แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเหมาะสม (กชกร อ่อนอภัย, 2551)

พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ไม่เพียงแต่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยัง นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ อีกด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดัน โลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง มะเร็ง เป็นต้น ดังนั้นการปรับพฤติกรรมเสี่ยงจึงสามารถป้องกันการเกิดโรค เรื้อรังได้หลายโรค นอกจากนี้ควรสร้างความตระหนักรู้ดังกล่าวให้เกิดขึ้นกับชุมชนและสังคม (ฉัญญ ลักษณ์ โอบอ้อม, 2548)

จากการศึกษาของ Ali, Kanapathy & Marway (2009) พบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าความตระหนักรู้ต่อเบาหวานว่าเป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบเพียงร้อยละ 15 และความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ว่า เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความตระหนักรู้ต่อความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 41 มีประวัติสมาชิกใน

ครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 38 สูบบุหรี่ พบร้อยละ 35 การดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 18 ไขมันในเลือดสูงพบร้อยละ 34 จากโรคหัวใจ พบร้อยละ 17 ภาวะอ้วนพบร้อยละ 25 การบริโภคเกลือ พบร้อยละ 20

พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมีอาการที่เป็นสัญญาณของโรคนี้ คือ เวียนศีรษะ เดินเซ แขนขาอ่อนแรง ชา ครึ่งซีก ตาพร่ามัวหรือมองไม่เห็น พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดไม่ได้ หน้าเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่ง สับสน สับสนเล็กน้อย และอาจหมดสติ ให้สงสัยว่าจะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดต้องสังเกตอาการที่เกิดขึ้น และรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ไม่เกิน 3 ชั่วโมง เพื่อที่แพทย์จะได้ทำการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อหยุดความพิการ หยุดการเสียชีวิต แต่หากมาช้าเกินไปการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะเลือดออกในสมองและเสียชีวิตหรือพิการได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์

ดังนั้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ สิ่งที่ต้องจำให้ขึ้นใจและต้องตระหนักเสมอ คือ เมื่อมีสัญญาณผิดปกติดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ควรรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุด แต่ถ้าไม่ทราบต้องติดต่อสายด่วนโทร 1669 ซึ่งเป็นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของศูนย์นเรนทรของกระทรวงสาธารณสุขหรือสายด่วนสปสช.โทร.1330 จะได้รับความช่วยเหลือ และคำแนะนำเพื่อหยุดภาวะเสี่ยงจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น (สปสช, 2550) จากการศึกษาของ Ali, Kanapathy & Marway (2009) พบว่าความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือน 2 อาการที่มีความตระหนักรู้โดยพบร้อยละ 81 ตระหนักว่าอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง และร้อยละ 71 มีสัญญาณการพูด

พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันการรักษามีได้หลายแนวทางขึ้นกับตำแหน่งของโรค และระยะเวลาก่อนที่จะมาพบแพทย์ ในปัจจุบันได้มีการคิดค้นยาใหม่ๆ หลายชนิด โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ แต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันที่ อัมพาตหรืออัมพฤกษ์เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลัง จากที่สมองเกิดภาวะผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดกับเนื้อสมอง ทำให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ อาจเป็นอย่างชั่วคราวหรือถาวร อาการที่มักจะพบได้ทั่วไป ก็คือ พูดไม่ชัด พูดไม่ถูกความหมาย ลิ่นแข็ง แขนขาไม่มีแรง หรือชา ซึ่งอาการอาจเกิดได้แบบทันทีทันใด และค่อยๆ เป็นมากขึ้นในช่วง 2-3 วัน หรือเป็นๆ หายๆ กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันพบมากประมาณร้อยละ 70 ของทั้งหมด ผลที่เกิดขึ้นพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกร้อยละ 30 ต้องทุพพลภาพหรือทำงานไม่ได้และมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่หายจากโรค แต่ก็ต้องรับประทานยาควบคุมไปตลอดชีวิตปัจจุบันนี้ แพทย์ต้องตระหนัก และเข้าใจในความสำคัญ ของระยะเวลาหลังมีอาการซึ่งถือเป็นโอกาสทอง เมื่อมีคนใช้โรคหลอดเลือดสมอง มาถึงโรงพยาบาล เพื่อจะได้ปกป้องเนื้อสมองไม่ให้เสียหายถาวร

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ค้นพบวิธีการรักษาโรคเส้นเลือดสมองตีบ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยยาละลายลิ่มเลือดจะไปช่วยลดความเสียหายที่เกิดจากภาวะขาดเลือด ภาวะเลือดออก และจากภาวะสมองบวม ในปี 1995 งานวิจัยของ National Institutes of Neurological

Disorders and Stroke (NINDS) ใช้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด tissue plasminogen activator (tPA) ศึกษาแบบสุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย 624 ราย ให้ยาฉีดภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ ให้ยาฉีดในขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ให้ยาฉีด เมื่อติดตามไปนานถึง 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีด ไม่มีความพิการเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 12 มีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การรักษาโรคหลอดเลือดอุดตัน คือ ต้องให้การรักษาโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ หลังจากเกิดภาวะนี้ ผลการรักษาจึงจะดี ความสามารถในการป้องกัน ความเสียหายของวิธีการนี้ ทำให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วน ที่จะต้องรับรู้และประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดเสียแต่เนิ่นๆ และด้วยความรวดเร็วแม่นยำ (สปสช, 2550)

3.2 พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.1 พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมององค์การอนามัยโลก ในปี 2547 ได้ระบุว่า ปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา ได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีมากถึง 200 ล้านคน เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียประมาณ 80 ล้านคน (ร้อยละ 40) ซึ่งมีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 1.3 – 1.8 ต่อปี สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติได้รายงานว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 4.4 แสนคนจากทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 (เบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลินมักพบในเด็ก ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน) และแต่ละปีมีเด็กมากกว่า 70,000 คน กำลังพัฒนาสู่การเป็นเบาหวานชนิดนี้ โดยพบในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากที่สุด และเด็กที่เป็นเบาหวานจะมีอายุสั้นลงอีก 10 – 20 ปี (IDF, 2006)

จากการศึกษาของ Hinkle et al. (2008) เกี่ยวกับความตระหนักรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบในผู้ป่วยเบาหวานแห่งสหราชอาณาจักรพบมีอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 15 จากการสำรวจระดับความรู้และความตระหนักรู้ในเรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 52 ไม่ทราบว่าโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ มีเพียงร้อยละ 24 สามารถระบุได้ว่า เบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้และพบเพียงร้อยละ 28 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในขณะที่การศึกษาของ Poppert, Sadikovic & Sander (2008) พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศอังกฤษมีอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 20 โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่มีอายุ 35-54 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.18 ในขณะที่เพศชายมีโอกาสเสี่ยงเป็นร้อยละ 4.66 และพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การมีปัจจัยอื่นร่วม เช่น มีภาวะอ้วน สูบบุหรี่ และการได้รับการรักษาเบาหวานตั้งแต่เริ่มต้นที่ทราบ (Ahari, Bergqvist, Troeng et al., 1999) พบผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตัน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Kuhan, Gardiner & Abidia, 2001)

สำหรับประเทศไทยได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวนทั้งสิ้น 11 แห่งพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการศึกษามีค่าเท่ากับร้อยละ 3.5 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดในสมองตีบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนดังกล่าว คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพศชาย มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด ยาลดไขมันในเลือดและยาแอสไพริน (ณัฐเชษฐ์ เปล่งวิทยา และคณะ, 2549)

3.2.2 พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง แตก ตีบ ตัน สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2546 พบว่า โรคหัวใจ เบาหวาน อัมพาต เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่าไขมันคอเลสเตอรอลที่เพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่า สืบเนื่องจากสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2529 – 2547 มีประชากรโรคอ้วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วง อายุ 20 – 29 ปีเพิ่มขึ้น 7.5 เท่า เป็นร้อยละ 21.7 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า คิดเป็นร้อยละ 38.1 ทำให้ธุรกิจสถาบันลดน้ำหนักมีมูลค่าตลาดรวมในปี 2550 ถึง 1,800 – 2,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นในปี 2551 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 นอกจากนี้จากการศึกษาหลายแห่งบ่งชี้ได้ว่าปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

จากการศึกษาของ Frontini, Srinivasan, Elkasabany, & Berenson (2003) เรื่องเกี่ยวกับความตระหนักรู้ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าในเพศชายมีความตระหนักรู้ต่อภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (24% vs. 12%, $P = 0.001$). และพบว่าระดับการศึกษาที่สูงมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ในเรื่องการรักษามากขึ้น และผู้ป่วยต้นตัวที่จะไปรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคไขมันในเลือดสูง พบการศึกษาของ ศิริยุสม์ วรามิตร (2547) โรงพยาบาลสกลนคร ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยอายุน้อย (16-45 ปี) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบดังนี้ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.38 โรคหัวใจ ร้อยละ 24.28 ประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.97 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.71 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.71 และการมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมาก่อน ร้อยละ 11.42 ขณะที่ผู้ป่วยทั้งหมดมีอัตราการตายร้อยละ 9.45 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bensel และคณะ ซึ่งพบภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ในโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อย พบได้ถึงร้อยละ 60 ในปี 2005 พบการศึกษาความตระหนักรู้ต่อไขมันในเลือดสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความตระหนัก ร้อยละ 34 (Wadwa, Kinney, Maahs, Snell-Bergeon, Hokanson & Garg, 2005) ซึ่งไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

3.2.3 พฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหัวใจ
โรคหัวใจ (Cardiovascular disease) และโรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease) มีความสัมพันธ์กัน โดยเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคหลอดเลือดสมอง การหาความชุก

ที่แน่นอนของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับวิธีการวินิจฉัยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษามีหลายรายงานชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 75 มีภาวะของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดร่วมด้วย จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหัวใจกับความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2008 ประเทศบราซิล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ (Cardiologic clinic group) (Ca) และกลุ่มประชาชนทั่วไปในสวนสาธารณะ (Park group) จากการศึกษา สรุปรว่า ระดับการศึกษาสถานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีผลต่อความตระหนัก เกี่ยวกับ อากาศ อากาศเตือน ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ได้จำเป็นว่าจะต้องมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า และประชาชนทั่วไปอาจมีความรู้ที่ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (Coelho, Freitas, Campos & Teixeira, 2008) สำหรับประเทศไทย ในปี 2540 มีเพียงการศึกษาสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหัวใจเท่านั้น (สมศักดิ์ เทียมเก่า, วีรจิตต์ โชติมงคล และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลนาถ, 2540)

3.2.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปรากฏการณ์ที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 70-80 (Cruickshank et al., 1987) ความดันโลหิตที่สูงขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่ม 3 – 17 เท่าตัว (สำนักกระบาดวิทยา, 2550) ในปี 2004 Muntner et al. ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความตระหนักรู้ต่อโรคและการควบคุมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ การรักษา และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงรายได้ดี สถานภาพสมรสคู่ ผู้ที่ไปรับการรักษาตามนัดต่อเนื่อง ผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดีต่อเนื่องเป็นเวลา 5 ปี และจากการศึกษาของ Dong et al. (2008) พบเพศหญิงมีความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.8 มากกว่า เพศชายร้อยละ 25.9 และพบร้อยละ 43.9 ไม่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นอันตรายต่อชีวิตและมีผลทำให้เกิดโรคอื่น และพบร้อยละ 20.2 ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต เนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาในโรคนี้และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.3 มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน

3.3 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันและความตระหนักรู้

ความตระหนักรู้เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Conscious of Something) จำแนกและรู้จัก (Recognitive) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ ดังนั้น การวัดและประเมินผลจึงมีหลักการและวิธีการตลอดจนเทคนิคเฉพาะ จึงจะวัดความรู้และอารมณ์ดังกล่าวออกมาให้เที่ยงตรง และเชื่อมั่นได้เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกและอารมณ์นั้นมีหลายประเภทด้วยกัน ซึ่งจะนำมากล่าวไว้ดังนี้ (จรรยา ขุนทรง, 2539: 14 อ้างถึงใน ชาวาล แพรรีตกุล, 2526: 201-225)

3.3.1 วิธีการสัมภาษณ์(Interview) อาจเป็นการสัมภาษณ์ชนิดที่มีโครงสร้างแน่นอน (Structured Item) โดยสร้างคำถามและมีคำตอบให้เลือกเหมือนกัน กับแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ และคำถามจะต้องตั้งไว้ก่อน เรียงลำดับก่อนหลังไว้อย่างดี หรืออาจเป็นแบบไม่มีโครงสร้าง

(Unstructured Item) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่มีไว้แต่หัวข้อใหญ่ๆ ให้ผู้ตอบมีเสรีภาพในการตอบ มากๆ และคำถามก็เป็นไปตามโอกาสอันววยในขณะที่สนทนานั้น

3.3.2 แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามอาจเป็นชนิดเปิดหรือปิดหรือ แบบผสมระหว่างเปิดกับปิดก็ได้

3.3.3 แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) เป็นเครื่องมือวัดชนิดที่ได้ตรวจสอบว่า เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย มีหรือไม่มี สิ่งที่กำหนดในรายการอาจอยู่ในรูปของการทำเครื่องหมายตอบ หรือว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ก็ได้

3.3.4 มาตรวัดคุณภาพ (Rating Scale) เครื่องมือชนิดนี้เหมาะสำหรับวัดอารมณ์ และความรู้สึกที่ต้องการทราบความเข้ม (Intensity) ว่ามีมากน้อยเพียงใดในเรื่องนั้น

3.3.5 การใช้ความหมายภาษา (Semantic Differential Technique: S.D) เทคนิค การวัดโดยใช้ ความหมายของภาษาของ ชาลส์ อี ออสกู๊ด (Charles E. Osgood) เป็นเครื่องมือวัดได้ ครอบคลุมชนิดหนึ่ง เครื่องมือวัดชนิดนี้จะประกอบด้วย “เรื่อง” ซึ่งถือเป็น “สิ่งก้ำ” และมักจะมี คุณศัพท์ที่ตรงข้ามกันเป็นคู่ๆ ประกอบสังกัปนั้นหลายๆ คู่ แต่ละคู่จะมี 2 ขั้ว ช่องห่างระหว่าง 2 ขั้วนี้ แบ่งด้วยตัวเลขถ้าใกล้เคียงใดมากก็จะมีลักษณะตามคุณศัพท์ของขั้วนั้นมาก

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

1. การรวบรวมข้อมูล ข้อมูลนั้นอาจมาจากเอกสาร รายงานการศึกษาและงานวิจัย
2. การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลนั้นนำมาใช้ในการสร้างแบบวัดนั้นมี ความเหมาะสมกับการที่จะตอบหรือใช้วัดกับกลุ่มตัวอย่าง

3. เขียนแบบวัด โดยการสร้างสถานการณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกที่ แท้จริงของตนออกมาโดยการตรวจสอบแบบตรวจสอบรายการ

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด เมื่อสร้างแบบวัดตามเนื้อหาที่กำหนด แล้ว นำแบบ วัดไปปรึกษานักวิชาการที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่จะศึกษาเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของการใช้ ภาษา และขอบเขตของเนื้อหา จากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้ แล้วตรวจให้คะแนน วิเคราะห์คุณภาพ ของแบบวัด ปรับปรุงคุณภาพของแบบวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แล้วนำไปใช้จริงตามลำดับ

ความตระหนักรู้เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สึก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อน ดังนั้น การจะสร้างความตระหนักรู้ให้เกิดขึ้นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งจึงต้องมีหลักและวิธีการ ตลอดจน การนำเทคนิคที่นำมาการกระตุ้นให้เกิดความคิดและทำให้มีความหมาย สร้างความประทับใจ รวมไปถึง การเห็นคุณค่าในเรื่องนั้น ๆ ให้มากที่สุด

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

Summated Rating Scales คือ ชุดข้อความที่ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่าเห็นด้วย หรือไม่ มากน้อยเพียงใดคะแนนที่ได้ของผู้ตอบแต่ละรายจะเป็นผลรวมของทุกข้อ ซึ่งอาจเป็นคะแนน ดิบหรืออาจหารด้วยจำนวนข้อหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นอาจจะแบ่งคำตอบในมาตรวัดประเภทนี้ ออกเป็น 4 ช่วง เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน เท่ากับ 4) เห็นด้วย (คะแนนเท่ากับ 3) ไม่เห็นด้วย

(คะแนนเท่ากับ2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(คะแนนเท่ากับ1) โดยไม่อนุโลมให้ผู้ตอบไม่แน่ใจ ไม่มีความเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ

Equal Appearing Scales เป็นมาตรวัดที่พยายามจะวัดในระดับการวัดแบบช่วง ซึ่งครอบคลุมถึงมาตรวัดประเภทอื่นๆ เช่น Paired Comparison Scale ของ Thurstone และ Successive Intervals ของ Saffir

Cumulative Scales หรือ Guttman Scales มาตรวัดประเภทนี้เป็นมาตรวัดในมิติเดียว ประกอบด้วยชุดข้อความที่ผู้ตอบลงความเห็นว่าเป็นเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยชุดข้อความมีไม่มากข้อ อาจจะเพียง 4 - 5 ข้อขึ้นไป แต่ชุดข้อความนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่อเนื่อง คือ คนที่เห็นด้วยกับข้อที่ 2 ก็จะต้องเห็นด้วยกับข้อที่ 1 และคนที่เห็นด้วยกับข้อที่ 3 ก็จะต้องเห็นด้วยกับข้อที่ 1 และ 2 เป็นต้น

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัย เลือกใช้ แบบวัด แบบ Summated Rating Scales ซึ่งเป็นการรวมผลคะแนนในแต่ละตัวแปร เพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อหาศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

3.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตามแนวความคิดความตระหนักรู้ของGood (1973) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตระหนักรู้ 2 องค์ประกอบใหญ่ๆ ได้แก่ลักษณะของสิ่งเร้าและลักษณะของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยด้านลักษณะบุคคลดังนี้

1. เพศ เพศเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงตระหนักรู้ในโรคอื่นมากกว่า เช่น โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของเพศหญิงน้อยลง (Fogle et al., 2008) นอกจากนี้ในเรื่องลักษณะนิสัยส่วนบุคคลและบทบาทหน้าที่ในเรื่องเพศหญิงที่ต่างจากเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน โดยเพศหญิงเป็นเพศที่มีกระบวนการตัดสินใจช้า มีความลังเล มีความกลัวมากกว่าเพศชาย (Mandelzweig, Goldbourt, Boyko & Tanne, 2006) และจากการศึกษาสมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกาในปี 2005 พบว่าเพศหญิงเพียงร้อยละ 20 มีความกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพบร้อยละ 50 ของเพศหญิง ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเสียชีวิตในโรคหลอดเลือดสมอง และไม่มีความสนใจในโรคดังกล่าว (Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca, 2005)

2. อายุ จากการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศบราซิล พบว่าในช่วงอายุ 50-64 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด พบร้อยละ 61.8 รองลงมา ในช่วงอายุ 40-49 ปี พบร้อยละ 28.9 ช่วงอายุ 30-39 ปี พบร้อยละ 26.7 และพบมีความตระหนักรู้น้อยสุดอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี คือ ร้อยละ 12.8 (Pontes - Neto et al., 2008) และการศึกษาของ Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca (2005) พบว่าช่วงอายุ 45-69 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงวัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

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

4. ระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า (Huang et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 11 ปี จะตระหนักรู้และเฝ้าระวังต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าเนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะสนใจต่อสุขภาพน้อยลงด้วยและ Pancioli et al. (1998) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความตระหนักรู้ในการเข้ามารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ

5. รายได้ จากการศึกษาของ Marmot et al. (1991) พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำมีความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคน้อยลง ผู้ที่มีรายได้ดีมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการพื้นฐานปัจจัยสี่ของบุคคล Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีรายได้ดี มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ ปานกลาง และรายได้ต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

6. ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Marx et al. (2009) พบว่าการรับรู้มีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดีมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ Evci, Memis, Ergin & Beser (2007) พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว มีผลเพิ่มความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว การได้พบเห็นพฤติกรรมของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การอยู่ในเหตุการณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือการได้ดูแลแนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4.บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังกันและการสร้างควมตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมกำบังกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยในการเริ่มต้นของการกำบังกันตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัยเสี่ยง และการเห็นความสำคัญเมื่อเกิดอาการเตือนจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 5 อาการ เพื่อความรวดเร็วในการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงทีภายใน 3 ชั่วโมง และความตระหนักรู้ถึงแนวทางการรักษาเมื่อเกิดอาการตลอดจนเข้าใจ รูปแบบการรักษา เพื่อการตัดสินใจก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งหากขาดความตระหนักรู้ดังกล่าวแล้ว จะส่งผลต่อกระทบในด้านต่างๆตามมามากมาย ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ เพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นการลดค่าใช้จ่าย อัตราการครองเตียง และภาระโรคนั้น การดูแลและส่งเสริมความตระหนักรู้ จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ของพยาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งในงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือไว้วางใจ จากการทบทวนบทบาทของพยาบาลมีดังนี้

4.1 บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง ในผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบอกเล่าปัญหา พยาบาลเป็นผู้รับฟังร่วมกับการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาในการเสนอแนวทางแก้ไขและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน หรือป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4.3 บทบาทเป็นผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษา ส่งเสริม และ การป้องกันการเกิดโรค โดยพยาบาลต้องคอยดูแลเอาใจใส่ และนำผลจากการวิจัยมาร่วมตั้งเป้าหมายและการวางแผนในการสร้างความตระหนักรู้

4.4 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน โดยประสานงานร่วมกับญาติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การปรุงอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเมื่อเกิดอาการเตือนขึ้นควรจัดการอย่างไรกับผู้ป่วยและการตัดสินใจในการรักษา อีกทั้งการประสานงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในการมีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยร่วมกัน

4.5 บทบาทผู้วิจัย (Research) โดยนำเอาผลการวิจัย มาร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อสร้างความตระหนักรู้ สร้างงานวิจัยซึ่งส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มอื่นๆ เพื่อเกิดประโยชน์และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Pontes-Neto et al. (2008) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับ ความตระหนักรู้ของโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนทั่วไป ประเทศบราซิล ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลจากประชากรประเทศบราซิล จำนวน 814 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.9 อายุโดยเฉลี่ย 39.2 ปี โดยมีอายุในช่วง 18-80 ปี และพบว่าในประเทศบราซิล ใช้คำที่ใช้เรียกโรคหลอดเลือดสมองหลากหลายที่แตกต่างกันถึง 28 คำ ร้อยละ 22 ไม่ตระหนักในอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพียงร้อยละ 34.6 บอกได้ถูกต้องเกี่ยวกับหมายเลขบริการฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการ ประชาชนที่เรียกใช้บริการรถฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้นกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 51 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่นระดับการศึกษาที่สูงกว่า 11 ปี มีผลต่อการเรียกรถบริการฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการและทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca (2005) พบว่าช่วงอายุ 45-69 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงวัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

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

Wyatt et al. (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองเช่นกันโดยพบว่าเพศหญิงมีความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะเพศชายที่สูบบุหรี่จะมีการใส่ใจต่อสุขภาพลดลงและเข้าตรวจรับการรักษาน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.001$)

Evci, Memis, Ergin & Beser (2007) พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว มีผลเพิ่มความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว การได้พบเห็นพฤติกรรมของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การอยู่ในเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือการได้ดูแลแนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Marx et al. (2009) พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Hardie et al.(2004)ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจำนวน 328 ราย ในเมืองเพิร์ท ประเทศออสเตรเลีย เป็นเวลา 10 ปี พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมผัสเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไปโดย 1 เดือนแรกมีความเสี่ยงสัมผัสในการกลับเป็นซ้ำสูงถึง ร้อยละ 41

Wahab et al (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับ อาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนชาว ไนจีเรีย ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานหรือได้รับการวินิจฉัยทั้งสองโรค โดยมีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 225 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.7 เพศหญิงร้อยละ 57.3 ในเรื่องอาการเตือน

พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ชาวไนจีเรียไม่ทราบ เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 60.4 ทราบว่าจะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง พบร้อยละ 24.4 ทราบว่ามีอาการวิงเวียนและการทรงตัวของร่างกาย พบร้อยละ 13.3 พบเพียงร้อยละ 2.2 ที่ทราบว่ามีอาการมองเห็นผิดปกติ และพบว่าถึงแม้ประชาชนชาวไนจีเรีย จะมีระดับการศึกษาสูง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าประชาชนกลุ่มดังกล่าวจะมาตรวจรับการรักษาอย่างทันท่วงที พบร้อยละ 40 ของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมากกว่า 11 ปี ตอบถูกเกี่ยวกับอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องเพียง 1 อาการพบร้อยละ 26.2 ตอบถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนได้ถูกต้องเพียง 2 อาการ และพบร้อยละ 4.4 ที่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 3 อาการ หรือมากกว่า

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

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

Reeves et al. (2002) ได้ศึกษาความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ที่ Michigan พบว่า ประชาชนมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 80 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 79 และยังพบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติเป็นความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ คือ เพศชาย การศึกษาน้อยและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดีจะมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองน้อย ผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี จะมีความตระหนักรู้ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี แต่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อย 18 - 24 ปี มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนน้อย ผู้มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง หรือมีประวัติสูบบุหรี่จะมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองดี ความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะให้ความร่วมมือในการป้องกันเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีรายได้ดี มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ ปานกลาง และรายได้ต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Pontes-Neto, O. M., et al.(2008) พบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ โดยเฉพาะข้อมูลจากสถานศึกษา ข้อมูลจากรถรณรงค์ของสถานพยาบาล สาธารณสุข และสื่อทีวี ตลอดจนความถี่ในการให้ข้อมูลของแต่ละแหล่งมีผลต่อความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยเมื่อเกิดขึ้นแล้วหากมารับการรักษาได้ทันท่วงที จะช่วยให้รอดพ้นจากความพิการและเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ National Stroke Strategy พบว่า

ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าว (National Audit Office, 2007) ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ส่งผลต่อความพิการและเสียชีวิตตามมา (Kwan et al., 2004a) National Stroke Strategy จึงได้มีการจัดฝึกอบรมแก่อาสาสมัครให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่สำคัญ ซึ่งเป็นการวางแผนสู่การสร้าง ความตระหนักให้กับประชาชน (Department of Health, 2007) และเพื่อสามารถจัดการหากมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น (Kwan et al., 2004b) โดยเฉพาะการรักษาในกลุ่มเสี่ยงที่พบว่าจะเป็นโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรค (Harbison et al., 2003)

สำหรับการศึกษาของ American Academy of Neurology ในปี 2002 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกา พบว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การรักษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 364 คน มีผู้ที่สามารถตอบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวน้อยกว่าครึ่งของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและพบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่สองในสามตอบได้ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษาน้อยกว่าครึ่งหนึ่งไม่สามารถตอบได้ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่าขาดความตระหนักรู้และความรู้ (American Academy of Neurology, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kothari et al. (1997) พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหน่วยระบบประสาทตามนัดไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 27 และพบว่าร้อยละ 25 ไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

และในปี 2009จากการประชุม American Stroke Association's International Stroke Conference 2009 เรื่องความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน รวม 11 รัฐ จำนวน 86,573 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชาชนมีความรู้และความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่ำ จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 93 ส่วนใหญ่ตอบอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้เพียง 1 อาการ คือจะมีอาการปากเบี้ยวหรือขาบริเวณใบหน้า อ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง พบร้อยละ 59 สามารถบอกได้ว่าอาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองเพียง 1 อาการคืออาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง และพบเพียงร้อยละ 37 ที่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 อาการและทราบเกี่ยวกับหมายเลขฉุกเฉิน จากการศึกษาดังกล่าวยังพบว่าประชาชนในกลุ่มที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปมีความรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 45-65 ปีซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถตอบเกี่ยวกับอาการทั้ง 5 อาการได้มากที่สุด ผลการสำรวจดังกล่าวสรุปได้ว่า เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส มีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

มีการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประเทศไนจีเรียพบว่ามีความตระหนักรู้ ร้อยละ 40 และนอกจากนั้นยังพบร้อยละ 26.2 ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนเพียง 1 อาการ ร้อยละ 8.9 สามารถระบุได้ 2 อาการ มีเพียง ร้อยละ 4.4 ที่สามารถระบุได้ 3 อาการหรือมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ ผู้ที่ตอบเกี่ยวกับอาการเตือนได้ถูกต้องเพียง 1 อาการ พบร้อยละ 68 โดยการศึกษาของ Shafae & Ganguly (2006) และการศึกษาของ Pandian et al. (2005) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ตอบได้น้อยกว่า 1

อาการบวมน้ำ 77 และจากการศึกษาการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ Pancioli et al. (1998) และ Blades et al. (2005) พบว่ามีผู้ไม่ทราบเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 57 และร้อยละ 87 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้เพศชายและผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า 11 ปี ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุเกี่ยวกับอาการเตือนได้ ซึ่งสอดคล้องกันทั้ง 2 งานวิจัยคืองานวิจัยของ Shafae & Ganguly (2006) และงานวิจัยของ Pancioli et al. (1998)

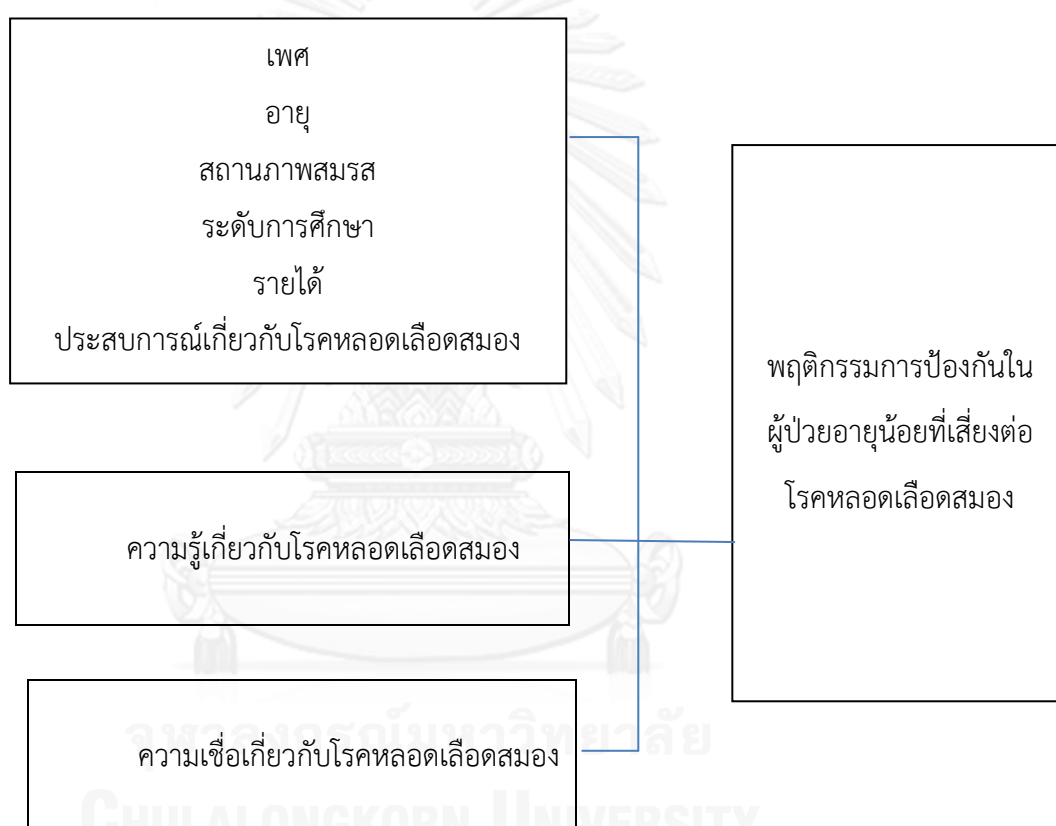
อุมาพร แซ่กอ (2552) ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพบว่าระดับของความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อแยกตามองค์ประกอบในด้านการปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง โดยพบพฤติกรรมที่ไม่ได้รับประทานอาหารหวานจัดอยู่เพียงที่ร้อยละ 6.8 พฤติกรรมที่ไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มเช่น น้ำปลา ซอสเกลือปนในอาหารที่รับประทานอยู่เพียงที่ร้อยละ 7.3 และพฤติกรรมที่ไม่ได้รับประทานอาหารมันๆอยู่เพียงที่ร้อยละ 7.8 เท่านั้น

กชพร อ่อนอภัย (2551) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารรสเค็ม และมักมีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะและคิดมากร่วมด้วย

ในประเทศไทยที่ผ่านมาผลการดำเนินงานเบื้องต้นในงานด้านการป้องกันพบว่าการคัดกรองยังขาดความครอบคลุมประชากร การบริการคัดกรองยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ไม่มีแผนงานโครงการที่จะบริหารจัดการอย่างเป็นระบบกับกลุ่มเสี่ยงที่ค้นหาได้ ทำให้กลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญเพื่อลดเสี่ยงและลดการเกิดโรค (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2550) จึงควรมีการวิเคราะห์จัดระดับความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง ทั้งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน โรคหัวใจ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้คัดกรองและกลุ่มเสี่ยงให้รู้จักโรค สัญญาณเตือนภัยของโรค รู้จักการประเมินตนเอง สามารถจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงลดโรค เช่น มีการสื่อสารการเลิกและหลีกเลี่ยงการบริโภคยาสูบ การมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ การลดการบริโภคเกลือและเพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก การควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเบาหวาน การลดการบริโภคไขมัน และให้การสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการกิจกรรมลดเสี่ยงต่างๆอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น คาดว่า การดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้ นอกจากจะช่วยลดอัตราการเกิดโรค อัตราความพิการ อัตราตาย แล้ว ยังช่วยลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ด้วย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดส่วนปลาย เบาหวาน เป็นต้น (สำนักกระบวนวิชา, 2550) สำหรับกลยุทธ์กลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk strategy) คือมุ่งค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง/ความเสี่ยงแต่ยังมีได้ เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และทำการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิด พฤติกรรมการป้องกันความตระหนักรู้และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีเอกสารและงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งหากขาดความตระหนักรู้ดังกล่าวจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและกระทบต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคล ค่าใช้จ่าย เป็นภาระทางสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตภาคใต้ ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชากรไทยอายุระหว่าง 18-45ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงและ/หรือโรคหัวใจ (เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง) คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาล ในเขตภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และ/หรือโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลตรัง จำนวน 150 คน

การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนั้นได้ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(สปสช,2550)ซึ่งแบ่งกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลางและสูงมาก เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้องขณะให้ข้อมูล สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด และเข้าใจในภาษาไทย มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. **การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง** โดยคำนวณจากสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เนื่องจากประชากรมีจำนวนมากและไม่แน่นอน จึงมีการคำนวณโดยใช้สูตรดังนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Thronndike (Thronndike ,1978) นำมาเข้าสมการดังนี้

$$N = 10 k + 50$$

โดยที่ N หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
K หมายถึง จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = (10x10) + 50 = 150

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 150 คน

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18-45 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานไขมันในเลือดสูง และ/หรือโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF)
3. ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้องขณะให้ข้อมูล
4. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด และเข้าใจในภาษาไทย
5. สม่ครใจให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตภาคใต้ ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จากนั้นทำการเลือก 2 ใน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลตรัง จากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 150 คนและเนื่องจากจำนวนประชากรทั้ง 2 โรงพยาบาลมีขนาดใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงแบ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างและสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 2 แห่ง แห่งละ 75 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังต่อไปนี้ (แสดงรายละเอียดในภาคผนวก หน้า 100)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1 เป็นแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข(สปสช,2550) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ความเสี่ยง จำนวน 8 ข้อ ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1)มีญาติสายตรง(พ่อหรือแม่/พี่หรือน้อง)ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต 2)การสูบบุหรี่ 3)ระดับความดันโลหิต 4)ระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย 5)การมีไขมันในเลือดผิดปกติ 6)ขนาดรอบเอว และดัชนีมวลกาย 7)ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 8)ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

กลุ่มเสี่ยงสูง (High risk) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ความเสี่ยงผิดปกติ 2 ข้อ หรือเป็นเบาหวานมากกว่าสิบปี หรือ มีประวัติญาติสายตรงเป็นอัมพาตหรือหัวใจขาดเลือดก่อนวัย หรือเป็นเบาหวานที่คุมไม่ได้ติดต่อกัน

กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (Moderate high risk) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ความเสี่ยงผิดปกติ 3-5 ข้อ หรือระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 170/100 mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน 2 รอบการมาตรวจรักษาหรือระดับคลอเลสเทอรอล มากกว่าหรือเท่ากับ 309 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (Very high risk) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ความเสี่ยงผิดปกติกว่า 5 ข้อ หรือมีประวัติเป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจ หรือเป็นเบาหวานมีปัญหาโรคไต หรือได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นกรรมพันธุ์ไข้มันผิดปกติ

โดยข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการสอบถามและแฟ้มประวัติผู้เข้าร่วมวิจัยแล้วนำมาประเมินเพื่อจัดระดับความเสี่ยง

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยดัดแปลงแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของ อูมาพร แซ่กอและชนกพร จิตปัญญา (2552) ตามแนวคิดของ Pandian และคณะ(2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อคำถาม เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเต็ม 13 คะแนน มีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.88 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

ตารางที่ 1 แสดงข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุงแก้ไข	ข้อคำถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 5 ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย	ผู้ที่มีอายุน้อยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต
ข้อที่ 7 การเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	อาการแสดง เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดหรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต
ข้อที่ 8 อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต มักเกิดขึ้นทันทีทันใด	อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เช่นขาตามแขนขา ตามัว เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้ ปากเบี้ยว เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใด
ข้อที่ 11 เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตเกิดขึ้นควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาตเกิดขึ้น ในกรณีฉุกเฉิน ควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประเมินความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยดัดแปลงแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของ อุมพร แซ่กอกและชนกพร จิตปัญญา (2552) ตามแนวคิดของ Essex Cardiac & Stroke Network (2007) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อคะแนนเต็ม 33 คะแนน ได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่าวัดเป็น เห็นด้วยที่สุด เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย (Bloom,1971)มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก (ข้อที่ 1,2,3,5,6,7,8และ11)		ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ (ข้อที่ 4,9 และ10)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	เห็นด้วยปานกลาง	2
ไม่เห็นด้วย	1	ไม่เห็นด้วย	3

ตารางที่ 2 แสดงข้อความคำถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อความคำถามที่ควรปรับปรุงแก้ไข	ข้อความคำถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 5 ผู้หญิงไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและ อัมพฤกษ์ อัมพาต	เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตน้อยกว่าเพศชาย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยดัดแปลงแบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ อุมพร แซ่กอและชนกพร จิตปัญญา (2552) ตามแนวคิดของ Pandian และคณะ(2005) ประกอบด้วยข้อความ 12 ข้อคะแนนเต็ม 36 คะแนน ได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) วัดเป็นปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย (Bloom,1971)มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อความดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก
(ข้อที่ 4,5,7,8,9 และ12)

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	3
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติ	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ
(ข้อที่ 1,2,3,6 และ10)

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติ	3

โดยผู้วิจัยได้แบ่งระดับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบอิงเกณฑ์(Bloom,1971) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	(12 -18 คะแนน)
ปฏิบัติตัวเหมาะสมปานกลาง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 50-80	(19 -28 คะแนน)
ปฏิบัติตัวเหมาะสม	ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	(29 -36 คะแนน)

ตารางที่ 3 แสดงข้อคำถามด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุงแก้ไข	ข้อคำถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 4 ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ (หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด)	ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ที่มีรสชาติไม่หวานจัด
ข้อที่ 6 และ 7 ควรเพิ่มข้อคำถามในด้านการออกกำลังกาย	ข้อที่ 6 ในทุกๆวันท่านมีรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมเป็นการนั่งเป็นส่วนใหญ่ ข้อที่ 7 ท่านออกกำลังกายโดยการทอด ยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อ
ข้อที่ 12 ควรเพิ่มข้อคำถามในด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด	ท่านมีการฝึกหายใจช้าๆมากกว่า 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามประสพการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต) ซึ่งเป็นประสพการณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา โดยดัดแปลงแบบสอบถามประสพการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต) ของ อุมพร แซ่กอและชนกพร จิตปัญญา(2552)ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คะแนนเต็ม 3 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือกคือเคยได้รับและไม่เคยได้รับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เคยได้รับ ได้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เคยได้รับ ได้คะแนน 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้น ทั้ง 3 ส่วนให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาภาษาที่ใช้ ความเหมาะสม และความครอบคลุมของข้อคำถามและปรับแก้เนื้อหา ภาษา หลังจากนั้น นำแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คนประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาท	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลระบบประสาท	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	จำนวน 1 คน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและประสานงานด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 1 คน
ขั้นตอนของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้	

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI (Content Validity Index) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ .80 โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ทบทวน และปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับคำนิยาม โดยที่สูตรคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง มีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2551)

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

$$CVI = \geq .80$$

จากการคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI (Content Validity Index) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า CVI เท่ากับ .84 , .81, .88 และ 1 ตามลำดับ

1.2 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) 30 รายกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 และสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ .7 - .8 (Devellis, 1999) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .84, .83, .83 และ .87 ตามลำดับและเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรเดิมได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามพฤติกรรมการ

การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .85, .83, .84 และ .88 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้	ฉบับใช้จริง
แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.84	.85
แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.83	.83
แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	.83	.84
แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.84	.85

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมศึกษาปัญหา สาเหตุของปัญหาที่สนใจ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ ศึกษางานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง สรุปผลของงานวิจัยแต่ละชิ้นเพื่อใช้ในการประกอบการศึกษาวิจัย และขออนุญาตทำการดัดแปลงเครื่องมือวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงบูรณาการให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลและการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการและเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยในโรงพยาบาล เพื่อติดตามและขอทราบผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบหัวหน้าแผนกและพยาบาลผู้ประสานงาน เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเข้าเก็บข้อมูลที่

โรงพยาบาลตรังก่อน ในช่วงวันที่ 15-30 เดือนตุลาคม 2556 และต่อมาเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วงวันที่ 1-20 เดือนธันวาคม 2556

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้มีหนังสือขอความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม และสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้

3. ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับการสำรวจเพิ่มประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุใหม่ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อข้องใจ

5. หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย พิกัดสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้อ่านเอกสารในหนังสือยินยอมและชี้แจงข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่มิในส่วนไหนที่ยังไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อหรือถ้าไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ใช้สถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน หรือมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด

7. มีกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาให้เสร็จเรียบร้อยก่อนแล้วจึงขอความร่วมมือใหม่หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว

8. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ หากมีข้อมูลในส่วนไหนที่ยังไม่ครบถ้วน จะขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด

9. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลครบตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือจำนวน 150 คน แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลตรังโดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการสร้างสัมพันธภาพพร้อมแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนคำตอบและข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณดังต่อไปนี้

- 1 ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของคะแนนความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง
- 2 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 3 การทดสอบรายคู่หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และพอยท์ไบซีเรียล

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอายุระหว่าง 18-45 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตภาคใต้ ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ โดยการเลือกจาก 2 ใน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลตรัง โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน สรุปผลการวิจัยจำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) จากมากไปหาน้อยและการแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (N=150) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 1 การศึกษาจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง
 ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข(N=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	95	63.3
ชาย	55	36.7
อายุ		
18-24 ปี	18	12.0
25-31 ปี	20	13.3
32-38 ปี	24	16.0
39-45 ปี	88	58.7
	$\bar{X} = 36.58$	SD=7.44
ศาสนา		
พุทธ	148	98.7
คริสต์	1	0.7
อิสลาม	1	0.7
สถานภาพสมรส		
คู่	91	60.7
โสด	45	30.0
หม้าย	10	6.7
หย่าร้าง	4	2.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	0.7
ประถมศึกษา	40	26.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	12.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	39	26.0
ปริญญาตรี	42	28.0
อื่นๆ(ปริญญาโทหรือสูงกว่า)	9	6.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	48	32.0
ข้าราชการ	31	20.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	28	18.7
เกษตรกร/ประมง	25	16.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	5.3
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	5	3.3
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	3.3
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	41	27.3
พอใช้	93	62.0
เหลือเก็บ	16	10.7
โรคประจำตัว (ผู้ป่วย 1 คนเป็นได้มากกว่า 1 โรค)		
ไขมันในเลือดสูง	68	45.3
ความดันโลหิตสูง	66	44.0
เบาหวาน	56	37.3
หัวใจ	14	9.3
โรคประจำตัว ที่เป็นมากกว่า 1 โรค		
ความดันโลหิตสูง+ไขมัน	18	12.0
ความดันโลหิตสูง+เบาหวาน	15	10.0
หัวใจ+ไขมัน	5	3.3
ความดันโลหิตสูง+ไขมัน+เบาหวาน	5	3.3
ความดันโลหิตสูง+หัวใจ	2	1.3
เบาหวาน+ไขมัน	2	1.3
ความดันโลหิตสูง +หัวใจ+ไขมัน	1	0.7

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	48	32.0
ข้าราชการ	31	20.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	28	18.7
เกษตรกร/ประมง	25	16.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	5.3
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	5	3.3
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	3.3

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งสิ้น 150 คน เป็นชาย 55 คน (ร้อยละ 36.7) และหญิง 95 คน (ร้อยละ 63.3) ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.7 มีอายุอยู่ในช่วง 39-45 ปี ร้อยละ 98.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 60.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 28 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 54 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 5001- 10000 บาท ร้อยละ 62 มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ในส่วนของโรคประจำตัว(เป็นได้มากกว่า 1 โรค) ร้อยละ 37.3 มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 44 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.3 เป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 45.3 เป็นโรค ไขมันในเลือดสูง โรคประจำตัว ที่เป็นมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 12 คือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรค ไขมันในเลือดสูง และเมื่อนำมาจัดกลุ่มความเสี่ยงตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 44.7 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 4 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และร้อยละ 51.3 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก

ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) จากมากไปหาน้อยและการแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง(N=150)

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) จากมากไปหาน้อยและการแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง(N=150)

ข้อความ	มีพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้อง					
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD		
1. การรับประทานผักหรือผลไม้ ที่มีรสชาติไม่หวานจัด	55	36.7	2.29	.59		
2. การหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด	57	38.0	2.24	.68		
3. การดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมโดยการเคลื่อนไหวเป็นส่วนใหญ่	43	28.7	2.11	.67		
4. การออกกำลังกายโดยการหด ยืด กล้ามเนื้อ และข้อต่อ	36	24.0	2.06	.64		
5. การไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม	40	26.7	2.03	.70		
6. การไม่รับประทานอาหารมันๆ	31	20.7	2.03	.61		
7. การไม่รับประทานอาหารรสหวานจัด	22	14.7	2.02	.52		
8. การออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	36	24.0	2.01	.69		
9. การมาตรวจโรคประจำตัวตามแพทย์นัด	54	36.0	1.94	.88		
10. การเผชิญกับเรื่องเครียดโดยไม่เก็บตัวนั่งเงียบคนเดียว	23	15.3	1.76	.70		
11. การฝึกหายใจช้าๆมากกว่า 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์	26	17.3	1.73	.73		
12. การรับประทานยาเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิต/ ระดับน้ำตาลในเลือด/ ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจ	41	27.3	1.70	.83		
ตัวแปร	เต็ม	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันต่อโรคหลอดเลือดสมอง	36	34	12	23.67	3.52	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ที่ตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ ” (มีพฤติกรรมการป้องกันที่ถูก) ในข้อคำถาม การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยข้อคำถามการปฏิบัติตัวที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดคือข้อที่กล่าวว่า “ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ ที่มีรสชาติไม่หวานจัด” มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต(\bar{X})=2.29 และ ข้อคำถามการปฏิบัติตัวที่มีผู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่กล่าวว่า “ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิต/ ระดับน้ำตาลในเลือด/ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจ” มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต(\bar{X})=1.70

พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันต่อโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 23.67 คะแนนและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.52

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์

ตารางที่ 7 แสดงผลค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เพศ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกัน

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	.19	.019
รายได้	.12	.141
ความรู้	.18	.021
ความเชื่อ	.23	.006
สถานภาพสมรส	.03	.651
ระดับการศึกษา	.09	.263
เพศ	.19	.019
ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.23	.004

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation ในการทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า p-value เท่ากับ .019, .141, .021 และ .006 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึง อายุ ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เพศ และ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติ Point biserial Correlation ในการทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า p-value เท่ากับ .651, .263, .019 และ .004 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึง เพศและประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตภาคใต้ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปีทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และ/หรือโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 150 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีความเที่ยง เท่ากับ .85, .83, .84 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติพอยท์ไบซีเรียล

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในช่วงวันที่ 15 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 20 ธันวาคม 2556 สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 150 คน เป็นชาย 55 คน (ร้อยละ 36.7) และหญิง 95 คน (ร้อยละ 63.3) ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.7 มีอายุอยู่ในช่วง 39-45 ปี ร้อยละ 98.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 60.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 28 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 54 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 5001- 10000 บาท ร้อยละ 62 มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ในส่วนของโรคประจำตัว (เป็นได้มากกว่า 1 โรค) ร้อยละ 37.3 มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 44 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.3 เป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 45.3 เป็นโรค ไขมันในเลือดสูง โรคประจำตัว ที่เป็นมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 12 คือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรค ไขมันในเลือดสูง และเมื่อนำมาจัดกลุ่มความเสี่ยงตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 44.7 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 4 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และร้อยละ 51.3 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน

เท่ากับ 23.67 คะแนนและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.52 และคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 74 คะแนน จากคะแนนเต็ม 82 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 44 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันเท่ากับ 62.00(SD= 5.9)

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การป้องกัน กับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ ดังนี้

1. เพศ อายุ ประสบการณ์ ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรม การป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. รายได้ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรม การป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยได้ อภิปรายผลการวิจัยโดยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าระดับพฤติกรรม การป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเท่ากับ 23.67 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนนและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.52

การศึกษาพฤติกรรม การป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้สืบเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารในปัจจุบันมีหลากหลายช่องทาง แต่ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังไม่มากพอและยังไม่ทั่วถึง รวมถึงค่านิยมในการดำรงชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ แห่งชาติฉบับที่ 10และ11 ซึ่งกล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันว่า ค่านิยมที่ดั่งามเสื่อมถอยและประเพณีดั้งเดิมถูกบิดเบือน เนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้การดำรงชีวิตประจำวันการใช้ชีวิตและความสัมพันธ์กับผู้อื่น มุ่งหารายได้เพื่อตอบสนองความต้องการบริโภค สังคมเปลี่ยนไปสู่การเสื่อมสลายจากสังคมตะวันออกเป็นสังคมตะวันตก ทำให้แบบแผนในการดำรงชีวิตและแบบแผนการบริโภคเปลี่ยนไป เกิดกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยม ที่มีค่านิยมเลียนแบบ การบริโภคตามต่างชาติ ละเลยไม่เห็นคุณค่าความเป็นไทย เกิดความฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือย มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม สถาบันทางสังคมอ่อนแอกลายเป็นสังคมที่พร่องทางด้านคุณธรรม ศีลธรรม จริยธรรม มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ แก่งแย่ง แข่งขัน เอารอดเอาเปรียบ แสวงหา

รายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเอง ครอบครัวและการเติบโตของธุรกิจ ทำให้ขาดความเอื้ออาทรใส่ใจซึ่งกันและกัน ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ขาดการรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ไร้คุณค่าทางโภชนาการ จากแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกว่า โรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ก็จะทำให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข,2550)และจากการศึกษาระดับความเสียงตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 51.3 อยู่ในกลุ่มเสียงสูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่ารระบบเฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสียงและกลุ่มผู้ป่วยอ่อนแอยังมีลักษณะการขาดการบูรณาการและการจัดวางระบบงาน ต่างคนต่างทำงาน การพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามควบคุม ป้องกันและการใช้ประโยชน์ในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงในระดับชาติยังขาดความรู้ ทักษะ และความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจวัดคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยส่วนใหญ่การคัดกรองเป็นเพียงเพื่อหาผู้ป่วยมีไข้เพื่อการหากลุ่มเสียงและเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น และการดำเนินการกับกลุ่มเสียงหรือกลุ่มปกติมักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำ แต่การให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน และยังขาดความเข้มแข็งจริงจัง(สำนักกระบาดวิทยา,2550)

สรุปได้ว่าระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางและระดับความเสียงตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในกลุ่มเสียงสูงมาก

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. ทิวา เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าเพศมีความสัมพันธ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งนี้เนื่องจากในเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการสนใจในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fogle et al.(2008) ที่พบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าโรคหลอดเลือดสมอง และเพศหญิงส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงนั้นสูงกว่าในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อีกว่า เพศหญิงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชายอีกด้วย จากงานวิจัยของ Blades et al.(2005) พบว่าในเพศหญิงมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันต่ออาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย

และผลการวิเคราะห์พบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการตอบคำถามมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อายุมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งนี้เนื่องจากสังคมในโลกปัจจุบันนี้เป็นสังคมสมัยใหม่อยู่ในโลกออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ตซึ่งสามารถสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยอายุน้อยนั้นสามารถศึกษาหาความรู้ รวมถึงการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรงและทางอ้อมมีมากขึ้น ทำให้ผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันตัวต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ

Muntner,Desalvo,Wildman,Raggi&Whelton.(2006) พบว่าช่วงอายุ 20-39 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .018แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pontes – Neto et al.(2008) พบว่าในช่วงอายุ 50-64 ปีมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด(ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49ปี(ร้อยละ 28.9)และช่วงอายุ 30-39 ปี(ร้อยละ 26.7)และพบมีความตระหนักรู้น้อยที่สุดในช่วงอายุ 18-29 ปี(ร้อยละ 12.8)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ระดับนัยสำคัญ .05 การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานเนื่องจากในสังคมปัจจุบันพฤติกรรมการป้องกันของแต่ละบุคคลและการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นขึ้นอยู่กับตัวบุคคลนั้นๆซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Sug Yoon,Heller,Levi&Wigger.(2001)และ Ferris,Robertson,Fabunmi&Mosca. (2005)ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพสมรสต่อความตระหนักในโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน และผลการศึกษานี้ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Huang et al.(2007) เกี่ยวกับความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ระดับนัยสำคัญ .05 การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานเนื่องจากยังมีผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากแต่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันและการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร แซ่กอ. (2552)พบว่าการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของGood.(1973)ซึ่งกล่าวว่า ความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่จะกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ในด้านต่างๆ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pandian et al.(2005)ที่กล่าวว่าระดับการศึกษามีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nolte, Jungehulsing, Rossnagel, Roll,Haeusler&Reich et al.(2009)ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีผลการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจำนวน 225 คน

พบว่าระดับการศึกษาน้อยกว่า 11 ปีไม่สามารถบอกเกี่ยวกับอาการเตือนได้และเป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อยมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งเป็นการป้องกันในเบื้องต้นเพื่อป้องกันโรคที่รุนแรงและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Takiyuddin(1995) ที่พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีการเฝ้าระวังและให้ความสำคัญต่อการเกิดโรคมามากกว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจปานกลางและผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และการศึกษาของ Pandian et al.(2005) พบว่ารายได้สูงมีผลต่อความตระหนักโดยทำให้มีความตระหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการศึกษาของ Wahab et al.(2008)พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีรายได้น้อย จึงทำให้มีภาวะเครียด ทำให้ส่งผลกระทบต่อความตระหนักได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาร พร แซกอ. (2552)พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไปมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าผู้ที่มีรายได้ในช่วง 1,001-5,000 บาทและ 5,001-10,000 บาท

ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยเนื่องจากการมีประสบการณ์ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับแนวคิดของGood(1973) ที่กล่าวถึงประสบการณ์ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความตระหนัก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Marx,Gube,Kuntze,Nedelmann,Haertle, et al.(2009) พบว่าการรับรู้มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดีมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Evci, Memis, Ergin & Beser (2007) พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัวมีผลเพิ่มความตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาร พร แซกอ. (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกันจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนน ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับประสบการณ์ พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความตระหนักด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยเนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไปซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ajayi&Ojo.(2007)พบว่าความรู้เกี่ยวกับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองที่ดีมีผลต่อความตระหนักต่อโรคและการป้องกัน ช่วยลด การเกิดโรคซ้ำ ความพิการและเสียชีวิต และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Mosca, Jones, King, Ouyang, Redberg & Hill. (2000) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงมีผลต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Al Shafae, Ganguly & Al Asmi. (2006) พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3. พฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันในทางบวก การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ดีจะขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker. (1974) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องและสอดคล้องกับ Green. (1980) ที่ว่าการให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งความเชื่อของบุคคลก็ขัดแย้ง กันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของความเชื่อเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาร แชกอ. (2552) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อย (น้อยกว่า 49 ปี) มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบระดับพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันในส่วนของ การรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารรสหวานจัด อยู่เพียงร้อยละ 11.3 พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารมันๆ เพียงร้อยละ 19.3 และไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม ในอาหารที่รับประทานเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ในส่วนของการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 22 ในส่วนการมาพบแพทย์ตามนัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างการมาพบแพทย์ตามนัดเพียงร้อยละ 36.7 เท่านั้น และในด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อเผชิญกับปัญหา มักเก็บตัวนั่งเฉยๆ อยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 91.3 และมีการฝึกหายใจช้าๆ เพียงร้อยละ 12 เท่านั้น จะเห็นได้ว่าความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมากในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย ในส่วนนี้ควรมีการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ในส่วนองค์ประกอบด้านความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ คิดเป็นร้อยละ 26 รองลงมาคือไม่ทราบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 24.7 และไม่ทราบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต คิดเป็นร้อยละ 24 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยบางส่วนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยเฉพาะในข้อคำถามในด้านการรักษา ถ้าจะได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการซึ่งคำถามข้อนี้มีความสำคัญมากซึ่งหากเริ่มช้ากว่านี้จะส่งผลต่อเนื้อสมองซึ่งขาดเลือดไปเลี้ยงและขาดออกซิเจน ทำให้เนื้อสมองตายในที่สุด ซึ่งนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ และจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการได้รับข้อมูล(ร้อยละ 14.8) รองลงมาได้รับจากพยาบาล(ร้อยละ 10.0) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการให้ข้อมูล และให้ความรู้ที่ถูกต้องในส่วนนี้ให้เพิ่มมากขึ้นกับผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยกลุ่มอื่นรวมถึงบุคคลทั่วไปด้วย เพื่อเป็นการป้องกันไว้เนืองต้นและลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้

สำหรับองค์ประกอบด้านความเชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม คิดเป็นร้อยละ 96 ซึ่งเป็นความเชื่อที่ถูกต่องเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาตนั้นเป็นโรคที่เกิดได้จากหลายสาเหตุ และรองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ถูกมีเพียงร้อยละ 9.3 เท่านั้นซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเสี่ยงนี้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจำเป็นต้องรีบเข้ารับการรักษาให้เร็วที่สุด และผู้ที่ไม่เชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้น มีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสนใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้นดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับประสบการณ์ตรงอยู่เป็นประจำ เช่น มีกิจกรรมให้ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลหรือตามบ้านที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ หรือเปิดโอกาสให้มีการถาม ตอบ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมถึงการให้ข้อมูลผ่านทางสื่อโทรทัศน์และ/หรือการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักในโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในทางการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีการส่งเสริมความตระหนักในผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก มีรายได้ต่ำ และประกอบอาชีพรับจ้าง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนที่สำคัญ 5 ประการ และในระยะเวลาที่จะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น และจากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นในเรื่องของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดความเครียด ในส่วนนี้พยาบาลควรมีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและใส่ใจในรายละเอียดให้มากขึ้น ควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิดในเรื่องของการปฏิบัติตัว และให้บุคคลในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการ

ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง รวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมประสบการณ์การรักษา เช่น จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในโรงพยาบาล หรือที่อยู่ที่บ้าน เพื่อทราบแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง

2. ในขั้นตอนของการตรวจและซักประวัติผู้ป่วย พยาบาลควรมีการคำนึงถึงปัจจัยในส่วนของอายุโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน และผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งอาจขาดความสนใจในเรื่องสุขภาพดังกล่าวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและ/หรือมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

3. สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และสาขาวิชาชีพ ควรมีความตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำผลการวิจัยไปศึกษาต่อยอดงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันในด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกัน

2. ควรมีการศึกษาขยายผลในประชากรกลุ่มอื่นและพื้นที่อื่นต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะในประชากรกลุ่มนั้นๆและในพื้นที่นั้นๆต่อไป

3. จัดการรณรงค์ ส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ และใช้สื่อต่างๆในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นและลดความรุนแรงของโรคได้

รายการอ้างอิง

- กชกร อ่อนอภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแทน อำเภอบ้านแทน จังหวัดชัยภูมิ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2548). รายงานผลการสำรวจ:พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ.2548. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2550). แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2550). สถิติโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐเชษฐ์ เปล่งวิทยาและคณะ. (2549). โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย: ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง : สมาคมอายุรศาสตร์ไทย.
- ทองศักดิ์ ประสบกิตติกุล. (2534). ปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(1): 22-23.*
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2548). การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นิพนธ์ พวงรินทร์. (2548). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2548). โรคหลอดเลือดสมอง *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป.* กรุงเทพฯ: งานตำราและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- พัชรินทร์ สีสายอ่อน. (2546). การบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง *การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- รัชฎาภรณ์ เจริญพร้อม. (2550). ความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับผลกระทบของฝุ่นละอองต่อระบบนิเวศในเขตอุตสาหกรรมเหมืองปูนและโรงไม้บด และย่อยหินกรณีศึกษาตำบลหน้าพระลานอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ราชบัณฑิตยสถาน . (2546). ความตระหนัก พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- รุจิเรศ ธนุรักษ์. (2543). การออกแบบการเลือกตัวอย่าง *วิจัยทางการพยาบาล* . กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.
- เวทีนี สุขมาก. (2545). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 27-32.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2538). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม .พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรินติ้ง.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. (2550). วันโรคหลอดเลือดสมองโลก(Stroke Awareness Day). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สุขภาพดีวิถีไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอ อัมพวา จังหวัด สมุทรสงคราม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2544). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป *ความดันโลหิตสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- อุมาพร แซ่กอ, & (2552). การศึกษาความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- อดุลย์ วิริยเวชกุล. (2534). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง *อายุรศาสตร์ก้าวหน้า1* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- American Heart Association. (2005). AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Part 9. In A. Stroke (Ed.), *Circulation 112 (Suppl)* (pp. 220).
- American Heart Association. (2008). High Blood Pressure Increases Your Risk for Stroke. American Heart Association Statistics Committee and Stroke (2003). Heart Disease and Stroke 2003 Update.
- American Heart Association Statistics Committee and Stroke (2008). Heart disease and stroke statistics 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke. *Statistics Subcommittee Circulation* (pp. e25-146).
- Bloom, B. (1971). Handbook on Formative and Summative of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Breckler, S. W. (1986). Attitude Structure and Function. Hillsdale NJ: L. Erlbaum Association.
- Carmine Marini, M. (2001). Stroke in Young Adults in the Community-Based L'Aquila Registry Incidence and Prognosis *Stroke* (pp. 32:52-56).

- Evcı, E. D., Memis, S., Ergin, F., & Beser, E. (2007). A population-based study on awareness of stroke in Turkey. *The European Journal of Neurology*, 14(15), 517-522.
- Ferris, A., Robertson, R. M., Fabunmi, R., & Mosca, L. (2005). American Heart Association and American Stroke Association national survey of stroke risk awareness among women. *Circulation*, 111(110), 1321-1326.
- Fogle, C. C., et al. (2008). Public education strategies to increase awareness of stroke warning signs and the need to call 911. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(13), 17-22.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill book Company.
- Griffith I, D. S. L., J. (2011). Epidemiology and Etiology of Young Stroke *Stroke Research and Treatment* (pp. 1-9H Bevan, K. S. a. W. B. (1990). Stroke in young adult. *American Heart Association*(Dallas), 21;382-386.
- Hickey, A., O'Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F., et al. (2009). Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adult *Biomedcentral geriatric*.
- Huang, Y (2007). Effect evaluation for comprehensive treatment of acute stage of stroke *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* (pp. 5(3), 276-281.).
- Kalaria, R. N., & Ballard, C. (2001). Stroke and cognition. *Current Atherosclerosis Reports*, 3(4), 334-339.
- Kamran,S (2007). The level of awareness of stroke risk factors and symptoms in the Gulf Cooperation Council countries: Gulf Cooperation Council stroke awareness study. *Neuro epidemiology*, 29(3-4), 235-242.
- Kaplan, N. M. (2002). *Clinical hypertension* 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
- Kleindorfer, D., Khoury, J., Broderick, J. P., Rademacher, E., Woo, D., Flaherty, M. L., et al. (2009). Temporal trends in public awareness of stroke: warning signs, risk factors, and treatment. *Stroke*, 40(7), 2502-2506.
- Koffka, K. (1978). *Encyclopedia of the social science*. New York: Macmillan.
- Kothari, R.,Sauerbeck, L., Jauch,E., Broderick, J., Brott,T., Khoury,J., Liu,T., et al. (1997). Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. *Stroke*, 28(10), 1871-1875.
- Kraywinkel, K., Heidrich, J., Heuschmann, P. U., Wagner, M., & Berger, K. (2007). Stroke risk perception among participants of a stroke awareness campaign. *Biomed central Public Health*, 7, 39.
- Kwan J, H. P., Sandercock P. (2004). Improving the efficiency of delivery of thrombolysis for acute stroke: a systematic review. *Quarterly Journal of Medicine*, 97, 273-279.

- Kwan J, H. P., Sandercock P. (2004). A systematic review of barriers to delivery of Thrombolysis for acute stroke. *Age and Ageing*, 33, 116-121.
- Kysennck, H. I., & Arnold, W. (1972). *Encyclopedia of Psychology*. London: Search Press.
- Linton, A. D. (2000). *Introductory nursing care of adults*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Lutfiyya, M. N., Bardales, R., Bales, R., Agüero, C., Brady, S., Tobar, A., et al. . (2009). Awareness of Heart Attack and Stroke Symptoms Among Hispanic Male Adults Living in the United States. *Journal of immigrant and minority health*.
- Lutfiyya, M. N., Ng, L., Asner, N. and Lipsky, M.S. . (2009). Disparities in Stroke Symptomology Knowledge among US Midlife Women: An Analysis of Population Survey Data. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18(2), 150-157.
- Mackay, J., & Mensah, G. A. (Producer). (2004, www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm[2011, Aug 2]). The atlas of heart disease and stroke.
- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., and Tanne, D. (2006). Perceptual, Social and Behavioral Factors Associated With Delays in Seeking Medical Care in Patients With Symptoms of Acute Stroke. *Stroke*, 37, 1248-1253.
- Marc Marcoux, M. (2000). Stroke in Young Adults in CNI Review Medical Journal. *Fall, Volume 11*(Number 2).
- Markova, I. S., & Berrios, G. E. . (2006). Approaches to the assessment of awareness: conceptual issues. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(4), 439-455.
- Marx, J. J., Nedelmann, M., Haertle, B., Dieterich, M., Eivke, B.M. et al. . (2009). An educational multimedia campaign improves stroke knowledge and risk perception in different stroke risk groups. *European Journal of Neurology*, 16(5), 612-618.
- Neau, J. P., Ingrand, P., & Godeneche, G. (2009). Awareness within the French population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors. *Clinical Neurology and Neurosurgery*.
- Network, E. C. S. (2007). Stroke Awareness Questionnaire. Retrieved <http://www.essexcardiacservices.nhs>
- Pandian, J., Jaison, A., Deepak, S., Kalra, G., Shamsheer, S., & Abraham, G. (2005). Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in northwest India. *Stroke*, 36(3), 644-648.
- Pontes-Neto, O. M., Silva, G. S., Feitosa, M. R., Figueiredo, N. L., Fiorot-Jr, J. A., & Massaro, A. R. (2008). Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. *Stroke*, 39(2), 292-296.

- Reeves, M. J., Hogan, J. G., & Refferty, A. P. (2002). Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology*, *59*, 1547 – 1552.
- Wahab, K. W., Okokhere, P. O., Ugheoke, A. J., Oziegbe, O., Asalu, A. F., & Salami, T. A. (2008). Awareness of warning signs among suburban Nigerians at high risk for stroke is poor: a cross-sectional study. *BMC Neurol*, *8*(18).
- World Health Organization. (2003). The World Health Report. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
- Wyatt, S. B., Akybekova, E. L., Wofford, M. R., Coady, S. A., Walker, E. R., Andrew, M. E., Keahey, W. J., et al. (2008). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Jackson Heart Study. *Hypertension*, *51*, 650-656.
- Xin, X., He, J., Frontini, M. G., Ogden, L. G., Motson, O. I., & Whelton, P. K. . (2001). Effect of alcohol reduction on blood pressure hypertension. *Hypertension*, *38*, 1112-1117.
- Yoon, S. S., Heller, R. F., Levi, C., Wigger, S., & Fitzgerald, P. E. (2001). Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms and treatment among an Australian urban population. *Stroke*, *32*, 1926 –1930.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

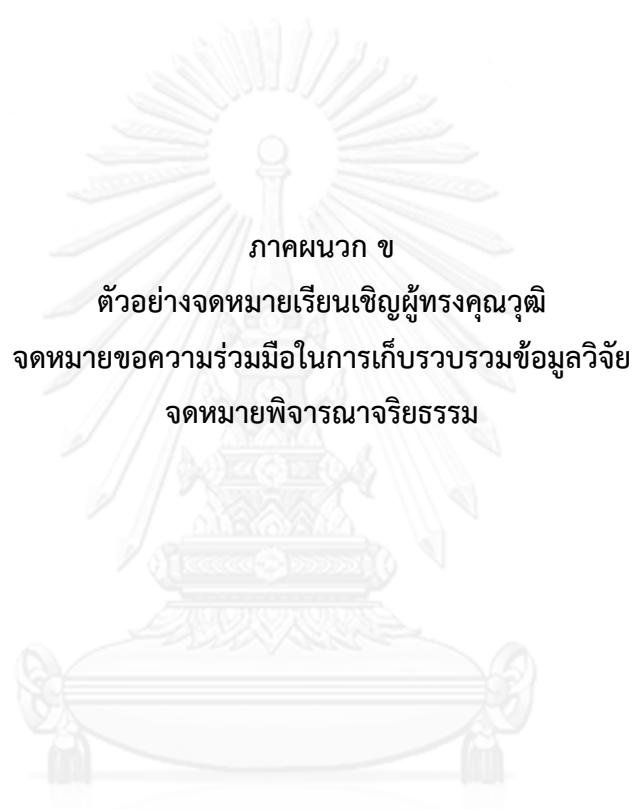


ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
นายแพทย์ไพศาล วาชาติมานนท์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
คุณกรัณท์รัตน์ ประยูรศิริศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและประสานงาน ด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล บำรุงราษฎร์
ผศ.นภาพรณี กวางทอง	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อ การุณย์ เชี่ยวชาญการพยาบาลระบบประสาท การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต
ดร. ศุภร วงศ์วิญญู	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จดหมายพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ ศร 0512.11/0964

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ไพศาล วาติมานนท์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833

ที่ ศธ 0512.11/0964

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ศุภร วงศ์วัญญู อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ศุภร วงศ์วัญญู

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833

ที่ ศธ 0512.11/0964

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการุณย มหาวิทาลัยนวมินทราชธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นภาพรณ์ กวางทอง อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เชี่ยวชาญการพยาบาลระบบประสาท การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นภาพรณ์ กวางทอง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833



ที่ ศธ 0512.11/0964

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นางกรณิการ์รัตน์ ประยูรศิริศักดิ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833

ที่ ศร 0512.11/ 1064

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/8 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อายุระหว่าง 18 – 45 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม จำนวน 180 คน โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสิทธิภาพการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต	นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833

ที่ ศธ 0512.11/ 1293



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ (กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และคลินิกอายุรกรรม จำนวน 180 คน โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833

ที่ ศธ 0512.11/IG 64

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง

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

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับ คณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833

ที่ ศธ 0512.11/1๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์) 3 ชุด
 2. ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย 3 ชุด
 3. ใบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 3 ชุด
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ชุด
 5. ฟอรม FM-102-1-1-14.1 2 ชุด
 6. ฟอรม FM-102-1-1-14.2 3 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ


โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ โทร. 089-066-9833



ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วย
อายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์

สถานที่ติดต่อ เลขที่ 91/59 หมู่ 4 บ้านฟ้าปิยมรมย์(เนสโต้) ตำบล บึงคำพร้อย

อำเภอ ลำลูกกา จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12150

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6672801

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-0669833

E-mail: pkmoonoi7@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องข้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม
ปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ด้าน
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กับตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด
สมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

3. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติมี
ดังต่อไปนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกเก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง และ
เรียกผู้เข้าร่วมวิจัยว่าผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยผู้ทำการวิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วย
ตนเอง และผู้ให้ข้อมูลจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 -30 นาที

4. กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย
และมีความเข้าใจอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่ง
ประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน

5. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่ไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ใน
การตอบแบบสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ- นามสกุลในแบบสอบถาม จะใช้รหัส
แทนชื่อจริงของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจาก
การวิจัยได้ทุกขั้นตอน โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น

7. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเก็บเป็นความลับ ยกเว้นว่าจะได้รับคำ
ยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

8. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4
อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ. 10330 โทรศัพท์
0-2218-8247 E-mail : eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดโครงการศึกษาวิจัย จากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ 91/59 หมู่ 4 บ้านฟ้าปิยมรมย์ (เนสโต้) ตำบล/แขวง บึงคำพร้อย อำเภอ/เขต ลำลูกกา จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12150 นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ถ้าข้าพเจ้ามีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง หรือโทรศัพท์ที่ 089-0669833

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุข้างต้น จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัย

.....

สถานที่/วันที่ พยาน

ที่ ตง ๐๐๓๒.๑๐๒/ ๘๓๔๑



โรงพยาบาลตรัง
๖๙ ถ.โคกหิน ต.ทับเที่ยง
อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐

๓ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตการมาเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาว พรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มการพยาบาลผู้ใหญ่ มาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อายุระหว่าง ๑๘ - ๔๕ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลตรัง จำนวน ๑๘๐ คน โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” และขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง ได้พิจารณาและเห็นชอบให้การรับรองโครงการวิจัยฯ ดังกล่าว และให้นิสิต สามารถมาเก็บข้อมูลวิจัยภายในโรงพยาบาลตรังได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยยุทธ ศักดิ์ศรีชัย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร. ๐ ๗๕๒๑ ๘๐๑๘ ต่อ ๑๒๐๑

โทรสาร ๐ ๗๕๒๑ ๘๘๓๑, ๐ ๗๕๒๑ ๗๑๗๙



โรงพยาบาลตรัง

๖๙ ถ.โคกหิน ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐

โทร ๐๗๕ - ๒๑๘๐๑๘ โทรสาร ๐๗๕ - ๒๑๗๑๗๙

Trang Hospital

๖๙ Kookhan Rd., Thaptheing, Muang, Trang ๙๒๐๐๐

Tel. ๐๗๕ - ๒๑๘๐๑๘ Fax ๐๗๕ - ๒๑๗๑๗๙

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลตรัง

เลขที่๐๐๙/๒๕๕๖.....

ชื่อโครงการ “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วย
อายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง”

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๐๙/๑๐-๒๕๕๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์

ที่ทำงาน แผนกผู้ป่วยใน ชั้น ๘ A (Stroke Unit) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนว
ปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม

(นายอุกฤษฏ์ คุณารธรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม

(นายชัยยุทธ ศักดิ์ศรีชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

๗ ต.ค. ๒๕๕๖

วันที่รับรอง.....




รหัสโครงการวิจัยที่ 33/2556
เอกสารรับรองเลขที่ 27/2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อย
ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
(ภาษาอังกฤษ) FACTORS RELATED TO AWARENESS OF BEHAVIOR IN YOUNG PATIENTS
AT HIGH RISK OF STROKE
ผู้วิจัยหลัก นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์
ตำแหน่ง / สถานะ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบ
ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 4 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุด
ระยะการรับรอง วันที่ 3 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราช
นครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม..... 

(นางสาวศันสนีย์ ทองสงค์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วันที่..... 7 / 11 / 56.....

ลงนาม..... 

(นายสมชัย อัสวสุตสาคร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วันที่..... 9 / 11 / 56.....



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อย ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งการทำวิทยานิพนธ์นี้ จะสำเร็จลุล่วงได้จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัย คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติและการแปลผล ข้อมูลจะไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล ไม่ว่าจะเป็นใครๆ เพราะเป็นการศึกษาข้อมูลในภาพรวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยโปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ และนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและให้การป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีและโรงพยาบาลทหารอากาศศรีธรรมราช โดยจะเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันทำการ

คำชี้แจง ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ชุดที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว

เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 3 ข้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาก ณ โอกาสนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 1: แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข

(สปสช, 2550)

		เจ้าหน้าที่กรอก	
		ปกติ	ผิดปกติ
1.	ท่านมีญาติสายตรง(พ่อหรือแม่/พี่หรือน้อง)ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต		
	<input type="checkbox"/> ญาติชายเป็นโรคอายุ < 55 ปี <input type="checkbox"/> ญาติหญิงเป็นโรคอายุ < 65 ปี	<input type="checkbox"/> เป็นโรคในญาติชายอายุ ≥ 55 และ/ หรือหญิงอายุ ≥ 65 ปี	<input type="checkbox"/> ไม่มีหรือไม่รู้
2	ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> สูบ	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ
3	ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ (โดยเจ้าหน้าที่)		
	ความดันโลหิตครั้งที่1	□□□ / □□□	ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย □□□ / □□□ มม.ปรอท
	ความดันโลหิตครั้งที่2	□□□ / □□□	
	<input type="checkbox"/> มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ/หรือ 90 หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 140 และ/หรือ 90	
4	ระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย (Capillary blood) (โดยเจ้าหน้าที่) *		
	ตรวจวัดได้ _____ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์		
	<input type="checkbox"/> มากกว่าหรือเท่ากับ 120 หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 120	
5	ได้รับการบอกจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ
6	ขนาดรอบเอววัดได้ ___ นิ้ว น้ำหนัก ___ กิโลกรัม ส่วนสูง ___ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (น้ำหนัก/ส่วนสูง ²) = ___		
	<input type="checkbox"/> ชาย > 36 นิ้ว หญิง > 32 นิ้ว หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 25	<input type="checkbox"/> ชาย ≤ 36 นิ้ว หญิง ≤ 32 นิ้ว หรือดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25	
7	เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
8	เป็นโรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย

สรุป: ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในระดับ

สูงมาก ○ ผิดปกติ > 5 ข้อ

สูงปานกลาง ○ ผิดปกติ 3 - 5 ข้อ

สูง ○ (ผิดปกติ 2 ข้อ)

หรือ ○ ประวัติเป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจ

หรือ ○ ระดับความดันโลหิตสูงมาก

หรือ ○ เป็นเบาหวานมากกว่าสิบปี

หรือ ○ เป็นเบาหวานมีปัญหาโรคไต

BP ≥ 170/100 2 ครั้งติดกัน

หรือ ○ มีประวัติญาติสายตรงเป็นอัมพาต

หรือ ○ ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก

มากกว่า 2 ครั้งรอบการตรวจรักษา

หรือหัวใจขาดเลือดก่อนวัย

ว่าเป็นกรรมพันธุ์ไขมันผิดปกติ

หรือ ○ คอเลสเตอรอล ≥ 309 มิลลิกรัม%

หรือ ○ เบาหวานที่คุมไม่ได้ดี ติดต่อกัน

ในกรณีที่ท่านมีโอกาสเสี่ยงสูงมากต้องไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพิ่มและดูแล และถ้าเสี่ยงสูงปานกลางให้รับการจัดการดูแลตนเองตามคำแนะนำเสริมทักษะและติดตามเป็นระยะๆอย่างใกล้ชิด ส่วนความเสี่ยงสูงให้ปรับเปลี่ยนการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงตามข้อแนะนำและ

นัการตรวจคัดกรองตามปกติ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี (เศษของอายุมากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
3. ศาสนา
 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม
 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย
 4. หย่าร้าง
5. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - 5.ปริญญาตรี 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. อาชีพ
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. เกษตร/ประมง
 3. ข้าราชการ 4. พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ
 5. รับจ้างทั่วไป 6. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 7. พ่อบ้าน/แม่บ้าน 8. อื่น ๆ (ระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท
8. ความเพียงพอของรายได้
 1. ไม่พอใช้ 2. พอใช้ 3. เหลือเก็บ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย √ลงใน หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าข้อความนั้น **ใช่หรือ ไม่ใช่**

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าไม่เป็นจริง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคเกิดที่หลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง		
2.โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้		
3.ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
4. ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้		
5. ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย		
6. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่		
7. อาการแสดง เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดหรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต		
8. อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เช่นชาตามแขนขา ตามัว เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้ ปากเบี้ยว เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใด		
9. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต		
10. เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด		
11. เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตเกิดขึ้นในกรณีฉุกเฉิน ควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล		
12. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ		
13. หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเสียชีวิตได้		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามการรับรู้ที่ท่านเห็นว่าเป็นจริง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับเรื่องนั้นมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นแบบกำกวม

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่ เห็น ด้วย
1. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตและโรค หัวใจขาดเลือด มีสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเหมือนกัน			
2. การลดการบริโภคอาหารแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกือบสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต			
3. การดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆในปริมาณมาก (ปกติชาย ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน หญิง ไม่เกิน 1 แก้วต่อวัน) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้			
4. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้น			
5. เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาตน้อยกว่าเพศชาย			
6. ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต			
7. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต			
8. อาการเตือนสำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต คืออาการ อ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง			
9.โรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล			
10.โรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม			
11.โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่ป้องกันได้			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันหรือทุกครั้งที่

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้งหรือนานๆครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.ท่านเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซอส เกลือปน ในอาหารที่ท่านรับประทาน			
2.ท่านรับประทานอาหารมันๆ เช่น ขาหมู ไช้แดง ไก่ทอด กุ้งทอด หนังไก่ หมูสามชั้น			
3.ท่านรับประทานอาหารรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม เค้ก มะม่วงเงาะ ลำไย			
4.ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ ที่มีรสชาติไม่หวานจัด			
5.ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง			
6.ในทุกวันนี้ท่านมีรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมเป็นการนั่งเป็นส่วนใหญ่			
7.ท่านออกกำลังกายโดยการหด ยืด กล้ามเนื้อและข้อต่อ			
8. ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิต/ ระดับน้ำตาลในเลือด/ ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจ			
9.ท่านมาตรวจโรคประจำตัวตามแพทย์นัด			
10. เมื่อมีเผชิญกับเรื่องเครียดๆ ท่านจะเก็บตัวนั่งเงียบคนเดียว			
11. เมื่อไม่สบายใจหรือกังวลใจท่านจะหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด			
12.ท่านมีการฝึกหายใจช้าๆมากกว่า 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างตามการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เคยได้รับ หรือ ไม่เคยได้รับ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและหากท่านตอบว่าเคยได้รับ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้ท่านตอบแหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง

ข้อคำถาม	เคยได้รับ	ไม่เคยได้รับ	แหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)
1.ประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เช่น เคยได้รับ ทราบว่าหรือพบเห็นว่า ผู้ที่รับประทานอาหารไขมันสูง เค็ม หวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน			() โทรทัศน์ () วิทยุ () ใบปลิว () โปสเตอร์ () อินเทอร์เน็ต () แผ่นพับ () หนังสือพิมพ์ () หอกระจายข่าว () บุคคลในครอบครัว () เพื่อน ()ญาติ () ครู, อาจารย์ () แพทย์ () พยาบาล () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () เกสเซอร์ () ผู้นำชุมชน อื่นๆ.....
2.ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เช่น เคยพบเห็น ผู้ที่มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ตามัว เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้ไม่ชัด พูดตะกุกตะกักหรือมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง การทรงตัวไม่ดี			() โทรทัศน์ () วิทยุ () ใบปลิว () โปสเตอร์ () อินเทอร์เน็ต () แผ่นพับ () หนังสือพิมพ์ () หอกระจายข่าว () บุคคลในครอบครัว () เพื่อน ()ญาติ () ครู, อาจารย์ () แพทย์ () พยาบาล () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () เกสเซอร์ () ผู้นำชุมชน อื่นๆ.....
3.ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เช่น รักษาโดยการฉายา หรือผ่าตัดเคยทราบว่า ต้องมารับการรักษภายใน 3 ชั่วโมง และต้องมารับการรักษาอย่างเร่งด่วน			() โทรทัศน์ () วิทยุ () ใบปลิว () โปสเตอร์ () อินเทอร์เน็ต () แผ่นพับ () หนังสือพิมพ์ () หอกระจายข่าว () บุคคลในครอบครัว () เพื่อน ()ญาติ () ครู, อาจารย์ () แพทย์ () พยาบาล () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () เกสเซอร์ () ผู้นำชุมชน อื่นๆ.....



ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การแสดงผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ถูกต้อง ความเชื่อที่ถูกต้อง และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อความ	ความรู้ที่ถูกต้อง			
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
1.โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคเกิดที่หลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง	120	80.0	.80	.40
2.โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้	126	84.0	.84	.36
3.ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	139	92.7	.93	.26
4.ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้	140	93.3	.93	.25
5.ผู้ที่มีอายุน้อยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	113	75.3	.75	.43
6.ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	119	79.3	.79	.40
7.อาการแสดง เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดหรือไม่เข้าใจคำพูดเป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	132	88.0	.88	.32
8.อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เช่นชาตามแขนขา ตามัว เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้ ปากเบี้ยว เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใด	138	92.0	.92	.27
9.อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	132	88.0	.88	.32
10.เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด	143	95.3	.95	.21

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	ความรู้ที่ถูกต้อง			
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
11.เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตเกิดขึ้นในกรณีฉุกเฉินควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	130	86.7	.87	.34
12.การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ	116	77.3	.77	.42
13.หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเสียชีวิตได้	141	94.0	.94	.23

จากตารางที่ 8 แสดงถึงร้อยละของผู้ที่ตอบ “ใช่” (มีความรู้ที่ถูกต้อง) ในข้อ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยข้อความรู้ที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อที่กล่าวว่า “เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด ” อยู่ที่ร้อยละ 88.0 และ ข้อความรู้ที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่กล่าวว่า “การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ” อยู่ที่ร้อยละ 74.0

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อความ	มีความเชื่อที่ถูกต้อง			
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
1. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตและโรค หัวใจขาดเลือด มีสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเหมือนกัน	91	60.7	2.51	.66
2. การลดการบริโภคอาหารแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต	90	60.0	2.50	.67
3. การดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆในปริมาณมาก (ปกติชาย ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน หญิง ไม่เกิน 1 แก้วต่อวัน) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้	59	39.3	2.15	.78
4. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้น	12	8.0	1.55	.64
5. เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาตน้อยกว่าเพศชาย	26	17.3	1.81	.71
6. ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	67	44.7	2.26	.75
7. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	105	70.0	2.63	.61
8. อาการเตือนสำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์อัมพาต คืออาการ อ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง	109	72.7	2.67	.57
9.โรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	5	3.3	1.19	.47
10.โรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม	7	4.7	1.25	.53
11.โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่ป้องกันได้	97	64.7	2.52	.71

จากตารางที่ 9 แสดงร้อยละของผู้ที่ตอบ “ เห็นด้วย ” (มีความเชื่อที่ถูกต้อง) ในข้อความถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ข้อที่ 1,2,3,5 ,7,8 และ 11 และที่ตอบ “ ไม่เห็นด้วย ” (มีความเชื่อที่ถูกต้อง) ใน ข้อที่ 4,9 และ10 โดยข้อความเชื่อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดคือข้อที่กล่าวว่า “ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่ป้องกันได้ ” อยู่ที่ร้อยละ 74.7 และ ข้อความรู้ที่มีผู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่กล่าวว่า “ โรคหลอดเลือดสมองและอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม ” อยู่ที่ร้อยละ 4

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละของช่องทางการได้รับข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย

ช่องทางการได้รับข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	70	46.7
พยาบาล	43	28.7
แพทย์	40	26.7
อินเทอร์เน็ต	38	25.3
วิทยุ	37	24.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	33	22.0
หนังสือพิมพ์	33	22.0
แผ่นพับ	31	20.7
ญาติ	26	17.3
เพื่อน	23	15.3
โปสเตอร์	22	14.7
ใบปลิว	20	13.3
บุคคลในครอบครัว	18	12.0
ครู, อาจารย์	10	6.7
เภสัชกร	8	5.3
หอกระจายข่าว	6	4.0
ผู้นำชุมชน	3	2.0

จากตารางที่ 10 เมื่อสำรวจถึงช่องทางการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน หรือการรักษา พบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการได้รับข้อมูล (ร้อยละ 46.7) รองลงมาได้จากพยาบาล(ร้อยละ 28.7) และแพทย์ (ร้อยละ 26.7)

ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละของประสบการณ์ ของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามรายด้าน

ประสบการณ์	เคยได้รับ		ไม่เคยได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านปัจจัยเสี่ยง	100	66.7	50	33.3
ด้านอาการเตือน	144	96.0	6	4.0
ด้านการรักษา	86	57.3	64	42.7

จากตารางที่ 11 เมื่อสำรวจถึงประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ด้านอาการเตือนมากที่สุด(ร้อยละ 96.0) รองลงมาคือประสบการณ์ด้านปัจจัยเสี่ยง(ร้อยละ 66.7) และประสบการณ์ด้านการรักษา(ร้อยละ 57.3)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรสวรรค์ คำทิพย์ เกิดเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2526 ภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2549 เข้าทำงานครั้งแรกในสถาบันโรคทรวงอก แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ พนักงานของรัฐ ปัจจุบันทำงานที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 เป็นต้นมา ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) และกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY