

**การรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษา
และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคล
ที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2559

Volume 39 No.1 (January-March) 2016

Perceptions on stroke risk factors warning signs

treatment and preventive behaviors among health risk people*

มณฑิรา ชนะกาญจน์ พย.บ.** นิชาภัทร พุทธิคามิน Ph.D.(Nursing)***

Montira Chanagarn B.N.S.** Nichapatr Phutthikhamin Ph.D.(Nursing)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สูบบุหรี่หรือผู้ที่มีภาวะอ้วน จำนวน 325 คน ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกบูรณาการ คลินิกนอนกรน และหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา อำเภอมือเมือง จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ผลการศึกษาพบว่า 1) การรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=17.47$, $SD=4.67$) และ 2) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=80.32$, $SD=9.40$) ข้อเสนอ พยาบาลที่ทำงานให้ข้อมูลหรือความรู้แก่บุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงควรตระหนักถึงความสำคัญและให้ความรู้ที่ครอบคลุมถึงโรคอื่น ๆ ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ พฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยง

Abstract

This descriptive research aimed to study of: 1) perception on stroke, risk factors, warning signs, treatment, and 2) preventive behaviors among health risk people who were smokers or obese people. The samples were 325 health risk people, and followed up at Integrated Clinic, Sleep Apnea Clinic, and Samlium Primary Care Unit of Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Smoke Cessation Clinic of Khon Kaen hospital, and Nonmuang Health Promotion Hospital, Khon Kaen. The instrument was questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics. The results are as the followings: 1)

*Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Lecturer, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

The overall level of perception on stroke, risk factors, warning signs, and treatment among health risk people was moderate ($\bar{X}=17.47$, $SD=4.67$). 2) The overall level of preventive behaviors among health risk people was moderate ($\bar{X}=80.32$, $SD=9.40$). In conclusion, nurses who responsible for patient education should aware and provide information to the health risk people covered stroke, especially risk factors warning signs of stroke and preventive behaviors of stroke.

keywords: stroke, perceptions, preventive behaviors, health risk people

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า¹ ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ, อุบัติเหตุ และมะเร็ง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น² จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2552 – 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 555, 827, 880, 939 และ 788 ราย³ จากสถิติดังกล่าวพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีทางด่วนระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) ที่เป็นมาตรฐานคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยการให้ยา (recombinant tissue – plasminogen activator : rt-PA) ภายใน เวลา 270 นาที นับจากเกิดอาการ⁴ มีระบบบริหารจัดการ เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทหรือความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจะส่งผลให้สามารถช่วยลดอัตราการตาย ลดความพิการ และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว⁴

สถิติกลุ่มบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีอัตราป่วยสูงขึ้นเรื่อย ๆ⁵ และรายงานพฤติกรรมสุขภาพของประชากรอายุ 15–74 ปี พบว่า ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25.0$ กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 21.3 ภาวะอ้วน ($BMI \geq 30$ กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 4.4 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7⁶ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นถึงแนวโน้มของกลุ่มบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนมากขึ้น และอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

งานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพ เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่หรือผู้ที่มีภาวะอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมถึงโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง⁷ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษา และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่มีภาวะอ้วน คาดว่าผลการศึกษาจะทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนจัดกิจกรรม และการณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษา และระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง และระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ และ/หรือ ผู้ที่มีภาวะอ้วน ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกบูรณาการและคลินิกนอนกรน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คลินิกเลิบบุหรี่ โรงพยาบาลขอนแก่น หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ระหว่างเดือนพฤษภาคม -กรกฎาคม 2558 จำนวน 325 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁸ ซึ่งกล่าวว่า แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิถีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น สำหรับบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยนี้ได้แก่ บุคคลที่สูบบุหรี่หรือบุคคลที่มีภาวะอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ และการรักษา รวมทั้งศึกษาการปฏิบัติตัวที่เป็นพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังที่กล่าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (ผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมกันแล้วมากกว่า 5 ซอง หรือ 100 มวน ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และสูบบุหรี่เป็นประจำ)⁶ และ/หรือ ผู้ที่มีภาวะอ้วน (มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อเมตร²)⁶ สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. สามารถสื่อสารได้ด้วยการอ่านและการฟัง
3. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กรณีไม่ทราบประชากรแน่นอน⁹

$$n = Z^2 P(1-P)/D^2$$

เมื่อ

$$Z = 1.960$$

P = ร้อยละของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (0.3)

D = ค่าความคลาดเคลื่อน (0.05)⁹

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 325 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจ สวัสดิการการรักษา โรคประจำตัว/

ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยาที่รับประทานประจำ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี คำแนะนำในการดูแลสุขภาพประสพการณ์หรือการมีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วย และความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่เคยได้รับ

แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของ สมร นุ่มผ่อง¹⁰ จำนวน 30 ข้อ ดังนี้ 1) โรค 7 ข้อ 2) ปัจจัยเสี่ยง 9 ข้อ 3) อาการนำ 7 ข้อ และ 4) การรักษา 7 ข้อ เครื่องมือมีลักษณะ ใช้, ไม่ใช้ และ ไม่แน่ใจ คะแนนรวมที่เป็นไปได้ทั้งหมด 0-30 คะแนน

แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ กำหนดเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60-80 อยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ¹¹

แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยง จำนวน 24 ข้อ โดยเป็นคะแนนพฤติกรรมโดยรวม รายด้าน และรายข้อ เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale)¹¹

แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ กำหนดเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60-80 อยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต้องปรับปรุง¹¹

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ของบุคคลกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 0.97¹³ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคล

กลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 0.96¹²

ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้เรื่องโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษา โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20)¹² เท่ากับ .86 และพฤติกรรมป้องกันการโรคโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)¹² $\alpha = 0.84$

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเสี่ยง ตลอดจนการให้ประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร ผู้วิจัยได้นำเสนอเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยได้ เลขที่โครงการ HE 581085

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2558 ที่คลินิกบูรณาการและคลินิกนอนกรนโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คลินิกเล็ก บุหรี่ โรงพยาบาลขอนแก่น หน่วยบริการปฐมภูมิ สามเหลี่ยม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่สูบบุหรี่หรือผู้ที่มีความอ้วน เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างแล้วขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบฟอร์มของจริยธรรมวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษา และพฤติกรรมป้องกันการ

โรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจง
หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 68 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 46-60 ปี
($\bar{X}=47.17$, $SD=15.53$) ดัชนีมวลกายระหว่าง 20.76-
49.76 กิโลกรัมต่อเมตร² ($\bar{X}=32.56$, $SD=2.95$)
ร้อยละ 94.15 เป็นกลุ่มที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 4 มีทั้ง
ภาวะอ้วนและสูบบุหรี่ เพศชายมีเส้นรอบเอวระหว่าง
92 - 118 เซนติเมตร ($\bar{X}=97.02$, $SD=5.34$) เพศ
หญิงมีเส้นรอบเอวระหว่าง 80 - 104 เซนติเมตร
($\bar{X}=84.52$, $SD=3.84$) ร้อยละ 64.60 มีสถานภาพคู่
ร้อยละ 39.40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ
44.90 ประกอบอาชีพรับราชการ ส่วนใหญ่รายได้ของ
ครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ($\bar{X}=24,985.35$,
 $SD=16,636.22$) ร้อยละ 39.40 ครอบครัวมีหนี้สิน
ร้อยละ 41.80 ใช้สวัสดิการบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ

94.80 ไม่มีโรคประจำตัว/ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมอง ทั้งหมดไม่ได้รับประทานยาประจำ
จำนวนสูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่ระหว่าง 2-20 มวน/วัน
($\bar{X}=8.11$, $SD=4.28$) ร้อยละ 65.50 เคยได้รับการ
ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 52 ไม่ได้รับคำแนะนำ
เกี่ยวกับสุขภาพ คำแนะนำที่ได้รับส่วนใหญ่เกี่ยวกับ
เรื่องความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน
และโรคหัวใจ ร้อยละ 64 ไม่มีประสบการณ์หรือมี
บุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือ
โรคเรื้อรัง ร้อยละ 56 เคยได้รับความรู้หรือรับรู้เรื่อง
โรคหลอดเลือดสมอง จากโทรทัศน์ หนังสือ และ
นิตยสาร/หนังสือพิมพ์

การรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ
การรักษาโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้
ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 แสดง
ไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือด
สมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโดยรวม (n=325)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
0-17	121	37.20	ต่ำ
18-24	203	62.50	ปานกลาง
25-30	1	0.30	สูง

Range = 2-26 , = 17.47, SD = 4.67

คะแนนการรับรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคและ
ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือด
สมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ด้าน
โรคและการรักษาอยู่ในระดับสูง การรับรู้ด้านปัจจัย
เสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ด้านอาการนำ
อยู่ในระดับต่ำ แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้รายด้านเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยง (n=325)

การรับรู้	Range	$\bar{X}$	SD	แปลผล
โรค	1-7	5.07	1.75	สูง
ปัจจัยเสี่ยง	1-9	5.84	2.15	ปานกลาง
อาการนำ	1-7	2.32	1.29	ต่ำ
การรักษา	1-7	4.23	1.29	สูง

คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโดยรวม พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.80 แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโดยรวม (n=325)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
24-71	45	13.80	ต้องปรับปรุง
72-95	256	78.80	ปานกลาง
96-120	24	7.40	ดีมาก

Range = 44-110 , = 80.32, SD = 9.40

คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.20, 75, 77.20 และ 57.50 แสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความถี่และร้อยละของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงรายด้าน (n=325)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค	การแบ่งระดับคะแนน		
	ต้องปรับปรุง	ปานกลาง	ดีมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านอาหาร	71(21.80)	238(73.20)	16(5)
Range =11-43, =29.31, SD=4.56			
ด้านออกกำลังกาย	60(18.50)	244(75)	21(6.50)
Range =5-20, =12.93, SD=2.28			
ด้านความเครียด	45(13.80)	251(77.20)	29(9)
Range =12-30, =20.25, SD=2.91			
ด้านปัจจัยเสี่ยง	61(18.80)	187(57.50)	77(23.70)
Range =5-25, =17.84, SD=3.96			

การอภิปรายผล

ระดับการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วรณกุล, วิริยา สุขวงศ์ และอารยา ทิพย์วงศ์¹³ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญต่อบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพราะการรับรู้เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมตามวัย เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.70 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีประสบการณ์หรือมีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเรื้อรัง และมีเพียงร้อยละ 56 ได้รับข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จึงอาจทำให้ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3, 4) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วรณกุล และคณะ¹³ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ กษมา เชียงทอง¹⁴ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อาการนำอยู่ในระดับต่ำจึงมีผลต่อการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือเมื่อผู้ป่วยรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและอาการของ

โรคจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรม การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบการรับรู้เกี่ยวกับอาการนำอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเมื่อไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล ดังนั้นควรพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้รับรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง อาการนำโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง^{15,16,17}

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันมีคุณค่าในการศึกษาครั้งนี้ขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ช่วยแนะนำให้คำปรึกษา กำลังใจ และปรับแก้ข้อบกพร่องต่าง ๆ และขอขอบคุณกลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

References

1. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident: Updated August 2012. Available from: http://web.who.int/topics/cerebrovascular_accident.
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistic of death by leading cause groups 2008-2012 [online] 2012 [August 7, 2014]. From: <http://www.bps.ops.moph.go.th/Death.html>. (in Thai)

3. Medical Statistics, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. Statistic of stroke patients admitted to the outpatient department 2009–2013. Khon Kaen: Statistic; 2013. (in Thai)
4. Kongboonkert K, Tiamkao S, Singha K, Aen-tri P. Manual management system integrated stroke. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012. (in Thai)
5. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistical individual risk of death, stroke and death rate per hundred thousand population 2012–2013 [online] 2013 [September 22,2014]. From: <http://www.bps.ops.moph.go.th>. (in Thai)
6. Bureau of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Brief Risk Behavior Survey diseases and injuries 2010. Nontaburi: Bureau; 2010. (in Thai)
7. Prasansorn P. The relationship between the perception of the disease and behavior prevent disease in individuals at risk for acute stroke [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013. (in Thai)
8. Becker MH. The health belief model and sick role behavior in the health belief model and personal health behavior. New Jersey: Chales B. Slack; 1974.
9. Sawangdee Y. The calculation of sample size and sampling methods. Bangkok: Mahidol University; 2013. (in Thai)
10. Numpong S. Surveillance stroke prevention population. The Planning and Evaluation Office of Disease Prevention and Control.5.Nakorn Ratchasima; 2014. (in Thai)
11. Panpruk W. Designed to measure variations in nursing research. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2001. (in Thai)
12. Srisatitnarakun B. Research Methodology in Nursing. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.(in Thai)
13. Wannakun T, Sukwong W, Tipwong A. Perception and practice to prevent stroke. [online] 2013 [August 2015].From http://www.teacher.ssru.ac.th/tanaporn_wa/pluginfile. (in Thai)
14. Cheangthong K. The relationship between the health belief model. To recognize the warning signs Behavior management and stroke in stroke risk. Doi Saket Chiangmai Province. [dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University; 2011. (in Thai)
15. Potisopha W, Utriyaprasit K, Sindhu S. Relationship among response to symptoms and hospital arrival time of acute stroke patient. Journal of Nursing Science and Health 2015; 38(1): 9–20. (in Thai)
16. Subindee S, Sritanyarat W. Mild cognitive impairment in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic of a primary care unit khon-kaen Province. Journal of Nursing Science and Health 2014; 37(1): 43–50. (in Thai)
17. Fei H, Thongkrajai E. Health behavior, subjective well-being and selected clinical indications among patients with transient ischemic attack. Journal of Nursing Science and Health 2014; 37(1): 94–102 (in Thai)