

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง ที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการสุขภาพ ใน รพ.สต. 3 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านสันต้นแห่น ตำบลแม่คือ รพ.สต.บ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน และรพ.สต.บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน อำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 195 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรมสำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาปรับปรุงมาจากแบบประเมินการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของหัตสยาพร มะโน (2552) แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) โดยใช้สูตร KR_{20} ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.69 และค่าความเชื่อมั่นรายด้าน คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.84 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

เท่ากับ 0.65 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.81 และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.82

2. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) โดยใช้สูตร KR_{20} ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.63

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาสรุปผลการศึกษา และนำเสนอผลการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกว่าสองในสาม (ร้อยละ 70.26) เป็นเพศหญิง มีเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น (ร้อยละ 29.74) ที่เป็นเพศชาย โดยมีอายุตั้งแต่ 35 - 84 ปี (59.59 ± 11.32) ซึ่งช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 55 - 64 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.10 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 44.10 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 55.90 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคประจำตัวที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยหนึ่งโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน โรคหัวใจ และ/หรือ โรคหลอดเลือดสมอง และประเภทโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 37.24) คือ โรคความดันโลหิตสูงภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.64) มีความถี่ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ หรือการมาตรวจตามนัด อยู่ในช่วง 5 - 6 ครั้ง/ปี มากที่สุด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 11.28) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.09) เป็นพี่หรือน้อง กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.36 ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ และร้อยละ 18.46 ระบุว่าเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว มีเพียง ร้อยละ 7.18 เท่านั้น ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.92) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแหล่งความรู้หลัก (ร้อยละ 54.21) มาจากเอกสาร / แผ่นพับ / คู่มือของทางโรงพยาบาล หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และจากการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบบันทึกการ

ตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.31) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงปานกลาง รองลงมา คือ ระดับสูง (ร้อยละ 35.90) และ ระดับสูงมาก (ร้อยละ 11.79) ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.51มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.18 - 50.26 มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 71.79 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.41 มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 56.41 มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

3. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.41 มีการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง

4. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.69 มีพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

5. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value}= 0.198$) หากพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.171$, $p\text{-value}=0.017$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value}=0.817$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.217$, $p\text{-value}=0.002$) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value}=0.235$)

6. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.250$, $p\text{-value}<0.001$)

อภิปรายผลการศึกษา

1. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ใน

ระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาในครั้งนี้ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการพิจารณาการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อปัจจัยเสี่ยงในตารางที่ 6 และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.94) ระบุว่า ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างระบุรองลงมาคือ ภาวะอ้วน (ร้อยละ 90.77) การที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (ร้อยละ 88.72) อายุที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 83.59) พันธุกรรม (ร้อยละ 83.08) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 74.61) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 65.13) โรคหัวใจ (ร้อยละ 61.03) การใช้ยาเสพติด (ร้อยละ 53.33) และการสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ (ร้อยละ 51.79) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีการรับรู้มากที่สุดในสามอันดับแรก (Pancioli et al., 1998; Schneider et al., 2003; Lori H. et al., 2003) การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านโรคที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; ณิช พสุธารชาติ และคณะ, 2553; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาษานุกาพ, 2551) ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่สำคัญที่ต้องได้รับการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือแม้แต่กับประชาชนทั่วไป ปัจจัยที่บุคคลากรทางด้านสุขภาพมักจะกระตุ้นเตือนให้เกิดการรับรู้มากที่สุดก็คือภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน, 2553) ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.24) มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว (ตาราง 2) ดังนั้นจึงทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด ส่วนการที่ภาวะไขมันในเลือดสูงมีการรับรู้ในสัดส่วนที่สูงด้วยเช่นกันนั้น อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมักมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

(ischemic stroke) โดยทำให้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น 1.5 เท่านอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่อยู่ท่ามกลางวันบวหรือถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบบุหรี่ ก็ตรวจพบระดับนิโคตินในเลือดที่สูงกว่าปกติ เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่(กึ่งแก้ว ปาจารีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)จากผลงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด (Sung Yoon S et al., 2001; Schneider et al., 2003)แต่การศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงแค่ครึ่งหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 51.79) ที่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หัสยาพร มะโน (2552) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าการงดสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการที่ผลการศึกษานี้เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.36) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ตาราง 3)เมื่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ใช่พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ ดังนั้นพวกเขาจึงไม่ได้ให้ความใส่ใจหรือตระหนักถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่หรือการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เท่าที่ควร ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพนั้น อย่างน้อยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วย

หากแบ่งประเภทของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในตารางที่ 6 จะสามารถแบ่งได้เป็นสามด้านคือ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในสัดส่วนที่ต่ำกว่าปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ดังนี้ การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ (ร้อยละ 51.79) การใช้น้ำมันทอด (ร้อยละ 53.33) และ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกิน 2 แก้ว/วัน ในผู้ชาย หรือ 1 แก้ว/วัน ในผู้หญิงหรือผู้มีน้ำหนักน้อย (ร้อยละ 65.13) ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องมีการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้อย่างถูกต้องและครบถ้วนทุกด้าน และที่สำคัญควรเน้นย้ำในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุม ป้องกันและปรับเปลี่ยนได้ง่ายกว่าปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.18 - 50.26) มีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ให้ผลที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร หุตาการ (2549) ที่พบว่า ผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางเช่นกัน แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาส่วนใหญ่ในต่างประเทศที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำ ไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป

(Fernando Go'ngora-Rivera et al.,2009; Larry B. Goldstein et al., 2009; Kamalesh Das et al., 2005; Kothari et al., 1997) การที่กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มี การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงนั้น อาจอธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีประวัติโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 2) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างโรคหลอดเลือดสมอง(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน, 2553)ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.24) มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว (ตารางที่ 2) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญ ที่ต้องได้รับการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านโรคที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547; ฌัฐ พสุธารชาติ และคณะ, 2553; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2551)และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าสองในสาม (ร้อยละ 70.26) เป็นเพศหญิง (ตารางที่1) ซึ่งในสังคมและวัฒนธรรมไทย เพศหญิงมักมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ดังนั้นเพศหญิงจึงมักให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย (จันทร์ธา บริสุทธิ์, 2540 อ่างในนิพนธ์ อโณทัย เหล่าเที่ยง, 2550) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (Fernando Go'ngora-Rivera et al.,2009) ประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(Fernando Go'ngora-Rivera et al.,2009)และ ระดับการศึกษา (Kamalesh Das et al., 2005; Fernando Go'ngora-Rivera et al.,2009)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาในครั้งนี้ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการพิจารณาการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงถึงความรุนแรงหรือผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมในตารางที่ 7 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) เห็นด้วยว่า เมื่อมีอาการนำของโรคหลอดเลือดสมองควรรีบไปพบแพทย์ทันที หากปล่อยทิ้งไว้ อาจเป็นอันตรายถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้และข้อความที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยรองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หากต้องนอนติดต่อกันเป็นเวลานานมีโอกาสดเกิดแผลกดทับและข้อติดแข็ง (ร้อยละ 98.46) การเจ็บป่วยด้วยโรค

หลอดเลือดสมองเกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งด้านเศรษฐกิจ ร่างกาย และจิตใจ (98.46) โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว(97.95) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดภาวะซึมเศร้าและอาเจียนรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้(92.82) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น เนื้อสมองตายและความดันในกะโหลกศีรษะสูง(89.74) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจร่วมด้วย ต้องรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต(78.98)ตามลำดับ

นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ทดลองประเมินกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยข้อความเชิงลบ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาได้ง่ายโดยการรับประทานยา เมื่ออาการดีขึ้นควรหยุดยาทันที พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 81.54 ที่เห็นด้วยว่าโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และร้อยละ 20.51 เห็นด้วยว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาได้ง่ายโดยการรับประทานยา เมื่ออาการดีขึ้นควรหยุดยาทันทีซึ่งการประเมินด้วยข้อความเชิงลบนี้จะไม่ถูกนำไปคิดเป็นคะแนนของการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาของ ลอรี และคณะ (Lori H. et al., 2003) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 32 ที่ไม่ทราบว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้รับยาละลายลิ่มเลือด อาร์ทีพีเอ (rtPA) ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40 เข้าใจว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ไม่มีวิธีการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67 - 100 ไม่ทราบเกี่ยวกับการรักษาเฉพาะในโรคหลอดเลือดสมอง หรือการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด อาร์ทีพีเอ (rtPA) (Morgenstern LB et al., 2001; Sug Yoon S et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 81.5 เห็นด้วยว่า โรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทั้งที่ในปัจจุบันมีการประชาสัมพันธ์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rtPA) ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ซึ่งผลการรักษาด้วยยาดังกล่าวให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้ยาเร็วจะให้ผลในการรักษาดีกว่าให้ช้าซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย หรืออาจฟื้นฟูกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้เช่นเดิม(ณัฐ พสุธารชาติ และคณะ, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 20.51 ที่เห็นด้วยว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาได้ง่ายโดยการรับประทานยา เมื่ออาการดีขึ้นควรหยุดยาทันที ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะการรับรู้ในด้านการรักษาซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะในโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง

โรคหลอดเลือดสมองเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา หรือการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิอย่างถูกต้องและครบถ้วนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นหากต้องเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และเกิดการพัฒนาการรับรู้สู่การปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.79) มีความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจอธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคประจำตัวซึ่งเป็น โรคเรื้อรัง (ตารางที่ 2) จึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองตาม โรคประจำตัวที่เป็นอยู่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่าง โรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรง และผลกระทบที่สำคัญจากโรคดังกล่าว(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดอยสะเก็ด, 2554; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน, 2553) ประกอบกับการที่มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.28 มีประวัติญาติสายตรงหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 2) และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 9.52 เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาจากบุคคลที่รู้จัก หรือเพื่อนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 4) ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักในความรุนแรงของโรคดังกล่าวมากขึ้น และส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงดังเช่นการศึกษาของ คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีการแสวงหาความรู้ และทักษะจาก บุคคลรอบข้าง และมีการรับข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน จากนั้นจึงนำมาปรับใช้กับตนเอง

ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ถึงผลกระทบและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเพียงใด แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยังคงมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (59.59 ± 11.32) (ตารางที่ 1) ทำให้ยังมีลักษณะทั่วไปของความชราไม่มาก จึงมีความแข็งแรงและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด (จำนวน 10 คน) เห็นตรงกันว่า หากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีทางรักษาได้ จะต้องเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตไปตลอดชีวิต หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะให้ความเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองร้ายแรงเพียงใด แต่พวกเขาก็ยังคงมองว่าเป็นโรคที่ค่อนข้างไกลตัวและให้ความสนใจกับโรคดังกล่าวค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกคนทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัว

อะไรบ้าง และทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยง แต่ก็ละเลยที่จะปฏิบัติ (ภาคผนวก ก) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองก็ต่อเมื่อโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการ หรือความเจ็บป่วย เกิดผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาในครั้งนี้ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงใน 2 ส่วน ส่วนแรก คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนที่สอง คือ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน (ตารางที่ 8)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) เห็นด้วยว่าพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำจิตใจให้แจ่มใส ผ่อนคลายความเครียด นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอและ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ส่วนพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างระบุรองลงมา คือ การลด/หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (ร้อยละ 99.49) การลด/หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและอาหารหมักดอง (ร้อยละ 96.41) การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 93.85) การรับประทานผักผลไม้อย่างน้อย 5 ทัพพีต่อวัน สอดคล้องกับการรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา (ร้อยละ 92.82) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือดื่มไม่เกิน 2 แก้ว/วัน ในผู้ชาย หรือ 1 แก้ว/วัน ในผู้หญิงและผู้มีน้ำหนักน้อย (ร้อยละ 91.28) และ การลด/หลีกเลี่ยงอาหาร เครื่องดื่ม และ ผลไม้ที่มีรสหวาน (ร้อยละ 90.77)ตามลำดับ

แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ จากผลงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด (Sug Yoon S et al., 2001; Schneider et al., 2003) แต่การศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 14.36 ที่ไม่เห็นด้วยและไม่แน่ใจว่า การงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เป็นพฤติกรรมที่มีประโยชน์ในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หัสยาพร

มะโน (2552) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าการงดสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.36) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ตาราง 3) เมื่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ใช่พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ ดังนั้นพวกเขาจึงไม่ได้ให้ความใส่ใจหรือตระหนักถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่เท่าที่ควร ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพนั้น อย่างน้อยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วยประกอบกับการที่พบว่า ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 7.18) ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้อาจไม่ทราบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และถ้าหากเป็นเช่นนั้นจริง การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนถึงการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรกระทำอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีข้อมูลสนับสนุนว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเริ่มลดลงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบ หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 4 - 5 ปี เนื่องจากความเสี่ยงที่ลดลงไม่เกี่ยวข้องกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (กึ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.36เช่นกัน ที่ไม่เห็นด้วยและไม่แน่ใจว่า การงดใช้ยาเสพติดทุกชนิด เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้ในปัจจุบันผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะยังไม่ค่อยสอดคล้องกันมากนัก แต่ก็มียางวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่า การใช้ยาเสพติดทำให้ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งจากโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) เพิ่มขึ้น 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เสพที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นใกล้เคียงกัน (KaKu DA et al., 1990; Petitti DB et al., 1998) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในเรื่องนี้ จึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญเช่นกัน

สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน พบว่าอาการเตือนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.41 - 99.49) เห็นว่าควรแจ้งโทรศัพท์หมายเลข 1669 หรือรีบไปโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนคือ อาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด การสับสน พูดไม่ชัด/พูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด การเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด การสูญเสียการทำงาน

ประสานสัมพันธ์ของแขนและขาอย่างทันทีทันใด และการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งให้ผลที่สอดคล้องกันในหลายการศึกษา (Lori H. et al., 2003; Sug Yoon S et al., 2001; Morgenstern LB et al., 2001) แต่ที่น่าสนใจคือ อาการเดือนสองอันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยและไม่แน่ใจว่า ควรแจ้งโทรศัพท์หมายเลข 1669 หรือรีบไปโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนคือ การมองไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างอย่างทันทีทันใด และการกลืนน้ำลายไม่ได้ หรือกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หัสยาพร มะโน (2552) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าควร โทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีการกลืนน้ำลายไม่ได้ หรือกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 73.45) และมีการมองไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด (ร้อยละ 59.73)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างไม่ถึงครึ่งที่มีการรับรู้การจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน เช่น การศึกษาของ ลอรี และคณะ (Lori H. et al., 2003) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 42 เท่านั้นที่จะใช้บริการฉุกเฉิน โทรศัพท์ (9-1-1 Dial) เมื่อพวกเขามีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 16 เมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองจะรอดูอาการก่อนและจากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูง กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้การจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินไม่แตกต่างกันการศึกษาของ ซุก ยูน และคณะ (Sug Yoon S et al., 2001) พบว่า ร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จะใช้บริการฉุกเฉิน โทรศัพท์ (9-1-1 Dial) เมื่อเกิดอาการ โรคหลอดเลือดสมองแต่เมื่อทดลองให้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเพียงร้อยละ 3 – 42 เท่านั้นที่จะใช้บริการฉุกเฉิน โทรศัพท์ (9-1-1 Dial) การศึกษาของ ลาร์รี่ และคณะ (Larry B. Goldstein et al., 2009) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 45 เท่านั้น ที่ทราบว่าพวกเขาจะใช้บริการฉุกเฉิน โทรศัพท์ (9-1-1 Dial), เรียกรถพยาบาล, หรือไปที่โรงพยาบาลหากพวกเขาหรือสมาชิกในครอบครัวมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 17 ที่ไม่ทราบวิธีในการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพียงคนเดียวเท่านั้น (จากทั้งหมด 10 คน) ที่สามารถอธิบายได้ว่าอาการอ่อนแรงแขนขา ปากเบี้ยว หมดสติ สับสน พุดไม่รู้เรื่อง เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดให้ความเห็นที่ตรงกันว่าหากมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองจะรีบไปโรงพยาบาลทันที แต่เมื่อลองสมมติอาการขึ้นมา ทั้งที่เป็นอาการเตือนและไม่ใช่อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการจัดการ กลับพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดไม่สามารถแยกได้ว่าอาการไหนที่เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งที่ก่อนหน้านี้มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหนึ่งคนที่

สามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้ และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดให้ความเห็นที่ตรงกันว่าเมื่อเกิดอาการเหล่านั้นขึ้นพวกเขาจะรอดูอาการก่อนหากไม่ดีขึ้นจะรีบไปโรงพยาบาลทันที ซึ่งการเดินทางไปโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินนั้นทางองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบริการรถรับส่งเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนแต่เนื่องจากกรณีที่ให้บริการนั้นมีจำนวนจำกัดจึงทำให้ในบางครั้งพวกเขาต้องไปขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน หรือรอจนกว่ารถจะว่างให้บริการได้

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเหตุผลที่สำคัญอันหนึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่เป็นอาการเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการให้ข้อมูลผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้าหากผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยก็จะสามารถจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงทีตลอดจนประชาสัมพันธ์เน้นย้ำเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services[EMS]) หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ซึ่งเป็นศูนย์บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) รวมถึงการส่งเสริมการรับรู้ในเรื่องการจัดทำเส้นทางรถนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ (Stroke Fast Tract) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolysis) ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการรักษาจะให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้ยาเร็วจะให้ผลในการรักษาดีกว่าให้ช้าซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อยหรืออาจฟื้นฟูกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้เช่นเดิม (ณัฐ พสุธารชาติ และคณะ, 2552)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.41) มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงอาจอธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคประจำตัวที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยหนึ่งโรค (ตารางที่ 2) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับความรู้ คำแนะนำ รวมถึงการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง จากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552; สำนักงานสาธารณสุขอำเภออวยสะเกิด, 2554; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่าบ้าน, 2553) ซึ่งจากการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.92) ระบุว่าเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแหล่งความรู้ที่

ได้รับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.21) มาจาก เอกสาร / แผ่นพับ / คู่มือของทางโรงพยาบาล หรือ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ รองลงมาคือ สื่อวิทยุหรือโทรทัศน์ (ร้อยละ 26.74) เพื่อนหรือ บุคคลที่รู้จัก (ร้อยละ 9.52) สื่อสิ่งพิมพ์หรือป้ายโฆษณา ประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 8.43) และ อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 1.10) ตามลำดับ (ตาราง 4) ซึ่งสื่อเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิด การรับรู้ และกระตุ้นให้เห็นถึงคุณประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ จนเกิดการพัฒนาทักษะในการ ควบคุมและป้องกันโรคขั้นในที่สุด ดังเช่น การศึกษาของ สุพร หุตการ (2549) ที่พบว่า การได้รับ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑ์สถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ และ การศึกษาของ คารณิ จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) พบว่า ผู้ป่วย โรคเรื้อรังจะมีการแสวงหาความรู้และทักษะจากบุคคลรอบข้าง โดยการรับข้อมูลและแลกเปลี่ยน ข้อมูลซึ่งกันและกัน แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาปรับใช้กับตนเอง สิ่งเหล่านี้นับเป็นสิ่งชักนำให้เกิด แรงจูงใจด้านสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นสามารถส่งผลดีมาสู่ตน ซึ่ง สนับสนุนข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอคอย สะเก็ด นอกจากจะทำการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว พวกเขายังมีการประยุกต์เอาภูมิ ปัญญาเกี่ยวกับสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในการรักษาโรค คือ การนำเอาระคมทองที่ตากแห้งแล้วมา ต้มทำเป็นยา เพื่อใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน พวกเขายืนยันว่าสมุนไพรดังกล่าวสามารถรักษา โรคเบาหวานได้และไม่มีผลเสียต่อสุขภาพซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยจะ เกิดพฤติกรรมเช่นนี้ได้ ผู้ป่วยจะต้องรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคที่เป็นอยู่ ซึ่งการ รับรู้นี้จะผลักดันให้เกิดการหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามของโรค โดยการหาทางออกหรือวิธีที่ดีที่สุดโดย การเปรียบเทียบประโยชน์หรือคุณค่าที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย และพฤติกรรมนั้นสามารถ ลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้ (ภาคผนวก ก)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาในครั้งนี้ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงจากข้อความในตารางที่ 9 จากการ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คือ ช่องทางในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีน้อย และการค้นคว้าหาข้อมูลเองเป็นเรื่องที่ลำบาก (ร้อยละ 81.03) ไม่สามารถจดจำข้อมูลและ รายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (ร้อยละ 73.85) และไม่มีเวลา

ว่างสำหรับการออกกำลังกาย (ร้อยละ 66.15) การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอาจทำให้พบว่าตนเองเป็นโรค ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลตามมา (ร้อยละ 56.41) โรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องที่ไกลตัว จึงให้ความสนใจกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคดังกล่าวน้อย (ร้อยละ 50.77) และการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก ต้องใช้ระยะเวลาานาน (ร้อยละ 50.26) ตามลำดับแต่สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าเป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คือ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 81.03) การเดินทางเพื่อไปรับบริการสุขภาพ หรือไปพบแพทย์ตามนัด เป็นเรื่องที่ลำบาก (ร้อยละ 70.77) การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเฉพาะใกล้วันนัดพบแพทย์ ก็สามารถทำให้ผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยไม่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 70.77) และการถูกดำเนินจากทีมผู้ให้การรักษา มีส่วนทำให้ท่านท้อแท้และไม่อยากปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 62.05)

การที่มีกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50.77) ที่มีความเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องที่ไกลตัว จึงให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าวน้อย (ตารางที่ 9) ซึ่งมีหลายการศึกษาให้ผลที่ตรงกันว่า สาเหตุที่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงเลย เนื่องจากพวกเขาไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งๆ ที่ข้อมูลทางการแพทย์ยืนยันว่าพวกเขามีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งอย่างที่จะทำให้เกิดโรค (Lori H. et al., 2003; Kothari R et al., 1997; Goldstein L and Gradison M., 1999) ดังนั้นพวกเขาจึงขาดความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว แต่ปัญหาเหล่านี้อาจแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมการรับรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว และที่สำคัญควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและเหมาะสม (DeBusk RF. MULTIFIT, 1996; Allison TG et al., 1999; Gordon N and Haskell W., 1997) แต่สิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรคำนึงถึงคือ ข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (59.59 ± 11.32) (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้นจึงมักพบความผิดปกติหรืออ่อนสมรรถภาพของอวัยวะสัมผัส (Sense Organ) ซึ่งเป็นตัวชี้ขาดที่สำคัญในกระบวนการรับรู้ของผู้สูงอายุ (รัจรี นพเกตุ, 2540) และการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.10) (ตารางที่ 1) จึงทำให้มีผลต่อการรับรู้ และการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลและการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ โดย โรเซนสโตค (Rosenstoke, 1974)

ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำว่า บุคคลเหล่านี้จะมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพหรือการป้องกันโรคต่ำกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงทั้งนี้การให้สุขศึกษาในลักษณะของการสื่อสารทางเดียวที่มักใช้กันอยู่ในปัจจุบัน จึงอาจไม่เหมาะสมมากนักสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นสุขศึกษาที่สมควรเป็นรูปแบบการสื่อสารสองทาง โดยมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้และผู้รับ และควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นกระบวนการรับรู้ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ที่สามารถจดจำได้ง่ายเช่น การให้สมุดคู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การให้สุขศึกษา การประชาสัมพันธ์ด้วยโปสเตอร์ หรือแผ่นพับเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้มากขึ้น เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระบุว่าอุปสรรคที่สำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คือ ช่องทางการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีน้อย และการค้นคว้าหาข้อมูลเองเป็นเรื่องที่ลำบาก (ร้อยละ 81.03) และไม่สามารถจดจำข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (ร้อยละ 73.85) (ตารางที่ 9)

สิ่งที่สะท้อนให้เห็นอีกประการหนึ่งจากการศึกษา และเป็นสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรตระหนัก คือ มีผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 37.95) ที่ระบุว่า การถูกดำเนินจากทีมผู้ให้การรักษามีส่วนทำให้เกิดการท้อแท้ และไม่อยากปฏิบัติพฤติกรรม (ตารางที่ 9) จากประสบการณ์ในการทำงานทำให้พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แต่ด้วยความกลัวการถูกดำเนินจากทีมผู้ให้การรักษา จึงหาวิธีหลีกเลี่ยงด้วยการแสร้งบอกแต่ในสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องการหรือเปิดเผยแต่ในด้านดีเท่านั้น ซึ่งอาจไม่ตรงกับความเป็นจริงที่กระทำอยู่ และการที่มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 29.23 ระบุว่า การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเฉพาะใกล้วันนัดพบแพทย์ก็สามารถทำให้ผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยไม่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 9) ปัญหาดังกล่าวมักพบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้งจะต้องมีการประเมินระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ดังนั้นเมื่อใกล้ถึงวันนัดผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติตัวตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เนื่องจากกลัวว่าผลการตรวจร่างกายจะผิดปกติ ทั้งที่ก่อนหน้านี้ไม่เคยปฏิบัติเลย (ภาคผนวก ก) สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของผลการตรวจและอาจกระทบต่อแนวทางการรักษาของแพทย์ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างอีกกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.41) ที่ระบุว่า การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอาจทำให้พบว่าตนเองเป็นโรค ส่งผลให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลตามมา (ตารางที่ 9) ข้อความนี้นอกจากจะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงอุปสรรคที่สำคัญที่มีผลต่อการไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพของผู้ป่วยอีกด้วย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.41) มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งอาจอธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.10) และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 55.90) (ตารางที่ 1) ทำให้ต้องทำงานหาเช้ากินค่ำเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว คนกลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือมักจะละเลยการดูแลสุขภาพ (ภาคผนวก ก) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 66.15 ที่ระบุว่า ไม่มีเวลาว่างสำหรับการออกกำลังกาย และ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 18.97ระบุว่า การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ตารางที่ 9)

2. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาในครั้งนี้ประเมินการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงจากอาการในตารางที่ 11 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภออวยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน พบว่าอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างระบุถึงมากที่สุด คือ การสูญเสียการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 98.46) รองลงมาคือ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 96.41) การเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 95.90) การสับสน พุดไม่ชัด/พุดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 95.38) อาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 93.85) และการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 93.85) ตามลำดับซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่า อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างระบุถึงมากที่สุด คือ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด (หัสยาพร มะโน, 2552; Al shafae at el., 2006; Becker K. et al., 2001; Wahab et al., 2008; Pancioli AM. et al., 1998; Sug Yoon S. et al., 2001; Rowe A. et al., 2001; Fernando Go'ngora-Rivera et al., 2009; Kothari et al., 1997; Lori H. et al., 2003) สำหรับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้ในสัดส่วนที่ต่ำ คือ การมองไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 74.36) และการกลืนน้ำลายไม่ได้ หรือกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 64.10) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าอาการเตือนทั้งสองเป็นอาการเตือนที่มีการรับรู้ในสัดส่วนที่ต่ำ (หัสยาพร มะโน, 2552; Al shafae at el., 2006; Lori H. et al., 2003)

นอกจากนี้เมื่อผู้ศึกษาได้ทดลองประเมินกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยข้อความเชิงลบได้แก่ การเจ็บหน้าอกหรือใจสั่นอย่างทันทีทันใด และการ

สูญเสียความทรงจำอย่างทันทีทันใด พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.8 และร้อยละ 73.3 ที่เห็นด้วยว่า การเจ็บหน้าอกหรือใจสั่นอย่างทันทีทันใด และ การสูญเสียความทรงจำอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนที่เป็นอาการเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองแต่ยังไม่ครอบคลุมทั้ง 6 อาการ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้จัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services[EMS]) หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ขึ้นมา เพื่อให้บริการแก่บุคคลในกรณีมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเนื่องจากผู้ป่วยกรณีดังกล่าวถือเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมิน จัดการและบำบัดรักษาอย่างทันที (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเส้นทางรถนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ (Stroke Fast Tract) โดยความช่วยเหลือของทีมการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีการบริหารจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและเหมาะสม เพื่อพิจารณาการให้ยาละลายลิ่มเลือดในรายที่มีข้อบ่งชี้ (ฉัฐ พสุธารชาติ, 2552) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolysis) ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการการรักษาจะให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้ยาเร็วจะให้ผลในการรักษาดีกว่าให้ช้าซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย หรืออาจฟื้นฟูกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้เช่นเดิม (ฉัฐ พสุธารชาติ และคณะ, 2552) แต่ผลการดำเนินการดังกล่าวอาจไร้ค่าหรือไม่มีประโยชน์เลย หากผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงไม่ตระหนักหรือไม่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่คืออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการให้สุศึกษาผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และการจัดโปรแกรมสุศึกษาเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้าหากผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะสามารถจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไปที่ไม่มีความเสี่ยง (Lori H. et al., 2003; Kamalesh Das et al., 2005) โดยมีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.7 – 61 ระบุอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างน้อย 1 อาการ (Becker

K. et al., 2001; Pancioli AM. et al., 1998; Sung Yoon S. et al.,2001; Rowe A. et al., 2001; Fernando Go'ngora-Rivera et al.,2009; Larry B. Goldstein et al., 2009) และมีเพียงร้อยละ 2.1 –9 เท่านั้นที่สามารถระบุอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างน้อย 3 อาการ(Pancioli AM. et al., 1998; Sung Yoon S. et al.,2001; Fernando Go'ngora-Rivera et al.,2009) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับสูง คือ เพศหญิง (Becker K. et al., 2001; Pancioli AM. et al., 1998)ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง(Pancioli AM. et al., 1998) โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Pancioli AM. et al., 1998)และ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด(Lori H. et al., 2003) ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้มีการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าสองในสาม (ร้อยละ 70.26) เป็นเพศหญิง (ตารางที่ 1) ซึ่งในสังคมและวัฒนธรรมไทยเพศหญิงมักมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ดังนั้นเพศหญิงจึงมักให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย (จันทร์หา บริสุทธิ์, 2540 อ่างในนิพนธ์ อโณทัย เหล่าเที่ยง, 2550) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.24) มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว (ตารางที่2)ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญที่ต้องได้รับการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านโรคที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; ณัฐ พสุธารชาติ และคณะ, 2553; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2551)นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีประวัติโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง (ตารางที่ 2) ทำให้ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงได้รับการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่และโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอยู่เสมอ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่างาม, 2553)

3. พฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาในครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง จากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจากตารางที่ 14ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.82) มีอายุอยู่ในช่วง 55 - 64 ปี (59.9 ± 11.32) (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็น

วัยที่มีความมั่นคงในชีวิต มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพร่างกาย (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 70.26 (ตารางที่ 1) ซึ่งในสังคมและวัฒนธรรมไทยเพศหญิงมักมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย (จันทร์ธา บริสุทธิ์, 2540 อ่างในนิพนธ์ อโณทัย เหล่าเที่ยง, 2550) และการที่กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 2) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับข้อมูลสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ตำบลสง่างาม, 2553) ประกอบกับในปัจจุบันมีสื่อสุขภาพมากมายที่คอยเอื้ออำนวยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และเล็งเห็นคุณประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ จนผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะการควบคุมและป้องกันโรคอย่างถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของ ลอรี และคณะ (Lori H. et al., 2003) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพทางการแพทย์ และผู้ที่เข้ารับการรักษาหรือมาตรวจตามนัดมากกว่า 6 ครั้งต่อปี

เหตุผลข้างต้นอาจแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับที่สูง แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ในการป้องกันโรค แต่ด้วยวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ภายใต้กระแสสังคมที่พวกเขาไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ พวกเขาจึงจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์ เช่น “ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มและผงชูรส” ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมองว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากเนื่องจากในปัจจุบันคนส่วนใหญ่นิยมซื้ออาหารจากร้านค้ารับประทานกันมากขึ้น โดยอ้างว่าไม่มีเวลาในการประกอบอาหารเนื่องจากทำงานหนัก และบางรายยอมรับว่าอาหารที่ซื้อจากร้านค้ามีรสชาติอร่อยกว่าอาหารที่ปรุงเอง ถึงแม้จะทราบดีว่าอาหารเหล่านั้นมีผลเสียต่อร่างกายแต่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก็เลือกที่จะรับประทานอาหารจากร้านค้ามากกว่า, “การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์จะทำให้ร่างกายแข็งแรงและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่รพสต. เคยณรงค์ให้มีการออกกำลังกายทุกเย็น แต่ด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัวและอาชีพการงานทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้นจึงมองว่าการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ทำได้ยากเช่นกัน และ “ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน” ในผู้ป่วยโรคเบาหวานแพทย์มักแนะนำให้รับประทานข้าวสวยแทนข้าวเหนียว เนื่องจากในปริมาณที่เท่ากัน

ข้าวสวดยจะมีน้ำตาลน้อยกว่าข้าวเหนียว แต่ด้วยลักษณะวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมหรืออาจเรียกได้ว่าเป็นวัฒนธรรมของชาวเหนือที่รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักดังนั้นการจะเปลี่ยนวิถีชีวิตเหล่านี้จึงเป็นเรื่องค่อนข้างยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังรู้สึกว่ารับประทานข้าวสวดยทำให้หิวบ่อยซึ่งส่งผลให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้นกว่าเดิมเป็นต้น (ภาคผนวก ก) ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มสอดคล้องกับผลจากการใช้แบบสัมภาษณ์ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.10) (ตารางที่ 1) ทำให้ต้องทำงานหาเช้ากินค่ำเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว หากไม่ทำงานก็จะขาดรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 55.90) (ตารางที่ 1) โดย เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวว่าบุคคลใด ๆ ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value} = 0.198$) หากพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.171$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.017$) การรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value}=0.817$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.217$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.002$) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value}=0.235$) ส่วนการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.250$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ถึงแม้ผลการศึกษาจะพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง แต่การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หากกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้

ประโยชน์ และ/หรือการรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงแนวโน้มของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองก็จะอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker) ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและผลกระทบต่อชีวิต สถานภาพทางสังคม ย่อมส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม และการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคว่าสามารถป้องกันและควบคุมโรคที่จะเกิดขึ้น ได้ย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Janz & Becker, 1984; Becker, 1975 อ้างในเบญจมา สุขศรีเพ็ง, 2550) ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง กระตุ้นและส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ทั้งที่กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนิน โครงการและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องแต่อัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคดังกล่าวกลับไม่ลดจำนวนลง รวมถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ยังไม่ถูกพัฒนาสู่ระดับที่สูงขึ้นซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของกระบวนการรับรู้ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะนำผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม

กระบวนการรับรู้ (Perception) จะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้า (Stimulus) เช่น สถานการณ์ เหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา มาเร้าประสาทสัมผัส (ซึ่งได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง) จากนั้นจึงมีการแปลการสัมผัส แต่การแปลดังกล่าวบุคคลจะต้องมีเจตนาหรือความต้องการที่จะแปลสัมผัสนั้นด้วย จากนั้นสมองก็จะแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจ (Perception) โดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม พื้นเพทางวัฒนธรรม แรงจูงใจและสติปัญญา เป็นต้นสุดท้ายจึงเกิดการตอบสนองหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง (Response หรือ Reaction) (รัชนี นพเกตุ, 2540) ฉะนั้นถึงแม้คนสองคนจะได้รับความรู้ในเรื่องเดียวกัน ด้วยสื่อแบบเดียวกัน ณ เวลาเดียวกัน แต่การรับรู้ของคนสองคนอาจแตกต่างกัน เช่นเดียวกับเมื่อบุคลากรทางด้านสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผลที่ได้รับหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอาจแตกต่างกัน เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้ที่ต่างกัน ซึ่งความต่างระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุนั้นจะมีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ในด้านต่างๆ มากมาย เช่น ประสบการณ์ที่เกิดจากการศึกษา การประกอบอาชีพ และการมีบทบาทหน้าที่ต่างๆ ในสังคม (โสภา วรรณสุด, 2541)

จะเห็นว่าความต่างของการรับรู้ของบุคคลเกิดได้จากหลายปัจจัย แต่หากเราพิจารณาและยอมรับในความต่างเหล่านั้น ความล้มเหลวของการรับรู้ก็จะไม่เกิดขึ้น เพียงแค่เราคำนึงถึงผู้ป่วยให้มากกว่าเดิม คำนึงถึงผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ คำนึงถึงขีดจำกัดและข้อจำกัดในการรับรู้ของ

ผู้ป่วย มากกว่าที่จะคำนึงถึงแค่บทบาทการสอนหรือการให้ความรู้ตามหน้าที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรเท่านั้น

จากผลการศึกษานี้ อาจวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความล้มเหลว หรือความผิดพลาดในการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสรีระวิทยา เนื่องจากในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (59.59 ± 11.32) (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ดังนั้นจึงมักพบความผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพของอวัยวะสัมผัส (Sense Organ) ซึ่งเป็นตัวชั่งชั่งที่สำคัญในกระบวนการรับรู้ของผู้สูงอายุ เช่น การที่เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความคิดเชื่องช้า ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลง ต้องอาศัยเวลานานขึ้นในการเรียนรู้และต้องเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาสายตายาว มองเห็นภาพไม่ชัด และมีการได้ยินลดลงเนื่องจากมีอาการหูตึงมากขึ้น (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ, 2533) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในการผลิตสื่อประชาสัมพันธ์หรือสื่อสุขภาพ ผู้ผลิตสื่อหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพควรคำนึงถึงข้อจำกัดทางสรีระวิทยาของผู้ป่วยเป็นสำคัญและมุ่งผลิตสื่อที่สามารถตอบสนองต่อการมองเห็น การได้ยิน และการรับรู้ที่เหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยด้านสิ่งเร้า ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.2) ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจาก เอกสาร / แผ่นพับ / คู่มือ หรือ คำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (ตารางที่ 4) ซึ่งเอกสารสื่อดังกล่าวอาจไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยทางด้านการมองเห็น หรือ การที่สื่อประชาสัมพันธ์มีการพิมพ์ภาพหรือข้อความที่คลุมเครือ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยเบี่ยงเบนผิดพลาดไปจากความเป็นจริง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นกระบวนการของการผลิตสื่อสุขภาพจึงเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่ผู้ผลิตหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญ

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล จากผลการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากความรู้สึกนึกคิดของตัวผู้ป่วยเองที่ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.9) ระบุว่า การถูกดำเนินจากทีมผู้ให้การรักษามีส่วนทำให้ท่านท้อแท้ และไม่อยากปฏิบัติพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ (56.4) ระบุว่า การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอาจทำให้พบว่าตนเองเป็นโรค ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลตามมา เป็นต้น (ตารางที่ 9) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความ

สนใจหรือเจตนาในการรับรู้ทั้งสิ้น เนื่องจากกระบวนการรับรู้นั้นเป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกสรรเป็นอย่างยิ่ง (High Selection) เริ่มตั้งแต่การรับสัมผัสและเลือกเอาเฉพาะสิ่งที่ต้องการ แล้วถึงจะแปลความให้เข้ากับตนเอง ดังนั้นบุคคลจึงเลือกที่จะรับรู้ในสิ่งที่ตนเองสนใจหรือมีเจตนาที่ต้องการจะรับรู้เท่านั้น (รัจรี นพเกตุ, 2540) ดังนั้นในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้งควรคำนึงถึงความรู้สึกรหรือปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยด้วยว่า ณ เวลานั้นผู้ป่วยต้องการรับรู้ข้อมูลหรือมีความต้องการข้อมูลสุขภาพมากแค่ไหน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเป็นอุณหภูมิ บรรยากาศ หรือสถานที่ ย่อมส่งผลต่อการตีความข้อมูลหรือการรับรู้ข้อมูลที่ต่างกัน ด้วย(รัจรี นพเกตุ, 2540)

หากบุคลากรทางด้านสุขภาพตระหนัก และยอมรับถึงความต่างในการรับรู้ของผู้ป่วย และเล็งเห็นถึงข้อจำกัดของกระบวนการรับรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน การบูรณาการรูปแบบการสอนสุขศึกษา และการพัฒนาสื่อสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรเร่งปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการ โรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภออวยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาที่ได้ อาจจะมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทีมดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยอาจเป็นการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลรายกลุ่ม และ/หรือ การจัดกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้

1.1 การให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ

เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดความตระหนัก และรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากน้อยเพียงใด

1.2 การให้สุศึกษาหรือการจัดกิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ โดยเน้นย้ำในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะการงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การงดใช้ยาเสพติด และการงด/จำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้ว/วันในผู้ชาย หรือ 1 แก้ว/วัน ในผู้หญิงหรือผู้มีน้ำหนักน้อย เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุม ป้องกัน และปรับเปลี่ยนได้ง่ายกว่าปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น

1.3 การให้สุศึกษาหรือการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 อาการ ได้แก่ 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาอย่างทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใดและ 6) อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด ซึ่งอาการเตือนดังกล่าวเป็นสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้าหากผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยก็จะสามารถจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

1.4 การให้สุศึกษาหรือการจัดกิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน โดยเน้นย้ำเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services[EMS]) หมายเลขโทรศัพท์ 1669หรือรีบไปโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ (Stroke Fast Tract) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolysis) ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกหลักเกิดอาการการรักษาจะให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้ยาเร็วจะให้ผลในการรักษาดีกว่าให้ช้าซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย หรืออาจฟื้นฟูกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้เช่นเดิม

1.5 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน การจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและประชาชนทั่วไป ผ่านสื่อ

ประชาสัมพันธ์ต่างๆ ที่สามารถจดจำได้ง่ายเช่น การให้สมุดคู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การให้สูขศึกษา การประชาสัมพันธ์ด้วยโปสเตอร์ หรือแผ่นพับเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น

แต่ทั้งนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพควรตระหนัก และคำนึงถึงความต่างในการรับรู้ของผู้ป่วย และเล็งเห็นถึงข้อจำกัดของกระบวนการรับรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน การบูรณาการรูปแบบการสอนสูขศึกษา และการพัฒนาสื่อสูขศึกษาที่เอื้ออำนวยต่อการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรเร่งปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ในการป้องกันโรค แต่ด้วยวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ภายใต้กระแสสังคมที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างที่สวนทางกับคำแนะนำของแพทย์ดังนั้นการบูรณาการรูปแบบการให้สูขศึกษา รูปแบบการจัดกิจกรรม ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

3. สิ่งที่สะท้อนให้เห็นอีกประการหนึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ คือการที่ผู้ป่วยระบุว่า การถูกตำหนิจากทีมผู้ให้การรักษามีส่วนทำให้เกิดการท้อแท้ และไม่ยอมปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แต่ด้วยความกลัวการถูกตำหนิจากทีมผู้ให้การรักษา จึงหาวิธีหลีกเลี่ยงด้วยการแสร้งบอกแต่ในสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องการหรือเปิดเผยแต่ในด้านดีเท่านั้น ซึ่งอาจไม่ตรงกับความเป็นจริงที่กระทำอยู่ และการที่มีกลุ่มตัวอย่างระบุว่า การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเฉพาะใกล้วันนัดพบแพทย์ ก็สามารถทำให้ผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยไม่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของผลการตรวจ และอาจกระทบต่อแนวทางการรักษาของแพทย์ได้ ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พึงกระทำเป็นอันดับแรก โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรเปิดใจยอมรับฟังปัญหาหรือเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อร่วมกันหาทางแก้ปัญหาต่อไป

4. การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทเป็นกลุ่มที่มีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือมักจะละเลยการดูแลสุขภาพดังนั้นกลุ่มเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้สื่อสุขศึกษาต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อาการเตือน และการจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved