

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์/อัมพาตเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2004 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจโดยพบผู้เสียชีวิตจำนวน 5.7 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2004) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบประสาท โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 4 ล้านราย และในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 750,000 ราย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นหนึ่งในสี่สาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกาอีกด้วย (John C.M.Brust, 2007) สำหรับประเทศไทยจากสถิติจำนวนผู้ป่วยในแยกตามกลุ่มสาเหตุการป่วยทั้งประเทศ (ยกเว้น กรุงเทพฯ) ของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 131,203 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งประเทศ (ยกเว้น กรุงเทพฯ) 10,307,684 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดโรค 227.19 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 จำนวน 6,671 ราย และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และจากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2552 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ในประชากรไทย รองจากโรคมะเร็งและเนื้องอก อุบัติเหตุ และโรคหัวใจตามลำดับ และพบว่าผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year) ที่สำคัญอันดับที่ 2 ทั้งในชายและหญิง (มัชชีสามแสน และคณะ, 2550)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดคำนิยามของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทที่บกพร่องและเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตกทำให้เกิดเลือดออกหรือภาวะเนื้อสมองตาย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยนิยามนี้จึงไม่หมายรวมไปถึงการขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack; TIA) หรือผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการที่เลือดออกใต้ชั้น dura ในสมอง ก้อนเนื้อ การได้รับยาหรือการบาดเจ็บแต่อย่างใด (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547)

เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง ไม่ว่าจะเป็นการตีบ อุดตันหรือแตก จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน เซลล์สมองตายหรือหยุดทำงาน ทำให้ร่างกายมีความผิดปกติ (วิยะดา ศักดิ์ศรี และ สุรัตน์ ธานานุภาพไพศาล, 2552) หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของการสูญเสียหน้าที่ของสมอง จะมีความบกพร่องของการรับรู้และการติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนไหวของร่างกาย การสูญเสียการทรงตัว การกลืนอาหาร การควบคุมการขับถ่าย และความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ (มณี รัตนไชยานนท์ และคณะ, 2552) ในปี ค.ศ. 2003 สถาบันโรคหัวใจ ปอด และหลอดเลือดแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI]) ได้ทำการสำรวจผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้รอดชีวิตเป็นอัมพาตถาวร มากกว่าร้อยละ 30 จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยเดินในการทำกิจวัตรประจำวัน มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยปกติ (Mackay J. & Mensah G.A., 2004) สำหรับประเทศไทยพบว่าในช่วงปีหนึ่งจะมีผู้เป็นอัมพาตที่มีชีวิตอยู่ 396,408 คน และเกือบ 50,000 คนต้องอยู่อย่างผู้พิการขั้นรุนแรง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) นอกจากความผิดปกติทางด้านร่างกายแล้ว ยังพบการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณร่วมด้วย (ศิวัชกานต์ แก้วแดง, 2548) ภาระจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสังคม นอกจากภาระทางสุขภาพแล้วยังเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอีกด้วยซึ่งค่าใช้จ่ายในการให้บริการเพื่อรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองมีขนาดที่สูง โดย Masters และคณะ คาดว่าการสูญเสียเชิงเศรษฐกิจ (รวมผลผลิตภาพที่สูญเสียจากกำลังแรงงาน) จากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวาน ใน 23 ประเทศ ช่วงปี ค.ศ. 2006 – 2015 จะเป็นมูลค่าถึง 84 พันล้านเหรียญสหรัฐ การศึกษาต้นทุนการักษาพยาบาลโดยตรงประจำปี (direct annual cost) จากโรคหลอดเลือดสมองในสก็อตแลนด์ และของสหราชอาณาจักร มีมูลค่า 118 ปอนด์ และ 1,655 ล้านปอนด์ ตามลำดับ (วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และ ดารณีสวพันธ์, 2551) สำหรับประเทศไทยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานว่ามี

การใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 100,000 – 1,000,000 บาท/ราย(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

องค์การอนามัยโลก (WHO) เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงทำการศึกษาการกระจายของโรค และการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรหลายประเทศ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ยาเส้น จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดขึ้นในชุมชนได้ถึงร้อยละ 60 ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นๆ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังนั้นการรับบริการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และรับการสนับสนุนควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนรู้จักอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จึงเป็นมาตรการการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญอย่างหนึ่งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำขึ้นภายใต้“โครงการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิก และโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิก” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)ซึ่งกิจกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองภายใต้โครงการดังกล่าวจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) ได้มีการรับนโยบายดังกล่าวมาปฏิบัติ โดยมีการดำเนินการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) และทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยการป้องกันในระดับปฐมภูมิเป็นการป้องกันในระยะก่อนการเกิดโรค ได้แก่ การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และวิธีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการป้องกันทุติยภูมิ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน, 2553; Nicol & Thrift, 2005 อ้างถึงใน หัสยาพร มะโน, 2552) นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อการรักษาอย่างเร่งด่วนอีกด้วย จะเห็นได้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขมีการดำเนินงานและจัดทำโครงการต่างๆ ขึ้นมากมายเพื่อให้ความรู้ ป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง แต่อัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคดังกล่าวกลับไม่ลดจำนวนลง ทั้งที่โรคดังกล่าวสามารถควบคุมและป้องกันได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

การที่หน่วยงานสาธารณสุขประสบกับปัญหาการจัดบริการด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร การมีประชาชนจำนวนน้อยที่ไปรับบริการ ทั้ง ๆ ที่การไปรับบริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก และมีหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการถึงที่อีกด้วย โรเซนสต็อก (Irwin M. Rosenstock) และคณะ เชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพขึ้นมา เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค บนสมมติฐานว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” โดยเขาสรุปว่าองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Beker, Maiman, 1975 อ้างในเบญจมา สุขศรีเพ็ญ, 2550; Rosenstock, 1974 อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบรายงานการศึกษาที่ให้ผลสอดคล้องว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล เช่น การศึกษาของสุพร หุตากร (2549) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของผู้ต้องขังทัณฑสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและเจตคติต่อการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ จรินทร์ดวงแสง (2551) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นแผลเปปติกเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติการศึกษาของ ชิดานุ่มอยู่ (2551) พบว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกและตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและการศึกษาของ ศศิธรณ์ นนทะ โมลี (2551) พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการเพื่อให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น และครอบครัวผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นเช่นกัน

อำเภอคอยสะเก็ด เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีพื้นที่ติดต่อกับอำเภอเมือง และอำเภออื่นๆรอบนอก จึงทำให้พื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท กล่าวคือถึงแม้จะมีทั้งลักษณะของความเป็นเมืองแต่ก็ยังคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตและวัฒนธรรมดั้งเดิม การพัฒนาสู่ความเป็นเมืองของอำเภอคอยสะเก็ดสังเกตได้จากการขยายตัวของพื้นที่และประชากรที่มีอย่างต่อเนื่อง ในปี

พ.ศ. 2552 อำเภอคอยสะเกิดมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 66,432 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ถึง 2,352 คน และความหนาแน่นเฉลี่ยของประชากรต่อพื้นที่เพิ่มขึ้นจาก 84.8 คน/ตารางกิโลเมตรในปี พ.ศ. 2548 เป็น 98.96 คน/ตารางกิโลเมตรในปี พ.ศ.2552 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2551)จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของการศึกษานี้ (ดูภาคผนวก ก) พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรในอำเภอคอยสะเกิดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ อำเภอคอยสะเกิดเป็นทางผ่านจากจังหวัดเชียงใหม่ไปยังจังหวัดเชียงราย จึงทำให้อำเภอดังกล่าวกลายเป็นเมืองเศรษฐกิจในอันดับต้นๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบกับทำเลที่ตั้งที่ไม่ไกลจากตัวเมือง มีความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติ และที่สำคัญผู้คนยังมีวิถีชีวิตแบบล้านนาดั้งเดิม จึงส่งผลให้อำเภอคอยสะเกิดมีเสน่ห์ดึงดูดผู้คนจากต่างถิ่นให้อพยพเข้ามาอยู่อาศัย

จากการพัฒนาสู่ความเป็นเมืองอย่างรวดเร็วทำให้ในปัจจุบันระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเข้ามามีบทบาทต่อวิถีชีวิตของคนในอำเภอคอยสะเกิดเป็นอย่างมาก โดยพบว่าเพื่อความอยู่รอดแล้วคนวัยแรงงานส่วนใหญ่ถึงกับยอมทิ้งถิ่นฐานบ้านเกิดออกไปหางานทำในเมือง ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมกำลังเปลี่ยนอำเภอคอยสะเกิดจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม ผู้คนเปลี่ยนจากอาชีพเกษตรกรไปเป็นอาชีพอื่นที่ประสบความสำเร็จและมีความเจริญก้าวหน้ามากกว่า โดยมุ่งหวังที่จะใช้อชีพเป็นตัวเลื่อนสถานภาพทางสังคม ในขณะที่เดียวกันก็พยายามสร้างค่านิยมใหม่ให้ลูกหลานมีการศึกษาที่สูงขึ้น เพื่อจะได้ไม่ต้องมาประกอบอาชีพเกษตรกรรมเหมือนบรรพบุรุษ เนื่องจากอาชีพดังกล่าวมักถูกมองจากสังคมว่าเป็นอาชีพที่ลำบาก ด้อยค่า และเป็นชนชั้นล่างของสังคม ค่านิยมดังกล่าวส่งผลให้เด็กในวัยเรียนกลายเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องย้ายออกจากพื้นที่เพื่อศึกษาเล่าเรียน ด้วยความคิดที่ว่าโรงเรียนในเมืองจะให้การศึกษาที่ดีกว่าโรงเรียนในชนบท และด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ในปัจจุบันอำเภอคอยสะเกิดกลายเป็นสังคมของผู้สูงอายุเมื่อประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุยอมส่งผลให้อัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอคอยสะเกิดมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่พบว่าปี พ.ศ. 2551- 2553 มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอคอยสะเกิดจำนวน 188, 213 และ 286 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดโรค 297.00, 336.00และ 451.47รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2554)หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในอำเภอคอยสะเกิดเองได้เล็งเห็นและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีการดำเนินงานและจัดทำโครงการต่างๆ ขึ้นมากมายเพื่อให้ความรู้ ป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่อัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคดังกล่าวกลับไม่ลดจำนวนลง ทั้งที่โรคดังกล่าวสามารถ

ควบคุมและป้องกันได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอยสะเกิด, 2554; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน, 2553)

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอคอยสะเกิด และจังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการเตือนและการพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่อยู่ในระดับใด
2. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่อยู่ในระดับใด

3. พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่อยู่ในระดับใด

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่และอย่างไร

5. การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่และอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินจากแบบวัดการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนามาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ ประเมินจากแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนามาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่บุคคลจะได้รับ

จากการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ประเมินโดยพิจารณาการรับรู้ใน 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนามาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรมและ 2) การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการแจ้งโทรศัพท์หมายเลข 1669 หรือรีบไปโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาปรับปรุงจากแบบประเมินการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ หัสยาพร มะโน (2552)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ประเมินจากแบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนามาจากข้อมูลเบื้องต้นจากการทำสนทนากลุ่มกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินจากแบบวัดการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาปรับปรุงจากแบบประเมินการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ หัสยาพร มะโน (2552)

พฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในการควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาจากกรทบทวนวรรณกรรม

กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแบบการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิก โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และต้องเป็นบุคคลที่เข้ารับบริการ
ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอคอยสะแก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved