

การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง



นางสาวอุมาพร แซ่กอ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF STROKE AWARENESS IN STROKE RISK PATIENTS



Miss Umaporn Saeko

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

โดย

นางสาวอุมพร แซ่กอ

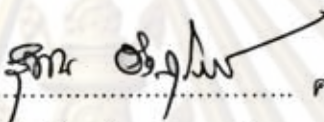
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

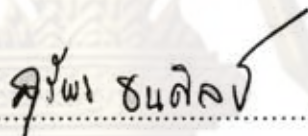
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

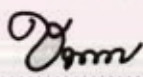
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

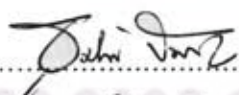
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาด้านหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลจิต)

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


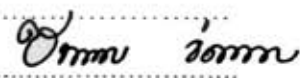
อุมาพร แชกอ : การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย  
กลุ่มเสี่ยง. (A STUDY OF STROKE AWARENESS IN STROKE RISK PATIENTS)  
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 196 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและเปรียบเทียบความตระหนักรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ จำนวน 384 คน จากโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นขั้นตอน เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่มี 3 องค์ประกอบ คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ แบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 .85 .85 และ .86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

#### ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 36.42 (SD = 5.31)
2. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างกันอย่างน้อยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบตาม อายุ ( $F = 8.28, p < .05$ ) ระดับการศึกษา ( $F = 25.71, p < .05$ ) รายได้ ( $F = 22.27, p < .05$ ) และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยง ( $F = 32.07, p < .05$ ) ด้านอาการเตือน ( $F = 29.30, p < .05$ ) และด้านการรักษา ( $F = 23.98, p < .05$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา ...พยาบาลศาสตร์ ..... ลายมือชื่อนิสิต .....   
ปีการศึกษา .....2552..... ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ..... 



## 5177620336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : AWARENESS / STROKE / GROUP RISKS.

UMAPORN SAEKO: A STUDY OF STROKE AWARENESS IN STROKE RISK PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASST.PROF CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D, 196 pp.

This research aimed to 1) study the level of stroke awareness in stroke risk patients, and 2) to compare the stroke awareness among risk patients based on patient's gender, age, marital status, education level and, experience. A multi-stage sampling technique was used to recruit 384 stroke risk patients diagnosed with high blood pressure, diabetes, high cholesterol, and heart disease from four hospitals in Bangkok. The research instruments compose of the demographic questionnaire, stroke awareness questionnaire, and stroke experience questionnaire. The questionnaires were content validated by 5 experts. The Cronbach's alpha coefficients were .88 .85 .85, and .86, respectively. Statistical techniques used in data analysis were frequency percentage, mean, standard deviation, and ANOVA.

Major findings were as follows:

1. The average stroke awareness score of the stroke risk patients was at the moderate level. The average total score was 36.42 (SD = 5.31)
2. There were significant differences between mean of stroke awareness scores related to age ( $F = 8.28, p < .05$ ), education level ( $F = 25.71, p < .05$ ), income ( $F = 22.27, p < .05$ ), experienced of risk factors ( $F = 32.07, p < .05$ ), warning symptoms ( $F = 29.30, p < .05$ ), and treatment ( $F = 23.98, p < .05$ )

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of Study : ...Nursing Science ...Student's Signature .....  
Academic Year : .....2009 .....Advisor's Signature .....

Umaporn Saeko  
Dr.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และกำลังใจ แก่ผู้วิจัยอย่างที่สุด ทำให้ผู้วิจัยกระจ่างชัด ดำเนินงานวิจัยอย่างมีเป้าหมาย และมองเห็นข้อบกพร่องต่างๆ ที่สามารถนำมาปรับแก้เพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์ขึ้น ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้ง และสำนึกในพระคุณของท่านเป็นอย่างดียิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ Dr. Jeyaraj Durai Pandian MD DM FRACP Professor Department of Neurology Head of Research, Betty Cowan Research and Innovation Centre Christian Medical College. Ludhiana, Punjab, India. ผู้ทำวิจัยเรื่อง “Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in northwest India” และเป็นผู้จัดประชุมในหัวข้อ “Stroke awareness update” ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดความตระหนักรู้มากขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ศิษย์ ด้วยความเมตตา ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขเครื่องมือวิจัย อีกทั้งกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่ให้โอกาสทางการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนในการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาคั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รุ่นพี่ เพื่อน รุ่นน้องและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือประสานงานมาโดยตลอด

เหนือสิ่งอื่นใดลูกขอกราบเท้าคุณพ่อ ชัยยง แซ่กอ และคุณแม่ วนิดา แซ่กอ ที่ให้กำเนิดชีวิตลูกและให้สติปัญญาในการดำรงชีวิต แก้ไขปัญหาและทำให้ลูกได้มีวันนี้ ตลอดจนบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ให้กำลังใจ ห่วงใยตลอดมา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ตลอดจนเจ้ากรรมนายเวรทั้งในอดีตชาติ และปัจจุบันชาติ ของข้าพเจ้า

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	14
1.1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.....	14
1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง.....	16
1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง.....	17
1.4 พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง.....	19
1.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....	20
1.6 อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง.....	23
1.7 อาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง.....	23
1.8 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง.....	24
1.9 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง.....	26
1.10 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง.....	34



บทที่ 2		หน้า
(ต่อ)	1.11 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....	38
	2. แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักรู้.....	46
	2.1 ความหมายความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	49
	2.2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง.....	57
	2.2.1 ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	57
	2.2.2 ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวาน.....	59
	2.2.3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยไขมัน ในเลือดสูง.....	60
	2.2.4 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหัวใจ	61
	2.3 การประเมินความตระหนักรู้.....	65
	2.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมอง.....	67
	3. บทบาทพยาบาลในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง...	72
	4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	73
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	77
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	77
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	83
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	86
	การดำเนินการวิจัย.....	89
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	91
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	122
	สรุปผลการวิจัย.....	122
	อภิปรายผลการวิจัย.....	126
	ข้อเสนอแนะ.....	135
	รายการอ้างอิง.....	137
	ภาคผนวก.....	157
	ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	158
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย....	160



ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง .....	170
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	179
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	187
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	196



# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	อัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรอายุ 15-74 ปี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2550 ในภาคต่างๆของประเทศไทย.....	15
2	เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....	26
3	เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของระดับไขมันในเลือด.....	32
4	แสดงระดับไขมันที่พึงมีในเลือดตามระดับความเสี่ยง.....	33
5	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย และกลุ่มเสี่ยง.....	81
6	แสดงข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุง.....	87
7	แสดงข้อคำถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ที่ได้รับการปรับปรุง.....	88
8	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริงจำแนกตามแบบสอบถาม.....	89
9	แสดงผลการวิเคราะห์ คะแนนต่ำสุด – สูงสุด คะแนนเต็มค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง...	93
10	คะแนนต่ำสุด – สูงสุด คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตระหนักรู้แยกตามองค์ประกอบ ด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง.....	93
11	แสดง จำนวน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามองค์ประกอบ ความตระหนักรู้ ด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก.....	94
12	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลางและสูงมาก.....	95
13	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้จำแนกตามปัจจัย ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และ การรักษา).....	96
14	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน.....	97

ตารางที่		หน้า
15	การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของกลุ่มอายุ ด้วย สถิติ Bonferroni.....	98
16	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน.....	98
17	การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของกลุ่มอายุ ด้วย สถิติ Dunnett' T <sub>3</sub> .....	99
18	การทดสอบความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน....	99
19	การทดสอบความแตกต่างความเชื่อระหว่างคู่ของกลุ่มอายุ ด้วยสถิติ Bonferroni	100
20	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม อายุ ที่ต่างกัน.....	100
21	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามปัจจัยด้านเพศที่ต่างกัน.....	101
22	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามเพศ ที่ต่างกัน.....	101
23	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อ จำแนกตาม เพศ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง.....	102
24	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม เพศ ที่ต่างกัน.....	102
25	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามปัจจัยด้านสถานภาพสมรสที่ต่างกัน.....	103
26	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม สถานภาพสมรส ที่ต่างกัน.....	103
27	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง.....	104
28	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำแนกตาม สถานภาพสมรส ที่ต่างกัน.....	104
29	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน.....	105
30	การทดสอบความแตกต่างความตระหนักรู้ระหว่างคู่ของระดับการศึกษาด้วยสถิติ Dunnett' T <sub>3</sub> .....	105
31	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	106



ตารางที่		หน้า
32	การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้ระหว่างคู่ของระดับการศึกษาด้วยสถิติ Dunnett' T <sub>3</sub> .....	107
33	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	107
34	การทดสอบความแตกต่างของความเชื่อระหว่างคู่ของการศึกษาด้วยสถิติ Dunnett' T <sub>3</sub> .....	108
35	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน.....	109
36	การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน.....	109
37	การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของรายได้ ด้วย สถิติ Bonferroni.....	110
38	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน...	110
39	การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของรายได้ ด้วย สถิติ Dunnett' T <sub>3</sub> .....	111
40	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน	112
41	การทดสอบความแตกต่างของความเชื่อระหว่างคู่ของรายได้ ด้วยสถิติ Dunnett' T <sub>3</sub> .....	112
42	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน.....	113
43	การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของรายได้ด้วย สถิติ Bonferroni.....	114
44	การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านปัจจัยเสี่ยงต่างกัน.....	114
45	การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านอาการเตือนต่างกัน.....	115
46	การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์ โรคหลอดเลือดสมองด้านการรักษาต่างกัน.....	115
47	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	116
48	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	116

ตารางที่		หน้า
49	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	117
50	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	117
51	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	118
52	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	118
53	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	119
54	การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน.....	119
55	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ จำแนกตามปัจจัย ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา) ในด้านความรู้ ด้านความเชื่อ และด้านการปฏิบัติ.....	120
56	จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ตอบถูกและผิด เรียงจากข้อที่มีผู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด.....	188
57	จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรียงตามจำนวนร้อยละตามข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด..	190
58	จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรียงตามจำนวนร้อยละตามข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด.....	191
59	จำนวนและร้อยละของช่องทางการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต).....	192
60	การทดสอบความแปรปรวนความตระหนักรู้ของตัวแปร (อายุ).....	193
61	การทดสอบความแปรปรวนความตระหนักรู้ของตัวแปร(ระดับการศึกษา).....	193

ตารางที่		หน้า
62	การทดสอบความแปรปรวนความตระหนักรู้ของตัวแปร (รายได้).....	193
63	การทดสอบความแปรปรวนด้านความรู้ของตัวแปร(อายุ).....	193
64	การทดสอบความแปรปรวนด้านความรู้ของตัวแปร (ระดับการศึกษา).....	194
65	การทดสอบความแปรปรวนด้านความรู้ของตัวแปร (รายได้).....	194
66	การความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน.....	194
67	การทดสอบความแปรปรวนด้านความเชื่อของตัวแปร (ระดับการศึกษา).....	194
68	การทดสอบความแปรปรวนด้านความเชื่อของตัวแปร (รายได้).....	194
69	การทดสอบความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวของตัวแปร (รายได้).....	195



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงผลกระทบที่เกิดจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง.....	37
2	ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนักรู้.....	50
3	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	76



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตในระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก จากสถิติของ World Stroke Organization ในปีค.ศ.2008 (World Stroke Organization, 2008) มีรายงานอุบัติการณ์ การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจากโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคนต่อปี คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2015 ทั่วโลกจะมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปี สำหรับประชากรไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 2.4 แสนคนต่อปี และเสี่ยงที่จะเป็นโรคดังกล่าว ประมาณ 10 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 45,000 คนต่อปี พิการประมาณ 84,000 คนต่อปี เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยรายละเอียดประมาณ 5 แสนบาทต่อปี รวมทั้งสิ้นถึง 75,000 ล้านบาทต่อปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ที่สำคัญมาจากปัจจัยเสี่ยงเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน การสูบบุหรี่ ไขมันคอเลสเตอรอล โรคหัวใจและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นแบบทวีคูณ ซึ่งสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ในประเทศไทยก็มีแนวโน้มสูงขึ้นและต้องควบคุมสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศปี พ.ศ.2549 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยพบว่า เพศชายมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง คอเลสเตอรอลสูง บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ในขณะที่เพศหญิงมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง คอเลสเตอรอลสูง ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (สำนักยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา รายงานถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ประชาชนชาวอเมริกันเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่อย่างหนัก โดยเฉพาะมากกว่า 40 มวน/วัน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5 เท่า ความดันโลหิตสูงมากกว่า 120/80 mmHg และผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปผลจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเอสโตรเจนและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร คาร์โบไฮเดรต และอาหารไขมันสูง เป็นต้น (American Heart and Stroke Association, 2007)

สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และไขมันในเลือดสูง (Aekplakorn et al., 2003) ผลการสำรวจทางระบาดวิทยา ปี 2548 พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่าตัว ในปี 2547 คนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 22.1 หรือ 10.1 ล้านคนของประชากรมีความดันโลหิตสูงและ 7.2 ล้านคน สำหรับในปี 2550 คนไทยอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีความดันโลหิตสูง 2.4 ล้านคน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีโคเลสเตอรอลสูงกว่าคนปกติประมาณ 6 – 7 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และ 25 ตามลำดับ ทำให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 – 4 เท่า ของคนปกติและสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จากการสำรวจสุขภาพคนไทยในปี 2547 พบถึง 3.2 ล้านคน นอกจากนั้นปัจจัยเสี่ยงจากภาวะไขมันในเลือดสูง ในปี 2547 พบว่า (ระดับ Total Cholesterol 240 mg/dl) พฤติกรรมคนไทยล่าสุด ร้อยละ 86 นิยมรับประทานอาหารไขมันสูงทำให้มีไขมันสะสมในเส้นเลือดแดง ในชายร้อยละ 14 หญิงร้อยละ 17 โดยพบมากตั้งแต่วัยกลางคนจนกระทั่งวัยสูงอายุ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบเขตกรุงเทพมหานคร มีความชุกสูงสุด ต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสำหรับโรคหัวใจขาดเลือดในปี 2550 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคร้อยละ 55.2 (สำนักระบาดวิทยา, 2550)

นอกจากนี้สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยได้ชี้ว่ากลุ่มคนไทยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบกลุ่มผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 3 – 17 เท่าตัว โรคเบาหวานเสี่ยง 2 – 4 เท่าตัว และ โรคหัวใจเต้นระริก (Atrial fibrillation) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่ม 2-6 เท่า ได้รับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง พบเพียงร้อยละ 1.96 เท่านั้น ร้อยละ 10 – 20 เป็นการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันทันที ที่เหลือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีอาการของโรค อีก 1 – 2 เดือน (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย, 2550)

พบอุบัติการณ์การเกิดโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ก่อนกลุ่มอื่นๆ จากการศึกษาพบความชุกในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งประเทศสูงสุด ร้อยละ 34 ในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานคร คือ ศูนย์รวมความเจริญ ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่หลากหลาย เช่น อาหารฟาสฟู๊ดส์ อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ ช็อคโกแลต ลูกอมน้ำตาลดมและเครื่องดื่มรสหวาน ที่หาซื้อได้ง่าย สะดวก มีการแข่งขันทางการตลาด มีการลงทุนโฆษณาสูงมาก ซึ่งมีส่วนประกอบหลักด้วยแป้ง น้ำตาล ไขมัน ไขมัน น้ำปลา ผงชูรส ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ



ละ 65 ของสาเหตุโรคเรื้อรังทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (สำนัก  
ระบาดวิทยา, 2550)

จากปัญหาโรควิถีชีวิตดังกล่าวที่เกิดขึ้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการป้องกันโรคหลอดเลือด  
สมองด้วยการรณรงค์ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางสื่อ  
ต่างๆ เช่น ทางวิทยุ โทรทัศน์ท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น หอกระจายเสียง จัดให้มีการเสวนาคุยกับ  
แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อพิชิตโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในด้านโภชนาการ  
(ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ผลไม้) การเพิ่มกิจกรรมทางกาย (การมีวิถีชีวิตกระฉับกระเฉง การออก  
กำลังกายที่เหมาะสมกับวัย) และการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน สถานที่ทำงาน และชุมชน มีชุมชน  
และแสดงตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมกับการบริโภค มีผู้นำออกกำลังกายและร่วมกันออกกำลังกาย  
ต้านภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บริการตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจหาเบาหวานโดยทีม แพทย์ และ  
พยาบาล และบริการให้คำแนะนำรายบุคคล การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ กับหน่วยงานใน  
กระทรวงสาธารณสุข นอกกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรเอกชน ที่จะร่วมช่วยกันในการป้องกันโรค  
ไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หน่วยงานทางด้านการศึกษา ด้านการสื่อสารมวลชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น  
 เป็นต้น

สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจ พบประเด็นสำคัญที่  
ต้องเร่งรัดป้องกันและแก้ไขปัญหาพบว่าประชาชนทั้งในกลุ่มคนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย ยัง  
ขาดความรู้ความเข้าใจและละเลยถึงโทษพิษภัยความรุนแรงของปัญหาโรควิถีชีวิต ตลอดจนความรู้  
และแนวปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและถูกต้องจากข้อจำกัดในการสื่อสารสู่  
สาธารณะ ขาดการรวมพลังเครือข่ายสื่อสารทุกภาคส่วนในทุกระดับ ในการหนุนเสริมการทำงานได้  
อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความแตกต่างจากกลุ่มเป้าหมาย  
ทั่วไป ไม่ตรงประเด็นและขาดความน่าเชื่อถือ สร้างความสับสนไม่เหมาะสมกับบริบทและภูมิ  
สังคมไทย ทำให้ไม่สามารถสร้างกระแสการเปลี่ยนแปลงความตระหนักของสังคมและจิตสำนึก  
สุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสังคมไทยได้ (สำนักยุทธศาสตร์ กระทรวง  
สาธารณสุข, 2550)

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนขั้นตอนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าการเกิดโรคหลอดเลือด  
สมองของสถาบันสุขภาพแห่งลอนดอนแบ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ 3 ระยะได้แก่ ระยะป้องกัน  
ระยะเกิดโรค และระยะฟื้นฟูโรค (Scope-end-to-end pathway of stroke) ซึ่งการป้องกันก่อนเกิดโรค  
จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง (Health care for  
London, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย

เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลประชาชน ให้ปลอดภัยและรอดพ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง(Canadian Best Practice: Public Awareness and Responsiveness) พบว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อย้ำเตือนให้เห็นความสำคัญและอันตรายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Canadian Stroke Network, 2007)และจากการศึกษาของHickey, O'Hanlon, McGee, Donnellan, Shelley & Horgan และคณะ(2009)พบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นกุญแจสำคัญที่สามารถลดอัตราความพิการ ภาวะโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้วิจัยสามารถสรุปความสำคัญของความตระหนักรู้ได้ดังนี้

**ความตระหนักรู้ก่อนเกิดโรค** สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเฝ้าระวังป้องกันตนเองก่อนเกิดโรค โดยเฉพาะต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเร็วขึ้น

**ความตระหนักรู้เมื่อเกิดโรค** ความตระหนักรู้ว่าอาการเตือนที่เกิดขึ้นเป็นอาการเตือนเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การมารับการรักษาที่ทันเวลา เพื่อลดอัตราความพิการและเสียชีวิต

**ความตระหนักรู้หลังเกิดโรค** ลดการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมากในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 83 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปได้เป็น 3 กลุ่มที่ศึกษาดังนี้ 1)กลุ่มที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพทางกาย การดูแลสุขภาพทางกายภาพลักษณะ และประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 29 เรื่อง 2)กลุ่มที่ศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม Stroke fast tract, การดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management), การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge Planning) จำนวน 15 เรื่อง และ 3)กลุ่มที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วย ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพจิต แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลและครอบครัว ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำนวน 39 เรื่อง ซึ่งเมื่อแบ่งตามระยะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามการแบ่งของสถาบันสุขภาพแห่งลอนดอน พบว่าเป็นการศึกษาในช่วง ระยะเกิดโรค และระยะฟื้นฟู ซึ่งไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันก่อนเกิดโรค ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สำหรับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน พบว่ายังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี แม้จะมียาละลายลิ่มเลือดเพื่อลดอัตราความพิการและเสียชีวิต ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ไม่เพียงเท่านั้นการพิจารณาให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดต้องกระทำภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ มากมาย ถึงแม้จะมารับการรักษาทันภายในระยะเวลาที่กำหนดก็อาจไม่ได้รับยาดังกล่าว และหากแพทย์พิจารณาให้ได้รับยาดังกล่าวแล้วก็ต้องคอยติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการได้รับยา ถึงแม้จะมีการรณรงค์ให้ประชาชนมารับการรักษาทันภายใน 3 ชั่วโมงเพื่อลดความพิการและเสียชีวิต (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550) ประกอบกับการเพิ่มแนวทางการรักษาที่เรียกว่า “Stroke fast tract” ก็มีใช้การแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุแต่เป็นการจัดการกับปัญหาเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้ว และจากอุบัติการณ์พบมีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจากลักษณะทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่หันไปบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง แป้ง น้ำตาล ไขมัน กาแฟ และน้ำอัดลม ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากการศึกษาพบว่าผลกระทบจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร่งด่วนภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่ภาวะเนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ผลจากการมารับการรักษาล่าช้าร้ายแรงคือผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือแม้รอดชีวิตก็มักจะมีอาการพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว ทำให้เป็นภาระด้านสุขภาพ กระทบต่อการพัฒนาประเทศชาติตามมา

และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาหรืองานวิจัยเกี่ยวกับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและเป็นการป้องกันตนเองเบื้องต้นก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตระหนักรู้ต่ออาการเตือนและการมารับการรักษาที่ทันเวลา นำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ความพิการ และเสียชีวิต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง



2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันหรือไม่

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Breckler(1986) เบรคเลอร์กล่าวถึงความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Consciousness of Something) จำแนกและรับรู้ (Recognitive) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับ ความรู้สึกและอารมณ์ ความสำนึก ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และกล่าวถึง องค์ประกอบสำคัญของความตระหนักรู้ มี 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ค่านิยมความเชื่อ และ พฤติกรรม หรือการปฏิบัติ สอดคล้องกับความตระหนักรู้ตามแนวความคิดของ Good (1973: 156) และกล่าวว่า ปัจจัยหรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความตระหนักรู้นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบใหญ่ คือ ลักษณะของสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความสนใจ อันนำไปสู่ความตระหนักรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สื่อรณรงค์ และแหล่งข้อมูล เป็นสิ่งดึงดูดที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และลักษณะของบุคคลที่รับรู้ นั้น หมายถึงการที่บุคคลจะเกิดความตระหนักรู้ต่อปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งมากน้อยเพียงใด ย่อมจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส หู ตา จมูก ซึ่งปัจจัยในด้านนี้ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา อันได้แก่ ความเข้าใจ การสังเกต พิจารณา ความสนใจ ความตั้งใจ ความพร้อมที่จะรับรู้ ความเชื่อ การเห็นคุณค่าซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะ มีอิทธิพลทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ที่แตกต่าง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลตามแนวคิดของกู๊ด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ



ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ โดยแบ่งเป็นด้านได้ ดังนี้

**เพศ** จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงตระหนักรู้ในโรคอื่นมากกว่า เช่น โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของเพศหญิงน้อยลง (Fogle et al., 2008) นอกจากนี้ในเรื่องลักษณะนิสัยส่วนบุคคลและบทบาทหน้าที่ในเรื่อง เพศหญิงที่ต่างจากเพศชาย ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน โดยเพศหญิงเป็นเพศที่มีกระบวนการตัดสินใจช้า มีความลังเล มีความกลัวมากกว่าเพศชาย (Mandelzweig, Goldbourn, Boyko & Tanne, 2006) และจากการศึกษาสมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกาในปี 2005 พบว่าเพศหญิงเพียงร้อยละ 20 มีความกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพบร้อยละ 50 ของเพศหญิง ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเสียชีวิตในโรคหลอดเลือดสมอง และไม่มีความสนใจในโรคดังกล่าว (Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca, 2005) แตกต่างจากการศึกษาของ Lutfiyya, Asner & Lipsky (2009) ที่พบว่าเพศชายมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

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

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

**ระดับการศึกษา** จากการศึกษาของ Huang et al. (2007) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 11 ปี จะตระหนักรู้และเฝ้าระวังต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าเนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะสนใจต่อสุขภาพน้อยลงด้วย

**รายได้** ผู้ที่มีรายได้ดีมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการพื้นฐานปัจจัยสี่ของบุคคล โดยในผู้ที่มีรายได้ต่ำมักมีปัญหาในการจัดหาปัจจัยพื้นฐานสำหรับชีวิต มีความยุ่งยากในเรื่องการวางแผน แสวงหารายได้และการใช้เงิน สำหรับการศึกษารายของ Wahab et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีรายได้ดี มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ ปานกลาง และรายได้ต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** จากการศึกษาของ Marx et al. (2009) พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และจากการศึกษาของ Evci, Memis, Ergin & Beser (2007) พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัวมีผลเพิ่มความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว การได้พบเห็นพฤติกรรมของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การอยู่ในเหตุการณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือการได้ดูแลแนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างเพศชาย และหญิงแตกต่างกัน
2. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มอายุแตกต่างกัน
3. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างสถานภาพสมรสแตกต่างกัน
4. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของแต่ละระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน
5. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ แตกต่างกัน
6. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน

## ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 384 คน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ได้แก่ คลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ หรือคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงของกระทรวงสาธารณสุขและแบบสอบถามความตระหนักรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

## คำจำกัดความในการวิจัย

**เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชายโดยเพศของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็นเพศชาย และเพศหญิง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**อายุ** หมายถึง ตัวเลขที่บอกระยะเวลา ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เนื่องจากพบอุบัติการณ์ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ในกลุ่มวัยรุ่น จนถึงวัยสูงอายุ โดยเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุ ใช้เกณฑ์ของ ทิพย์ภา เชาว์รัฐเชาวลิต (2543) ร่วมกับการทบทวนวรรณที่ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**สถานภาพสมรส** หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา แบ่งได้ดังนี้

- โสด ได้แก่ ผู้ที่ยังไม่เคยสมรส

- สมรส ได้แก่ ผู้ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตามและแม้ว่าระหว่างไปทำการสำรวจทั้งสามีและภรรยาจะไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่ยังมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยากันอยู่ เช่น สามีไปทำงานต่างจังหวัดหรือไปทำงานต่างประเทศก็ถือว่ายังสมรสกันอยู่

- หม้าย ได้แก่ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่

- หย่าร้าง ได้แก่ ผู้ที่มีได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว ได้หย่ากันตามกฎหมาย



**การศึกษา** หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับตั้งแต่ต้น จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร (ปวช/ปวส) และ ระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)

**รายได้** หมายถึง จำนวนเงินของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับเป็นประจำทุกเดือน อาจเป็นเงินเดือน เงินที่ได้จากกิจการของตนเอง จากบุตรหลาน บุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน

**ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึก ความคิดเห็น ความสำนึก เป็นภาวะที่บุคคล เข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้โดยอาศัยระยะเวลา เหตุการณ์ ประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยทำให้เกิดความตระหนักรู้ ซึ่งความตระหนักรู้ประเมินได้จาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**ความรู้** หมายถึง ข้อเท็จจริง ด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

**ความเชื่อ** หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สั่งสมมาจนกลายเป็นความคิดซึ่งใช้เป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจการกระทำอาจรับรู้ได้จากประสบการณ์การบอกเล่าเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในที่นี้เป็นความเชื่อในเรื่องสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา

**การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเป็นการกระทำซึ่งแสดงออกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม ในเรื่องการออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด

โดยใช้แบบวัดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Breckler (1986) ร่วมกับแนวคิดของ Pandian และคณะ (2005)

**ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke risk patients)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ หรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก การมีภาวะไขมันในเลือดสูงและหัวใจขาดเลือด เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยาป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วพบมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง คัดกรองโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยง อัมพฤกษ์ อัมพาต ของกระทรวงสาธารณสุข



(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) การประเมินให้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองนั้น ให้นำในกลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป โดยประเมินโอกาสเสี่ยง ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อบ่งชี้โอกาสเสี่ยงทั้งสิ้น 8 ข้อ ที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้แก่

ประวัติครอบครัวญาติสายตรงที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตก่อน อายุ 55 ปี ในผู้ชาย และ 65 ปี ในผู้หญิง ประวัติเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันผิดปกติ ภาวะอ้วน รวมข้อบ่งชี้อื่นๆ ที่แสดงถึงการเพิ่มความรุนแรงของโอกาสเสี่ยง ได้แก่ ภาวะเบาหวานที่เป็นมานานหรือคุมได้ไม่ดี ภาวะความดันโลหิตสูงควบคุมได้ไม่ดี ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลสูง โรคพันธุกรรมไขมันผิดปกติที่มีอาการทางคลินิก โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มเสี่ยงดังนี้

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงบ่งชี้ 2 ข้อ หรือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคอัมพาต หรือโรคหัวใจขาดเลือด หรือเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง หมายถึง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงบ่งชี้ 3-5 ข้อ หรือระดับความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ 170/100 mmHg 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 รอบการมาตรวจรักษา หรือโคเลสเตอรอลมากกว่า หรือเท่ากับ 309 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กลุ่มเสี่ยงสูงมาก หมายถึง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงบ่งชี้มากกว่า 5 ข้อ หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจ/อัมพาต หรือเป็นเบาหวานที่มีปัญหาไตแทรกซ้อน หรือมีกรรมพันธุ์ไขมันผิดปกติ

**ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยประสบการณ์ดังกล่าวอาจได้จากญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนที่เจ็บป่วยหรือมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย หรือได้จากหนังสือ ข่าว หนังสือพิมพ์ หรือการพบเห็นผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (จากการทบทวนวรรณกรรม)

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนำปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มาเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนการพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อไป

2. เป็นการกระตุ้นให้พยาบาล เกิดความตระหนักรู้และเห็นความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

3. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ โดยการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษา วิจัยถึงทดลองหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.4 พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.5 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.6 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.7 อาการโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.8 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.9 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.10 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.11 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักรู้
  - 2.1 ความหมายความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
    - 2.2.1 ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
    - 2.2.2 ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวาน
    - 2.2.3 ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง
    - 2.2.4 ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหัวใจ
  - 2.3 การประเมินความตระหนักรู้
  - 2.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมอง
3. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ทางการแพทย์เดิมเรียกโรคนี้ว่า Cerebrovascular accident หรือ CVA แต่ปัจจุบันเรียกชื่อใหม่ว่า Cerebrovascular disease หรือ CVD (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548)

### 1.1 สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

#### ทั่วโลก

องค์การอนามัยโลกรายงานว่ ในปีพ.ศ. 2548 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งจากทั่วโลก พบประมาณ 17.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 จากการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2007) และ World Stroke Organization รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2015 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปี 5.7 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2558 จะมีคนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 6.7 ล้านคน (World Stroke Organization, 2008) และ National stroke Association รายงานว่า ประชาชนประเทศอเมริกา เป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปี เกือบ 750,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 และเป็นสาเหตุของความพิการอันดับ 1 ของประเทศสหรัฐอเมริกา

สมาคมโรคหัวใจโลกรายงานสถานการณ์ปัจจุบันที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

1. ทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 1.6 พันล้านคน มีภาวะอ้วน 400 ล้านคนในกลุ่มเด็กพบว่ามีความเสี่ยงน้ำหนักเกิน 155 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นเด็กอ้วน ถึง 30-45 ล้านคน ทั่วโลก
2. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก พบว่า ร้อยละ 20 กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ
3. ผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า
4. ผู้ที่มีวิถีชีวิตที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหว เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 2 เท่า

#### ประเทศไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2551 พบอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 20.8 ซึ่งคิดเป็นคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยวันละ 36 คน หรือประมาณชั่วโมงละ 1.5 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ( พ.ศ. 2540 – 2550 ) พบคน



ไทยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่าตัว(กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานอัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรอายุ 15-74 ปี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2550 ในภาคต่างๆของประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามภาคต่างๆของประเทศไทย ปี 2550

พฤติกรรมเสี่ยง	กทม.	กลาง (ไม่รวม กทม.)	ออก เฉียง เหนือ	เหนือ	ใต้
น้ำหนักเกิน (BMI $\geq$ 25 กก/ตร.ม)	25.9	20.5	17.7	19.3	15.2
อ้วน (BMI $\geq$ 30 กก/ตร.ม)	6.0	4.5	3.2	3.7	2.2
ผู้ที่มีเส้นรอบเอวเกิน	25.0	22.6	20.3	20.6	18.3
บริโภคผักและผลไม้เพียงพอ $\leq$ 5หน่วยมาตรฐานต่อวัน	37.3	19.7	20.7	20.4	25.1
ออกกำลังกายครั้งละ $\leq$ 30นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์	36.3	33.8	38.3	35.4	46.0
มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ	82.4	90.5	94.9	94.5	94.5
ดื่มสุราในปัจจุบัน	29.4	34.6	40.4	42.2	24.2
ผู้ที่สูบบุหรี่หรือยาสูบในปัจจุบัน	19.9	20.1	22.9	21.3	21.9

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าคนไทยมีอัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรอายุ 15-74 ปีที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงโรคหลอดเลือดสมองในภาคต่างๆ ดังนี้

1. กรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุก ในเรื่อง น้ำหนักตัวเกิน อ้วนและรอบเอวเกินสูงที่สุด และมีอัตราความชุกของกิจกรรมทางกาย ที่เพียงพอน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคต่างๆ

2. ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) มีอัตราความชุกเป็นลำดับที่ 2 ในเรื่องน้ำหนักตัวเกิน อ้วน และรอบเอวเกิน และพบว่าอัตราความชุกของการออกกำลังกายครั้งละ  $\geq$  30นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคต่างๆ

3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราความชุก ในเรื่องผู้ที่สูบบุหรี่หรือยาสูบในปัจจุบันสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับภาคต่างๆ

4. ภาคเหนือ มีอัตราความชุก ในเรื่องการดื่มสุราในปัจจุบันสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคต่างๆ

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้น โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเกิดจาก พฤติกรรมสุขภาพ และพบกรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุกเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด ทั้งในเรื่อง น้ำหนักตัว ภาวะอ้วน และการมีกิจกรรมทางกาย ส่วนภาคที่มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยที่สุดได้แก่ ภาคใต้

## 1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามดังนี้ “Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิก ที่ประกอบด้วยลักษณะความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดง อยู่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่เกิดเนื้อตาย หรือมีเลือดออก ในความหมายนี้ จึงรวมสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่างๆ เช่น การบาดเจ็บ ติดเชื้อ หรือ ก้อนเนื้องอก (WHO, 2003) เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลัน เนื่องจาก มีการอุดตันของ ลิ้มเลือด หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองตรงตำแหน่งที่มีการเกิดพยาธิสภาพ เมื่อเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์เริ่มตาย จึงทำให้สูญเสียหน้าที่ในการสั่งการของสมอง ส่วนนั้น เช่น ในเรื่องการพูด ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความจำ ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการพึ่งพา ขึ้นกับการถูกทำลายของเนื้อสมองส่วนนั้นๆ (National Stroke Association, 2009) หรือ คืออาการของแขน ขา หรือหน้า ซีกใดซีกหนึ่ง ขา อ่อนแรงหรือเคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างทันทีทันใด เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือ แตก ทำให้เนื้อสมองขาดกลูโคสและออกซิเจน เนื้อสมองเสียหาย และการทำงานของสมองหยุดชะงัก ถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตายและเกิดความเสียหายถาวรในที่สุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สำหรับนิพนธ์ พวงวารินทร์ (2548) กล่าวว่า อัมพาตคือภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ มีผลทำให้เซลล์ในสมองและการทำงานของสมองหยุดชะงัก มีผลตามมาคือทำให้ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตแสดงอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง โดยที่บางราย อาจจะมีหมดสติ ตามองไม่เห็น เดินไม่ได้ พูดไม่ได้หรือบางรายอาจจะสับสน ทั้งนี้ผู้ป่วยบางคนจะมี อาการชนิดถาวรหรือเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นเพียงชั่วคราว

จากคำจำกัดความดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง ภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลัน เนื่องจากการอุดตันของลิ้มเลือด หรือหลอดเลือดแตกส่งผลให้เนื้อสมองขาดอาหารและออกซิเจนมาเลี้ยง เนื้อสมองเสียหาย สมองตรงตำแหน่งที่มีการเกิดพยาธิสภาพ จะแสดงอาการของแขน ขา หรือหน้า ชักใดชักหนึ่ง ซา อ่อนแรงหรือเคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อย่างทันทีทันใด ถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตายและเกิดความเสียหายถาวรในที่สุด มีผลตามมาคือทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต

### 1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ตามสาเหตุของการเกิดโรคและตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (Linton, 2000; Hausman & Ignatavicius, 2002)

1.3.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุแบ่งออกเป็น (Linton, 2000)

#### แบ่งตามพยาธิสภาพ

1.3.1.1 ลิ้มเลือดอุดตันผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral thrombosis) ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและดำ แม้ในหลอดเลือดฝอย และมักเกิดตรงบริเวณที่หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) อยู่แล้ว ประมาณ 2 ใน 3 ของหลอดเลือดอุดตัน เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เพราะทั้งสองโรคนี้ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง

1.3.1.2 ลิ้มเลือดหลุดลอยมาอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral embolism) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการและผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial fibrillation ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอเกิดเนื้อสมองตาย

1.3.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุแบ่งออกเป็น (Linton, 2000)

1.3.2.1 เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จากความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ หลอดเลือดแดงแข็งแล้วแตกหรือฉีกขาดเกิดขึ้นทันทีทันใด และทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เซลล์สมองถูกทำลายบริเวณที่เลือดออก และทำให้เนื้อสมองตาย (Hausman & Ignatavicius, 2002)

1.3.2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) การแตกเลือดในโพรงใต้ชั้นอแรคนอยด์ มีสาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ เช่น หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Ruptured aneurysm) หลอดเลือดพิการแต่กำเนิดหลอดเลือด



ที่ไม่มีหลอดเลือดฝอยกัน (Arteriovenous malformation [AVM]) ทำให้เลือดแดงไหลปนกับเลือดดำ (Shunted into vein) จึงมีการขยายตัวของหลอดเลือดจนกระทั่งแตกออก (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

### แบ่งตามอาการแสดงทางคลินิก

จำแนกตามลักษณะอาการทางคลินิก ซึ่งมี 4 ลักษณะ คือ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก)

1. สมอขนาดเล็กมาเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack [TIA]) หรือ mini stroke อาจมีสาเหตุมาจากการตีบของหลอดเลือด ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือดที่มาเลี้ยงสมอง ในระยะแรกที่มีการตีบตัน แต่ไม่มีการอุดรูของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ จะทำให้สมอขนาดเล็กมาเลี้ยงชั่วคราว เกิดสมองเสียหายที่เฉพาะแห่งชั่วคราวใน 1-2 ชั่วโมง และสามารถกลับสู่สภาพปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; พัชรวิมล คุปต์นิวัติศัยกุล, 2543; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Roth & Harvey, 1996) อาการแสดงของสมอขนาดเล็กมาเลี้ยงชั่วคราว ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดในสมอง ส่วนมากมักพบร่วมกับการตีบของหลอดเลือดแดงคาโรติด carotid artery atherosclerosis โดยร้อยละ 4 - 8 ของบุคคลที่เคยมีภาวะสมองเสียหายที่เฉพาะแห่ง จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 เดือน โดยร้อยละ 12-13 เกิดขึ้นภายในปีแรกและร้อยละ 24-29 เกิดขึ้นภายใน 5 ปี (Gregory, 1999)

2. สมอขนาดเล็กชั่วคราวที่มีความพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมง แต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (Reversible ischemic neurological deficit) เนื่องจากสมอขนาดเล็กเป็นบริเวณเล็กๆ ในเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไปโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ภาวะนี้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า

3. สโตรคที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive stroke) หรือ มีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยดังกล่าวจะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ เป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป เกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ขยายตัว อุดตันหรือสกัดกั้นการไหลเวียนของเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ มีผลให้สมองบวมหมดสติ สมอขยับเคลื่อน มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ใน 2-3 สัปดาห์แรก

4. สโตรคที่มีอาการคงที่แล้ว (Complete stroke) เป็นสโตรคที่ไม่มีอาการเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ อาการของโรคอยู่ตัวแล้ว (Stable stroke) ไม่มีการบวมเพิ่มขึ้นของสมองรอบรอยโรคนั้น



#### 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง

สมองประกอบด้วยเซลล์สมองจำนวนมาก ประกอบด้วย สมองส่วนใหญ่ที่สุด เรียกว่า ซีรีบรัม (Cerebrum) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของสมองใหญ่ซีกขวา (Right hemisphere) และ ส่วนของสมองใหญ่ซีกซ้าย (Left hemisphere) โดยที่สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับรู้ความรู้สึกของร่างกายซีกซ้าย ส่วนสมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับรู้ความรู้สึกของร่างกายซีกขวา ในผู้ที่ถนัดมือขวาทั้งหมดและผู้ถนัดมือซ้าย ส่วนมากสมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมความเข้าใจและการพูด ส่วนสมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมความรู้สึกรู้จัก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ สมองส่วนเล็กที่อยู่ใต้ซีรีบรัม เรียกว่าซีรีเบลลัม (Cerebellum) ทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลและการทำงานประสานกันของร่างกาย สมองส่วนที่อยู่ลึกที่สุด คือ ก้านสมอง (Brain stem) ทำหน้าที่ควบคุมการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งสมองต้องการออกซิเจนและกลูโคสไปเลี้ยงมากกว่าอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย (ศักดิ์ บวร, 2541; Testani-Dufour & Morrison, 1997) แต่สมองไม่สามารถสะสมออกซิเจนและกลูโคสเหมือนกล้ามเนื้อ สมองจึงต้องได้รับออกซิเจนและกลูโคสอย่างสม่ำเสมอจากเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยง ซึ่งถ้าสมองขาดเลือดเพียง 2-5 นาที จะมีผลให้เซลล์สมองถูกทำลายและตายในที่สุด (Testani-Dufour & Morrison, 1997) ทำให้เซลล์สมองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีผลให้สมองไม่สามารถควบคุมการทำงานของอวัยวะอื่นๆ (ศักดิ์ บวร, 2541) ซึ่งพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1.4.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด เกิดจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัวอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก ซึ่งการปรับตัวอาจเกิดจากการไหลเวียนเลือดไปตามหลอดเลือดที่มีการประสานกัน (Collateral arteries) เพื่อเบี่ยงเบนทิศทางการไหลเวียนเลือดจากบริเวณที่อุดตัน (Collateral circulation) แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทำให้เซลล์สมองได้รับออกซิเจนและกลูโคสไม่เพียงพอ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดที่เบี่ยงเบนทิศทางไม่สามารถนำเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอ ก็จะเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (Focal neurological deficit) อาการที่พบขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือด การตีบแคบของหลอดเลือดทำให้เลือดหยุดการไหลเวียน และเกิดการไหลวนกลับของกระแสเลือด (Turbulent flow) ซึ่งมีผลให้กระตุ้นการเกิดลิ่มเลือดมากขึ้น เนื่องจากการหยุดการไหลเวียนเลือดที่เกิดบริเวณถัดจากหลอดเลือด ที่มีการตีบหรืออุดตันจะทำให้เกิดการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ยังทำให้บริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดภาวะเป็นกรด (Acidosis) การเกาะกลุ่มกันและติดแน่นของเกร็ดเลือดทำให้บริเวณนั้นขาดออกซิเจนมากขึ้น เยื่อบุภายในเซลล์ (Endothelial cell) จะเสียหายที่จุดเกิดเลือดออกรอบๆหลอดเลือดและมีสมองบวม ซึ่ง

เนื้อสมองที่บวมจะกดทับหลอดเลือดฝอยทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Bhatnagar et al., 2002; Hock, 1999)

1.4.2 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองจากมีเลือดออกในสมองเมื่อมีการแตกของหลอดเลือดสมองเลือดจะเข้าไปในเนื้อสมองก่อนโดยยังไม่เข้าไปในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Subarachnoid space) แต่เมื่อก่อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้นจากการที่มีเลือดออกมากขึ้น เลือดจะซึมเข้าโพรงสมอง ventricular system ก้อนเลือดในสมองจะเบียดและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ (Herniation) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Bhatnagar et al., 2002)

### 1.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการขัดขวางการนำเลือดไปเลี้ยงสมอง หรือมีเลือดออกในสมองทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีดังนี้

#### 1.5.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้

1.5.1.1 โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและชนิดมีเลือดออก (Freitas, Carruzzo, Tsiskaridze, Lobrinus & Bogouslavsky, 2001) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของโรคหลอดเลือดสมองผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็งทำให้เกิดเลือดออกในสมองและเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงจะทำให้กลไกรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Auto regulation) เสียไปและทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ผลที่ตามมาคือเลือดไปเลี้ยงสมองน้อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมองเกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (Atherosclerosis)

1.5.1.2 โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบตัน (Thrombotic stroke) เนื่องจากโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Adams et al, 2007)

1.5.1.3 โรคหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยได้แก่ โรคลิ้นหัวใจ (Valvular disease) ภาวะหัวใจเต้นระริก Atrial fibrillation และหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post myocardial infarction) (นิจศิริ ชาญณรงค์, 2547; Hock, 1999) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก หัวใจห้องบนมีขนาดใหญ่แต่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ

ห้องบนไม่ดีทำให้เกิดเลือดคั่งและมีลิ่มเลือดจากหัวใจ (Cardiogenic emboli) ลิ่มเลือดดังกล่าวมีโอกาสที่จะหลุดออกมาไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (He et al., 2003)

**1.5.1.4 โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดแดงคาโรติด** เนื่องจากหลอดเลือดแดงคาโรติดอยู่บริเวณคอที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง ถ้ามีการอุดตันจากการเกาะของไขมัน จะทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง

**1.5.1.5 ระดับไขมันในเลือดสูง** โดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้นกับเส้นเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองมีการอุดตัน ทำให้มีการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (He et al., 2003)

**1.5.1.6 ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย** และอ้วนเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทั้งสองอย่างนี้ไปเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสะสมไขมัน การไหลเวียนเลือดช้าลง หรือการเกิดอุดตันในหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก (American Stroke Association, 2003)

**1.5.1.7 การสูบบุหรี่** อาจทำให้เกิดมีเลือดออกในสมองได้ เพราะนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่หรือออกฤทธิ์ทำให้หัวใจและหลอดเลือดหดตัว มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน ทำให้เส้นเลือดแดงในสมองแตก นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดสมองขาดเลือด เพราะการสูบบุหรี่มีผลทำให้เส้นเลือดแดงคาโรติดแข็ง มีการเพิ่มระดับไฟบริโนเจน (Fibrinogen) และการเกาะของเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้นค่าความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้ลดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง (Freitas, Carruzzo, Tsiskaridze, Lobrinus & Bogousslavsky, 2001)

**1.5.1.8 การดื่มสุร่าอย่างหนัก** เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเลือดออกในสมองได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) เนื่องจากการดื่มสุร่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง อาจเกิดจากแอลกอฮอล์ ไปลดระดับไลโปโปรตีน (Lipoprotein) นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราส่วนของสารโพรอสตาแกลนดิน/ทรอมบอกซาน (Prostaglandin/thromboxane) ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Berger et al., 1999 อ้างใน Freitas, Carruzzo, Tsiskaridze, Lobrinus & Bogousslavsky, 2001) และพบการศึกษาแบบมหัพเคราะห์พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นแบบ J-shaped curve นั่นคือ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มเลย การดื่มระดับน้อยถึงปานกลางสัมพันธ์กับการลดลงของอุบัติการณ์และอัตราตายจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยพบว่ามีความเสี่ยงต่ำสุดในผู้ที่ดื่ม 20 กรัมต่อวัน แต่เมื่อดื่มปริมาณเพิ่มมากขึ้นความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น โดยถ้าดื่มมากกว่า 70 กรัมต่อวันจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเลย ปัจจัยหนึ่งที่ใช้อธิบายผลในเชิงป้องกันของแอลกอฮอล์ต่อโรคนี้คือ ผลของแอลกอฮอล์ต่อไขมัน



และปัจจัยทางด้าน haemostatic แต่ผลอันนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะในผู้ที่ดื่มระดับต่ำถึงปานกลางแบบสม่ำเสมอเท่านั้น โดยไม่เคยมีการดื่มแบบหนักเป็นครั้งคราว นอกจากนี้การดื่มแบบหนักเป็นครั้งคราวกลับสัมพันธ์กับการเกิดโรคในระบบนี้บางชนิด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และการตายจากโรคหัวใจอย่างทันทีทันใด (sudden cardiac death) มากขึ้นอีกด้วย และการดื่มหนักยังสัมพันธ์กับการเพิ่มการแข็งตัวของเลือด ลดระดับของ ventricular fibrillation และเพิ่มระดับของ low density lipoproteins นอกจากนี้การดื่มแบบต่ำถึงปานกลางเป็นประจำจะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจบางชนิดแล้ว การดื่มพร้อมอาหารก็มีผลในเชิงป้องกันโรคในระบบนี้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในแต่ละประเทศ ผลสุทธิของแอลกอฮอล์ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจะขึ้นกับการกระจายของลักษณะการดื่มในสังคม ในประเทศส่วนใหญ่ผลของแอลกอฮอล์ต่อโรคกลุ่มนี้เป็นไปในทางลบโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกลุ่มสหภาพโซเวียตเดิมและประเทศกำลังพัฒนา เพราะมีอัตราการดื่มแบบหนักสูงมาก (สาวิตรี อัครณงค์กรชัย, สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล และ จิรวัดณ์ มูลศาสตร์, 2547)

**1.5.1.9 การใช้อยาเสพติด** โดยเฉพาะการใช้อยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำ จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด และจำพวักยาบ้าที่ทำให้เกิดหลอดเลือดอักเสบและเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา (American Stroke Association, 2003)

**1.5.1.10 ความเครียด** ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตและพฤติกรรมเคมีในสมองจะแตกต่างกันมาก ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น หลอดเลือดบีบตัวเพิ่มมากขึ้นแรงดันสูงขึ้น และระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

## 1.5.2. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้

**1.5.2.1 อายุ** โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้กับทุกกลุ่มอายุ แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า อัมพาตจะพบมากขึ้นตามอายุทั้งเพศชายและหญิง (American Stroke Association, 2003) ดังนี้

อายุ 45-54 ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 1000 ราย

อายุ 56-64 ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 100 ราย

อายุ 75-84 ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 50 ราย

อายุ มากกว่า 85 ปี พบอัมพาต ประมาณ 1 ต่อ ประชากร 30 ราย



**1.5.2.2 เพศ** ในผู้ชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และช่วงวัยกลางคน จะมีอัตราเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง (Adams et al., 1999) แต่ผู้หญิงเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ชาย (American Stroke Association, 2003)

**1.5.2.3 กรรมพันธุ์และเชื้อชาติ** ผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง ส่วนเชื้อชาติคนผิวดำมีภาวะเสี่ยงสูงจากการเสียชีวิตและพิการ มากกว่าคนผิวขาว (American Stroke Association, 2003)

**1.5.2.4 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน** จะมีภาวะเสี่ยงสูงมากกว่าคนอื่น (Carrozzella & Jauch, 2002)

## 1.6 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

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

1.6.1 การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า และเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

1.6.2 การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที

1.6.3 การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

1.6.4 มีอาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

1.6.5 เวียนศีรษะมีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย

## 1.7 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ อาจจะมีอาการเตือนแต่ไม่ได้สนใจ ได้แก่อาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ พูดไม่ได้ แขนขาชา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว ซึ่งอาจจะเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงต่อไป (วัฒน์ย์ ปานจินดา, 2548)

อาการที่พามาโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใด และจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2-3 นาที หรือชั่วโมง อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็งความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติของการ

เด่นของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง อาการทั่ว ๆ ไป มักเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันที แต่บางครั้งระดับความรู้สึกตัวอาจจะค่อย ๆ น้อยลงจนถึงขั้นหมดสติในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจะเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้าเลือดยังออกต่อไปอาการจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ อาการจะยังคงอยู่จนกระทั่งก้อนเลือดถูกดูดซึมไป และหากไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ง่าย ในผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบตันของหลอดเลือดแดง อาการที่เกิดขึ้นจะค่อยเป็นค่อยไป มักจะเกิดอาการหลังตื่นนอน ในผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากลิ้มเลือดไปอุดตัน อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเป็นอาการนำก่อนเกิดความผิดปกติทางสมอง มีอาการชักบ่อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น อาการชักจะเกิดติดต่อกัน (Serial convulsion) ถ้าลิ้มเลือดที่ลอยมาอุดตันก่อนใหญ่จะทำให้เกิดอาการอย่างรุนแรงอาการแสดงเฉพาะที่ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เสียหายที่ เช่นถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดคาโรติด (Carotid artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ แขนขาและหน้าด้านตรงข้ามจะอ่อนแรง ชา เสียประสาทรับความรู้สึก ปากเบี้ยว ตาบอดข้างเดียวสับสน ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดเวอร์ทีโบเรเบลิส (Vertebro basilar artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ แขนขาจะอ่อนแรงทั้งสองข้าง เวียนศีรษะ อาจหมดสติ พุดตะกุกตะกัก ตาพร่า ชา ถ้าสมองส่วนที่หลอดเลือดซีรีบรัลส่วนกลาง (Middle cerebral artery) ไปเลี้ยงเสียหายที่ แขนขาด้านตรงข้ามจะอ่อนแรง ศีรษะและตาหันไปทางด้านรอยโรค (Conjugate Deviation) ไปเลี้ยงเสียหายที่ จะทำให้กลืนลำบาก เวียนศีรษะ เป็นต้น

### 1.8 การรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง

สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญช่วยให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตันคือการทำให้เซลล์ของสมองยังอยู่รอดให้นานที่สุด ถ้าเราสามารถทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลาและในระดับที่เพียงพอ ก็สามารถทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นฟื้นตัวได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ ซึ่งการรักษาจะต้องทำภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) การให้ยานี้ผู้ป่วยควรอยู่ในความดูแลของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเท่านั้น หลังจากให้ยาแล้วผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล 2-3 วันเพื่อดูอาการต่อไป หากเกิน 3 ชั่วโมงแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยมากที่สุด การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำของโรค ดังนี้

1.8.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงการที่เนื้อสมองตาย จะไม่มีการรักษาใดที่จะทำให้เนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดโดยใช้วิธีการรักษา ดังนี้ (อดุลย์ วัชรเวชกุล, 2534: 60 - 75)

1.8.1.1 รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงไม่ลดให้ความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 90–100 ม.ม.ปรอท เนื่องจากกลไกการรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไปถ้าความดันโลหิตลดต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น นอกจากนี้ในรายหลอดเลือดสมองบริเวณอื่นมีพยาธิสภาพที่จะอุดตันอยู่แล้ว โอกาสที่จะขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นอีก

1.8.1.2 การให้ยากันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

1.8.1.3 การให้ยากันเลือดแข็ง (Anticoagulant) โดยใช้ในรายสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวและในผู้ป่วยที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน

1.8.1.4 ให้ยาลดสมองบวมที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ สเตียรอยด์ (Steroid) และสารเข้มข้น (Hyperosmolar) ต่างๆ เช่น แมนนิทอล (Mannitol) ซึ่งใช้ในระยะเวลาที่สมองบวมมาก

1.8.2 โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การรักษาที่มีจุดมุ่งหมายป้องกันเลือดออกเพิ่มขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยเน้นการรักษาแบบประคับประคองส่วนยานิยมนิยมใช้มีดังนี้

1.8.2.1 ยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากความดันโลหิตสูง แต่การให้ยาลดความดันโลหิตต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเพราะอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

1.8.2.2 การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (Evacuation of hematoma)

1.8.2.3 การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่างๆของร่างกาย (Ventricular drainage) ในรายที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

สรุปได้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลง ลดความพิการ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยในรายที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดจากการควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และให้ยาลดสมองบวม ส่วนในรายที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ป้องกันเลือดออกมากขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยการให้ยาและการผ่าตัดรักษา



### 1.9 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke risk patients)

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke risk patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ หรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก การมีภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยาป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง โดยมีการประเมินกลุ่มเสี่ยงตามหลักกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ (สปสช, 2550) ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อบ่งชี้โอกาสเสี่ยงทั้งสิ้น 8 ข้อ ที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัมพาต ได้แก่

ประวัติครอบครัวญาติสายตรงที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพาทก่อน อายุ 55 ปี ในผู้ชาย และ 65 ปี ในผู้หญิง ประวัติเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันผิดปกติ ภาวะอ้วน รวมข้อบ่งชี้อื่นๆ ที่แสดงถึงการเพิ่มความรุนแรงของโอกาสเสี่ยง ได้แก่ ภาวะเบาหวานที่เป็นมานานหรือคุมได้ไม่ดี ภาวะความดันโลหิตสูงคุมได้ไม่ดี ภาวะไขมันสูง หรือ คอลเลสเตอรอลสูง โรคพันธุกรรมไขมันผิดปกติที่มีอาการทางคลินิก

#### ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

การแบ่งกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ลักษณะ/ ตัวชี้วัดในแต่ละกลุ่ม
กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ผิดปกติ > 5 ข้อ)	มีปัจจัยบ่งชี้มากกว่า 5 ข้อ หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจ / อัมพาท หรือเป็นเบาหวานมีปัญหาไต หรือมีกรรมพันธุ์ไขมันผิดปกติ
กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (ผิดปกติ 3 - 5 ข้อ)	มีปัจจัยบ่งชี้ 3-5 ข้อ หรือความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ 170/100 mmHg 2 ครั้งติดกัน 2 รอบ การมาตรวจรักษา หรือ โคลเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 309 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
กลุ่มเสี่ยงสูง (ผิดปกติ 2 ข้อ)	มีปัจจัยบ่งชี้ 2 ข้อหรือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป หรือประวัติญาติสายตรงเป็นโรคอัมพาท หรือโรคหัวใจขาดเลือด หรือเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดีติดต่อกัน



**ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic complication) ที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงคนปกติเป็นระยะเวลาอันยาวนานและ/หรือการมีไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ญาติสายตรงเป็นอัมพาต

**ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินระดับความดันโลหิต โดยยึดถือตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

ระดับความดันโลหิต < 140/90 mmHg ถือว่าเป็นความดันปกติในผู้ใหญ่

ระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 160/95 mmHg ขึ้นไปถือว่าความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90-160/95 mmHg จัดอยู่ในพวกกำกั่งซึ่งมีแนวโน้มในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่า

**ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อประเมินว่า เบาหวานควบคุมได้ดีเพียงใด คณะกรรมการด้านโรคไม่ติดต่อในคณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ ได้กำหนดเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานไว้ดังนี้ (เบาหวาน คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ 2534-2543 อ้างถึงใน นุปผา อาศรัยราช, 2541)

ระดับที่ 1 80 - 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าควบคุมดี

ระดับที่ 2 121- 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าควบคุมพอใช้แต่ต้องพยายามแก้ไขให้ดีขึ้น

ระดับที่ 3 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าควบคุมไม่ดี

**ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง** หมายถึง ภาวะการมีโคเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (พิจารณาอายุ 40 ปีขึ้นไป)

เสี่ยงน้อย มีค่าเท่ากับ 200 - 239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เสี่ยงปานกลาง มีค่าเท่ากับ 240 - 260 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เสี่ยงมาก มีค่าเท่ากับ > 260 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

**ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)** หมายถึง น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/ ส่วนสูงเป็นเมตร ยกกำลังสอง ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมในคนไทย

น้ำหนักตัวที่เหมาะสม อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

น้ำหนักตัวเกิน อยู่ระหว่าง 23-24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

ภาวะอ้วน มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

การประเมินภาวะอ้วนลงพุง (Central Obesity) โดยวัดรอบเอวผ่านสะดือ

เพศชาย เส้นรอบเอวไม่ควรเกิน 36 นิ้ว (หรือ 90 เซนติเมตร)

เพศหญิง เส้นรอบเอวไม่ควรเกิน 32 นิ้ว (หรือ 80 เซนติเมตร)

**การสูบบุหรี่** หมายถึง ณ วันที่สัมภาษณ์ ผู้ถูกสัมภาษณ์ยังคงสูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่มา  $\leq$  6 เดือน

### **ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**

#### **ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

ปัจจุบันพบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเครียดจากการทำงาน พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาออกกำลังกาย รวมไปถึงการดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เหล่านี้ล้วนเป็นผลเสียต่อสุขภาพร่างกายแทบทั้งสิ้นสำหรับปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาตนั้นคือภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีข้อมูลรองรับให้เห็นว่า ผู้ที่ไม่ได้รักษาความดันโลหิตสูง อาจมีโอกาสเกิดโรคอัมพาตเพิ่มขึ้นมากกว่าคนปกติถึง 4 เท่า นั่นเพราะความดันโลหิตสูงจะค่อยๆ ทำให้หลอดเลือดภายในร่างกายค่อยๆ เสื่อมไป และตีบลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะหลอดเลือดสมองนั่นเอง อย่างไรก็ตามถ้าใครมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ย่อมเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก-ตีบตันมากขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงจะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ชาย สอดรับกับสถิติที่พบว่า ผู้หญิงมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก-ตีบตันถึง ร้อยละ 60 ในขณะที่ผู้ชายมีโอกาส ร้อยละ 40 สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำได้โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยง นั่นคือ ควรวัดความดันโลหิตเป็นระยะ และหมั่นตรวจสุขภาพประจำปี เป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้รู้ว่ามีคามผิดปกติอะไรในร่างกาย ไม่เพียงเท่านี้ ควรปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้คงที่ด้วย เช่น ออกกำลังกาย งดกินเค็มเค็มรสจัด กินอาหารไขมันต่ำ ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ และหากมีอาการผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดลำบาก ควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุด รวมทั้งควรตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจ เพื่อตรวจหาความเสี่ยง เพราะอาจเกิดลิ้นเลือดในหัวใจ หลุดเข้าไปอุดตันในหลอดเลือดสมองได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

#### **ผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

เบาหวานเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอย่างมากเพราะเบาหวานทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย เห็นได้จากสาเหตุการตายส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นอัตราตายที่สูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 7 เท่า ในด้านการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก็ป่วยด้วยโรคนี้สูงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-4 เท่าตัว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากเริ่มรักษา ก็อยู่ในอัตราที่สูงมากเช่นกัน การควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องทำอย่างจริงจังเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน เกณฑ์

ต่างๆที่ใช้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานจึงต่างกับเกณฑ์ที่ใช้ในคนทั่วไปเช่นการควบคุมความดันโลหิตและการควบคุมระดับไขมันในเลือด Aekplakorn et al., (2003)

มีงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าในหลายสิบปีที่ผ่านมาอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรอเมริกันลดลงแต่ไม่ลดในผู้ป่วยเบาหวาน งานวิจัยพบว่าหญิงวัยกลางคนที่เป็นเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจเพิ่มขึ้นเหมือนในผู้ชาย ในขณะที่โดยทั่วไปผู้หญิงจะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจช้ากว่าผู้ชายประมาณ 10 ปี แต่ในผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวานการหายจะล่าช้ากว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (heart attack) จะมีการรุนแรงกว่าคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน การศึกษาหนึ่งได้แสดงให้เห็นว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานอาจจะตายในปีแรกหลังเกิดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคเบาหวานทำให้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงในการทำหัตถการต่างๆ ที่ออกแบบเพื่อประเมินและรักษาหลอดเลือดอุดตัน (การฉีดสี; การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือการทำผ่าตัด bypass) นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน โรคหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดแดงที่ขาตีบตัน สูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่าตัว Standards of Medical care in Diabetes. (2005)

เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญมากในการทำ ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาใน USA พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ (age-adjusted prevalence of CHD) สูงถึง 45% ในผู้ป่วยเบาหวานเทียบกับในผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานที่มีความชุกเพียง 25% การศึกษาเมื่อนานมานี้แสดงให้เห็นว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถทำนายอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้โดยตรง เช่น ในกรณีที่ใช้ระดับ HbA1c เป็นตัวบอกระดับน้ำตาล พบว่าการมีระดับ HbA1c สูงขึ้น 1% จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 10-30% นอกจากความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะสูงในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยเหล่านี้ยังมีการพยากรณ์โรคทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เลวกว่ามาก ดังจะเห็นได้จากอัตราการเสียชีวิต (ช่วง 30 วัน ถึง 1 ปี) ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานสูงกว่าในผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานประมาณ 50-100% Stevens RJ, Coleman RL, Adler AI et al., (2004)

### ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง

ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีระดับไขมันผิดปกติในเลือด (dyslipidemia) ระดับไขมันผิดปกติในเลือดเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม เป็นผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) ตามมาที่พบบ่อยคือ โรคหลอดเลือดสมอง



(cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial disease) ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดมีได้หลายรูปแบบได้แก่

1. ระดับโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol, TC) สูงในเลือด
2. ระดับ low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) สูงในเลือด
3. ระดับ high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ต่ำในเลือด
4. ระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride, TG) สูงในเลือด
5. ระดับไขมันผิดปกติแบบใดแบบหนึ่งร่วมกัน 2 อย่างขึ้นไป

ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดเพียงอย่างเดียวมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเช่นกัน แต่ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดควบคู่กับระดับ HDL-C ต่ำในเลือด มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะของ LDL ที่เป็น small dense LDL Metabolic syndrome เป็นกลุ่มอาการซึ่งประกอบด้วยลักษณะอ้วนลงพุง (abdominal obesity), atherogenic dyslipidemia (ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดและระดับ HDL-C ต่ำในเลือด โดยระดับโคเลสเตอรอลรวม หรือ LDL-C อาจปกติหรือสูง และเป็น small dense LDL particles) ความดันโลหิตสูง ภาวะดื้ออินซูลินโดยระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือสูง (insulin resistance with or without glucose intolerance) รวมทั้ง prothrombotic และ proinflammatory states ในปัจจุบันจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยและรักษา metabolic syndrome อย่างจริงจัง เนื่องจากมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มเป้าหมายของการรักษาที่สำคัญรองจากกลุ่มที่มีระดับ LDL-C สูงในเลือดเพียงอย่างเดียว (วิชัย ตันไพจิตร, 2540)

**สาเหตุของภาวะไขมันผิดปกติในเลือด** (Ginsberg HN & Goldberg IJ, 2001)

ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามสาเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นดังนี้

1. ไขมันผิดปกติในเลือดปฐมภูมิ (primary dyslipidemia)
2. ไขมันผิดปกติในเลือดทุติยภูมิ (secondary dyslipidemia)
3. ไขมันผิดปกติในเลือดจากอาหาร (dietary dyslipidemia)

**ไขมันผิดปกติในเลือดปฐมภูมิ**

ภาวะนี้เป็นความผิดปกติจากสาเหตุทางพันธุกรรม โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้คือ polygenic hypercholesterolemia, familial hypercholesterolemia (FH) และ familial combined hyperlipidemia



### ไขมันผิดปกติในเลือดทุติยภูมิ

ภาวะนี้เกิดจากโรคทางกายหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและ/หรือสลาย lipoprotein ทำให้ระดับไขมันผิดปกติในเลือดโดยสาเหตุที่ทำให้ LDL-C สูง ได้แก่ hypothyroidism, cholestasis, nephritic syndrome, ยาบางชนิดเช่น thiazides, progestogens, cyclosporine สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ไตวาย การดื่มสุรา การตั้งครรภ์ ภาวะเครียด และยาบางชนิดเช่น estrogen, beta-blockers, glucocorticoids, thiazides, protease inhibitors สาเหตุที่ทำให้ HDL-C ในเลือดต่ำกว่า ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และยา anabolic steroids, testosterone, progestogen, beta-blockers เป็นต้น

### ไขมันผิดปกติในเลือดจากอาหาร

การบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาวะ LDL-C ในเลือดสูง คือ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและ/หรือกรดไขมันอิ่มตัวมาก ได้แก่ ไขมันสัตว์ หมูสามชั้น เนย เนื้อสัตว์ที่มีมันมาก ไข่แดง ไข่กรอก อาหารที่ก่อให้เกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโทสและซูโครสสูง เป็นต้น

### เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินระดับไขมันผิดปกติในเลือด

การศึกษาทางวิทยาการระบาดพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นควรมีระดับไขมันในเลือดดังนี้คือ TC < 200 มก/ดล LDL-C < 100 มก/ดล HDL-C  $\geq$  40 มก/ดล และ TG < 150 มก/ดล นอกจากนี้ควรมีอัตราส่วน TC/ HDL-C < 4.5 และ LDL-C/HDL-C < 3.0 ตารางที่ 3 แสดงถึงเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะระดับไขมันผิดปกติในเลือด ซึ่งกำหนดโดย National Cholesterol Education Program (NCEP)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3. เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของระดับไขมันในเลือด

ระดับไขมัน (มก/ดล)	ความหมายทางคลินิก
<b>LDL cholesterol</b>	
<100	เหมาะสม
100-129	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม (ยอมรับได้)
130-159	กำกวม
160-189	สูง
>190	สูงมาก
<b>Total cholesterol</b>	
<200	เหมาะสม
200-239	กำกวม
>240	สูง
<b>HDL cholesterol</b>	
<40	ต่ำ
>60	สูง
<b>Triglyceride</b>	
<150	เหมาะสม
150-199	กำกวม
200-499	สูง
>500	สูงมาก

**การจัดระดับความเสี่ยงเพื่อควบคุมภาวะไขมันผิดปกติในเลือด (Risk stratification)**

ระดับความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 3 ลำดับซึ่งมีผลต่อการกำหนดระดับ LDL-C ที่พึงมีในเลือด หากมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดร่วมด้วย (>200 มก/ดล) ให้ใช้ระดับ non-HDL-C แทน ระดับ non-HDL-C คือค่า total cholesterol ลบด้วย HDL-C (ตารางที่ 4)

ระดับ 1 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้ว และผู้ที่มีโรคอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงเทียบเท่ากับเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่

- โรคเบาหวาน
- Ischemic stroke ที่เกิดจากหลอดเลือด carotid artery, transient ischemic attack

- Symptomatic peripheral arterial disease

- Abdominal aortic aneurysm

ในกลุ่มนี้ระดับไขมันที่พึงมีในเลือด คือ LDL-C <100 มก/ดล หรือ non-HDL-C <130 มก/ดล

#### ตารางที่ 4. แสดงระดับไขมันที่พึงมีในเลือดตามระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ระดับ LDL-C ที่ พึงมีในเลือด (มก/ดล)	ระดับ TG ที่ พึงมีในเลือด (มก/ดล)	ระดับ HDL-C ที่พึงมีในเลือด (มก/ดล)	ระดับ non-HDL-C ที่พึงมีในเลือด* (มก/ดล)
เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือเป็นโรคที่มีความ เสี่ยงเทียบเท่า	<100	<150	>40	<130
มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อขึ้นไป	<130	<150	>40	<160
มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ	<160	<150	>40	<190

\* ระดับ non-HDL-C ใช้ในกรณีที่ TG>200 มก/ดล

**ระดับ 2** เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงปานกลางในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ไม่รวม LDL-C ได้แก่

- สูบบุหรี่
- ความดันโลหิตสูง (ความดัน >140/90 mmHg หรือ ได้รับยาลดความดันโลหิต)
- HDL-C ต่ำ (< 40 มก/ดล)
- มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อายุน้อยกว่า 55 ปี, ผู้หญิงเป็นอายุต่ำกว่า 65 ปี

- อายุ ผู้ชายมากกว่า หรือ เท่ากับ 45 ปี ผู้หญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี ในกลุ่มนี้ไขมันในระดับที่พึงมีในเลือด คือ LDL-C <130 มก/ดล หรือ non-HDL-C <160 มก/ดล

**ระดับ 3** เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงน้อยในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับระดับ 2 ในกลุ่มนี้ไขมันระดับที่พึงมีในเลือด คือ LDL-C <160 มก/ดล หรือ non-HDL-C <190 มก/ดล ทั้งในระดับ 2 และ ระดับ 3 หากค่า HDL-C >60 มก/ดล นับปัจจัยเสี่ยงลดลง 1

## 1.10 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Santus et al., 1990)

1.10.1 **ด้านร่างกาย** ความรุนแรงของปัญหาขึ้นอยู่กับบริเวณและขนาดของสมองที่ได้รับอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่

1.10.1.1 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวาจะมีการเริ่มต้นการเคลื่อนไหวลำบาก ใช้เวลาเรียนรู้กิจกรรมการเคลื่อนไหวนาน การเคลื่อนไหวช้าลง หรืออาจมีความผิดปกติมากขึ้น ส่วนผู้ที่อ่อนแรงซีกซ้ายอาจมีปัญหาการทรงตัว หรือการเคลื่อนไหว อาการรุนแรงที่พบบ่อยคือ ขาหุบ แขนพับงอเข้าหาตัว นิ้วมือกำ และงอเข้า ขาเหยียดตรง ศีรษะจะเอียงไปด้านที่อ่อนแรง ส่วนหน้าจะหันไปตามปกติ นอกจากนี้อาจพบอาการพูดลำบาก การกลืนลำบากพบร้อยละ 44.7 เกิดจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรง ทำงานไม่ประสานกัน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปากลดลง อาจเกิดปัญหาการสำลักได้ (Kalaria & Ballard, 2001)

1.10.1.2 ความบกพร่องทางด้านสติปัญญาการรับรู้ ความจำ ผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่องพบร้อยละ 43.9 พบบ่อยในผู้ป่วยสมองซีกขวาถูกทำลาย ทำให้เกิดอัมพาต ส่วนซีกซ้ายมีผลต่อการรับรู้มากกว่าผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา ความผิดปกติของการรับรู้มีผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องทางสติปัญญา และการด้อยสมรรถภาพในหลาย ๆ ส่วนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ

1.10.1.3 ความบกพร่องทางการสื่อสาร ผู้ที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายมักพบความผิดปกติของการสื่อสาร ได้แก่ โบรคาอะเฟเซีย (Broca's aphasia) คือ ผู้ป่วยจะตอบคำถามได้แต่ไม่สามารถพูดประโยคที่สมบูรณ์ถูกต้อง ผู้ป่วยมักจะหงุดหงิดและเครียด ส่วนเวร์นิกอะเฟเซีย (Wernicke's aphasia) ผู้ป่วยจะพูดเป็นประโยคได้ การใช้คำ การออกเสียงและไวยากรณ์

1.10.1.4 ความบกพร่องของการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อหลายข้อพร้อมกันและต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อกรดยืนและการเดิน ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ มีผลต่อการรับรู้และทำให้เกิดภัยอันตรายต่อตนเองได้ ผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกหลายชนิดรวมกัน เช่น ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุด ไม่สามารถบอกสิ่งของที่สัมผัสได้ การสูญเสียลานสายตา ผู้ป่วยจะไม่สามารถกะระยะทาง ขนาดตำแหน่ง ความเร็วในการเคลื่อนไหว ปัญหาความบกพร่องของประสาท



รับรู้ความรู้สึกและการบอดครั้งหนึ่งของแนวสายตาทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต

1.10.1.5 ความบกพร่องของการควบคุมการขยับถ่าย ทำให้ไม่สามารถกลืน บัสสาวะหรืออุจจาระ หรือไม่สามารถขยับถ่ายได้ตามปกติ ซึ่งการกลืนบัสสาวะไม่ได้มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ปัญหาการขยับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาท้องผูกเนื่องจากในระยะ 2-3 วันแรกมักไม่ได้รับสารอาหารและน้ำทางปาก หลังจากนั้นจึงเริ่มให้อาหารเหลวทางสายยางปริมาณไม่มากอาหารมีกากน้อย

1.10.1.6 ความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ เพศชายมักมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวที่อาจเป็นผลจากยาลดความดันโลหิตสูง ส่วนเพศหญิงมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอด ทำให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

1.10.2 **ด้านจิตใจ** การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพา และความผาสุกของบุคคล ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัวจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิตการแสดงพฤติกรรมทางจิต ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

1.10.2.1 การสูญเสีย (Loss) มี 2 ลักษณะ คือ การสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเสียหายหน้าที่ของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค และการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจนเป็นเรื่องของความรู้สึก เสียความภาคภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์เศร้าออกมา

1.10.2.2 ความเครียด(Stress)เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวก่อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันที จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด

1.10.2.3 ความวิตกกังวล(Anxiety) เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนาน กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งที่คุกคามอาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และความรู้สึก

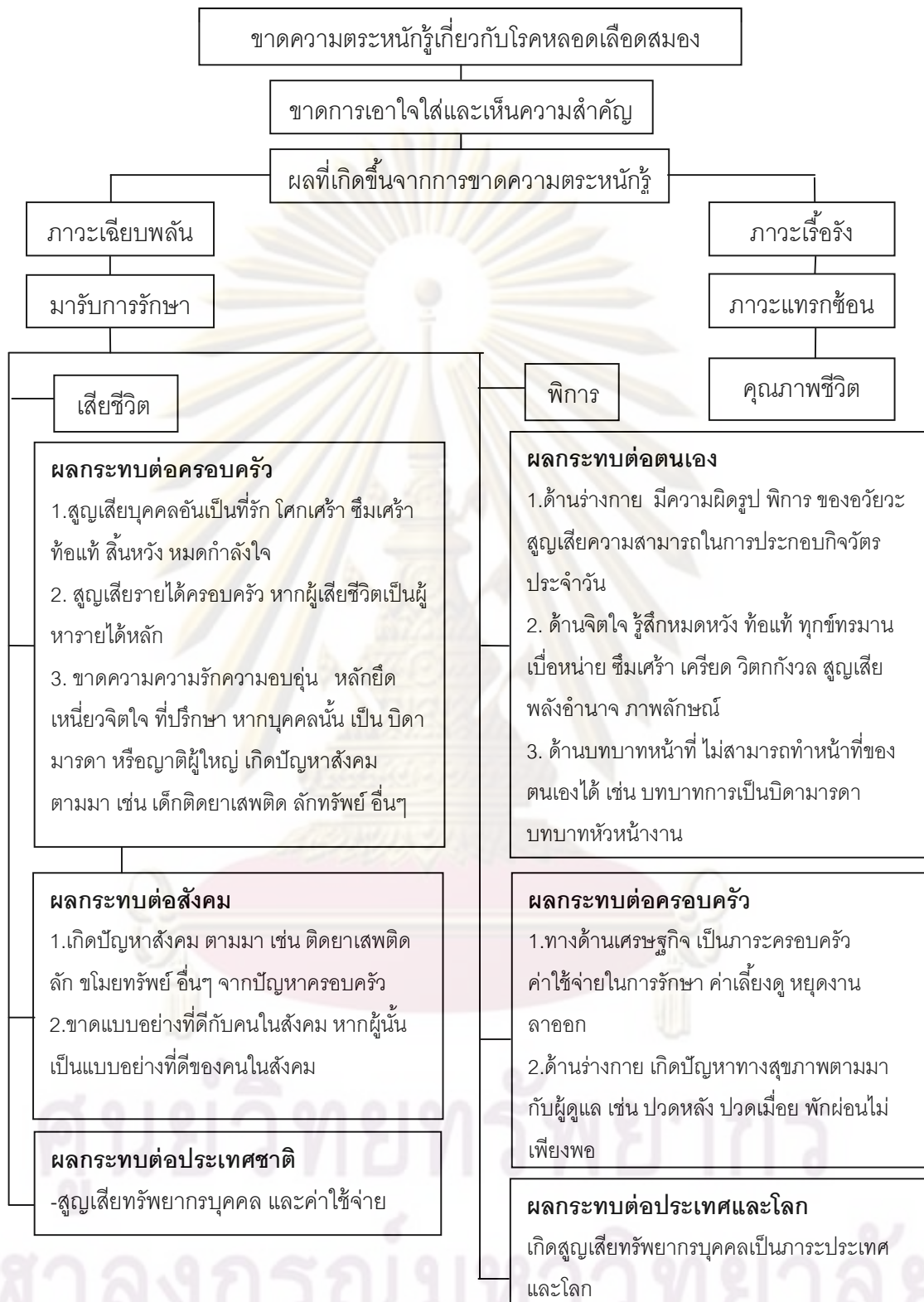
ไม่แน่นอน การคาดคะเนความทุกข์ทรมานจากโรค ปัญหาเศรษฐกิจปัญหาครอบครัว กังวลที่ไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ และกลัวการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

1.10.2.4 ภาวะซึมเศร้า(Depression)พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าสมองซีกขวา จากการศึกษาของ Robinson (1992) ได้ทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลาง เฉลี่ยร้อยละ 34 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า คือ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง

1.10.3 **ด้านสังคม** ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง จะรู้สึกว่าคุณค่าไม่อาจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีความห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง จากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าส่งผลกระทบต่อทั้งตนเอง สังคม ประเทศชาติ เพื่อสามารถเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้น อย่างชัดเจน และครอบคลุมในรายละเอียด ผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็น แผนภูมิที่ 1 ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 1 แสดงผลกระทบที่เกิดจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง



## 1.11 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

### 1.11.1 การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดี

#### 1.11.1.1 การปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ

อาหารที่ส่งเสริมให้สุขภาพดี เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) มีดังนี้

1. รับประทานผลไม้สด หรือผักสด อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน (400 – 500 กรัม) โดย 1 ส่วน เทียบได้กับ กลัวย แอปเปิ้ล ส้ม หรือมะม่วงขนาดปกติ 1 ผล หรือผักสุก 2 ช้อนโต๊ะ มะเขือเทศผลใหญ่ 1 ผล ในหนึ่งวันควรรับประทานผักสุกอย่างน้อย 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ และผลไม้หลังอาหารหรือระหว่างมื้ออย่างน้อย 1 ชนิด 2 ครั้ง/ วัน (ไม่ควรเกิน 10-15 คำ/มื้อ แล้วแต่ชนิดผลไม้หวานมากหรือน้อย) ถ้าไม่มีผลไม้สามารถรับประทานผักแทนได้ 2 ทัพพี และควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น อาหารประเภทถั่ว ข้าวซ้อมมือ หรือเมล็ดพืช เป็นต้น

2. ลดการบริโภคเกลือลงให้น้อยกว่า 1ช้อนชาหรือ 6 กรัม/วัน รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารจานด่วน อาหารแช่แข็ง หรืออาหารที่ผ่านรูปแบบการถนอมอาหารแบบต่างๆ เช่น การดอง การตากแห้ง การหมัก เนื่องจากมีเกลือเป็นส่วนประกอบจำนวนมาก จากการคาดประมาณพบว่าถ้าลดการบริโภคเกลือลง 50 มิลลิกรัมต่อวัน จะลดจำนวนผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตลงได้ครึ่งหนึ่ง และลดจำนวนการตายจากอัมพาตได้ร้อยละ 22

3. การลดการรับประทานอาหารไขมันสูง เนื่องจากไขมันให้พลังงานสูง ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น โดยไขมันแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.1 ไขมันอิ่มตัว เมื่อย่อยสลายจะได้โคเลสเตอรอล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ดังนั้นจึงจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมัน กลุ่มนี้ประกอบอยู่

3.2 ไขมันไม่อิ่มตัว การรับประทานอาหารที่มีไขมันกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า แต่ไขมันกลุ่มนี้ยังคงให้พลังงานสูง ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรรับประทานในจำนวนมากเกินไป

ในการประกอบอาหารเพื่อลดปริมาณไขมันควรปฏิบัติ ดังนี้

- ใช้น้ำมันเพียงเล็กน้อย
- ใช้การประกอบอาหารโดยการปิ้ง นึ่ง อบ หรือย่าง ในการประกอบอาหารแทนการทอด

- เลาะหนังหรือไขมันออกก่อนนำมาปรุงอาหาร
- เลือกรับประทานเนื้อไก่ เนื้อปลาแทนเนื้อแดงจากหมู วัว และแกะ

นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันจากปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 2 ส่วน เนื่องจากมีกรดไขมัน โอเมกา-3 ซึ่งช่วยป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ดังนั้น จึงป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

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

#### 1.11.1.2 การปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการควบคุมน้ำหนักตัว

##### การควบคุมน้ำหนักตัว

ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เพิ่มขึ้น ภาวะนี้ประเมินได้โดยการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI = น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/ ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ซึ่งมาตรฐานของต่างประเทศ ดัชนีที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ในคนไทยซึ่งมีขนาดร่างเล็กกว่าชาวต่างชาติ น้ำหนักตัวที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> กรณีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมาตรฐานสากล 25-29.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ในคนไทย 23-24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) จำเป็นต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ถ้ามีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายตามมาตรฐานสากลมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ในคนไทยมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) จำเป็นต้องลดน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างจริงจังและเข้มงวด

นอกจากการคำนวณหาดัชนีมวลกายแล้ว การประเมินภาวะอ้วนลงพุง (Central Obesity) โดยการวัดรอบเอวผ่านสะดือ ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ซึ่งในเพศชายเส้นรอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว (หรือ 90 เซนติเมตร) และเพศหญิงไม่ควรเกิน 32 นิ้ว (หรือ 80 เซนติเมตร)

##### การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย มีความหมายกว้างกว่าการออกกำลังกาย เนื่องจาก หมายถึง การมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งในและนอกเวลาว่าง รวมทั้งการเดินทาง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการมีสุขภาพดี และการมีความสุขในชีวิต การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน การทำสวน ทำงานบ้าน หรือการเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เคยปฏิบัติเป็นประจำบางอย่าง เช่น เดินขึ้น

บันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินระยะใกล้ๆ แทนการขับรถ หรือการลุกขึ้นทำกิจกรรมอื่นแทนการนั่งดูโทรทัศน์ การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้อย่างน้อย วันละ 30 นาที โดยไม่จำเป็นต้องปฏิบัติต่อเนื่องกัน และปฏิบัติอย่างน้อย 5 วัน / สัปดาห์ ก็จะสามารถป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ได้

กรณีที่มีโรคประจำตัว ควรเริ่มปฏิบัติช้าๆ ในกิจกรรมบางอย่างเพียงเล็กน้อยและสังเกตตนเอง ถ้ารู้สึกไม่สบายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ไม่เคยปฏิบัติควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวางแผนการปฏิบัติที่เหมาะสม กรณีรู้สึกสบาย ควรปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อไป และเพิ่มกิจกรรมอื่นๆ ช้าๆ ในระดับเล็กน้อยระหว่างปฏิบัติกิจกรรม ควรประเมินตนเองเป็นระยะ เพื่อปรับกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับตนเอง กรณีปกติไม่มีโรคประจำตัว การปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม คือ เมื่อปฏิบัติกิจกรรมแล้ว อาจมีเหงื่อออกเพียงเล็กน้อย ถ้าปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง จะพบว่าสภาพร่างกายจะมีความพร้อม และความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

### การเลิกบุหรี่

การสูบบุหรี่ไม่ว่าโดยวิธีทางใด จะส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น ดังนั้น การเลิกบุหรี่จึงเป็นวิธีทางที่ดีที่สุดที่จะลดโอกาสเสี่ยงได้ทันที นับจากวันที่เลิกบุหรี่ นอกจากนี้ ประโยชน์ของการเลิก/หยุดบุหรี่ ยังให้ผลการตอบแทนที่คุ้มค่าในด้านอื่นๆ ภายหลังจากหยุดบุหรี่ 2-3 สัปดาห์ ดังนี้

1. รู้สึกสดชื่น ตื่นตัว มีพลังงานสำรองมากขึ้น เหนื่อยน้อยลง นอกจากนี้จะช่วยให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น การเดิน การเคลื่อนไหว สะดวกง่ายขึ้น
  2. รับประทานอาหารอร่อยขึ้น เนื่องจากการรับรู้อรสและกลิ่นดีขึ้น
  3. ลมหายใจสดชื่นขึ้น ไม่เหม็นอับ หรือได้กลิ่นบุหรี่เหมือนเดิม
  4. ประหยัดเงิน
  5. สมาชิกในครอบครัว และ คนรอบข้าง ไม่ตกอยู่ในอันตรายจากการสูดควันบุหรี่
- อย่างไรก็ตาม มีบุคคลจำนวนมากที่พยายามเลิกบุหรี่หลายครั้ง กว่าจะประสบความสำเร็จ ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุด คือความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ประกอบการวางแผนที่ดี และเริ่มต้นปฏิบัติอย่างจริงจัง

### การวางแผนเลิกบุหรี่

ต้องเลือกหนทางที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด และเมื่อตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ควรวางแผนที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

1. วันที่แน่นอนที่จะเลิกบุหรี่
2. ตั้งเป้าหมายของการเลิกบุหรี่ไว้ที่ตนเอง
3. บอกให้ครอบครัวและคนรอบข้างสนับสนุนช่วยเหลือการเลิกบุหรี่



#### 4. วางแผนสิ่งที่จะปฏิบัติ เมื่อเกิดความอยากบุหรี่

บุหรี่เป็นสารเสพติดเมื่อเสพแล้วเลิกภายใน 1 สัปดาห์แรก จะมีความอยากบุหรี่ หรืออาการลงแดง อย่างรุนแรง เช่น ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า สมาธิลดลง และเมื่อเวลาผ่านไปภายใน 6 เดือนแรก จะมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ได้อย่างง่ายดาย ถ้าไม่ปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตในระหว่างที่มีอาการของความอยากบุหรี่ มีผลิตภัณฑ์ซึ่งช่วยลดอาการดังกล่าวได้ คือ หมากฝรั่งนิโคตินหรือแผ่นติดผิวหนัง หรือยาเม็ดที่มีส่วนผสมของนิโคติน ซึ่งสามารถติดต่อขอทราบวิธีการใช้ได้จากคลินิกอดบุหรี่

#### ข้อควรปฏิบัติในการเลิกบุหรี่อย่างถาวร

1. อย่าอนุญาตให้ตนเองสูบบุหรี่ โดยคิดเพียงว่า “แค่มวนเดียว” เมื่อใดที่เริ่มสูบบุหรี่แค่มวนเดียว จะทำให้เกิดความอยากบุหรี่ตามมา
2. อย่าปล่อยให้ตัวเองมีเวลาว่าง เพราะจะทำให้มีเวลาคิดถึงความอยากบุหรี่และเมื่อรู้สึกอยากบุหรี่มาก ให้บอกกับตัวเองว่ารอเวลาอีก 5 นาที แล้วรีบหางานอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความอยากบุหรี่
3. หลีกเลี้ยงสถานที่หรือเพื่อนที่สูบบุหรี่ รวมทั้งบอก/ขอร้องคนในครอบครัว และคนรอบข้างไม่ให้สูบบุหรี่ต่อหน้า
4. ในระยะสัปดาห์แรกหลังเลิกบุหรี่ ควรเข้านอนหัวค่ำ พักผ่อนมากขึ้น และหลีกเลี้ยงความเครียด รวมทั้งเตือนตัวเองเสมอว่า “หลังจากผ่านสัปดาห์นี้ไป ทุกอย่างจะดีขึ้น” และเมื่อผ่านระยะสัปดาห์แรก เมื่อความอยากบุหรี่ยลดลง ควรปรับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้เลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร
5. ตั้งเป้าหมายในใจ และคิดถึงสิ่งดีๆ ความรู้สึกดีๆ ที่ได้รับหลังจากเลิกบุหรี่
6. เก็บเงินส่วนที่ประหยัดได้จากการเลิกบุหรี่ไว้ สำหรับให้รางวัลกับความสำเร็จของตนเอง
7. อย่ากังวลกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหลังจากเลิกบุหรี่ เนื่องจากสามารถควบคุมได้ โดยควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ขอให้ระลึกเสมอว่า “สิ่งที่สำคัญที่สุดขณะนี้ คือ การเลิกบุหรี่”

การควบคุมภาวะ / โรคที่เกิดขึ้นตามวัยเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) มีดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

### การควบคุมความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่เกิดขึ้นเงียบๆ โดยไม่แสดงความผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ถูกชะเลยและไม่ได้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว แสดงถึงโรคที่รุนแรงขึ้น ก็จำเป็นต้องได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว แสดงถึงโรคที่รุนแรงขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิต

### สาเหตุและผลที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงมาจากหลายประการทั้งที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ เช่น กรรมพันธุ์ อายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งวิถีในการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารลดเค็ม การไม่ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม การดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากเป็นประจำ หรือการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นประจำ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยังส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องดูแลตนเอง เพื่อป้องกันควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม

### การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมความดันโลหิตสูง

1. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม (มาตรฐานสากล ดัชนีมวลกาย  $18.5-22.9$  กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> เส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกน้อยกว่า 1 หรือเส้นรอบเอวผ่านสะดือในผู้หญิงน้อยกว่า 32 นิ้ว ผู้ชายน้อยกว่า 36 นิ้ว)
  2. ทำกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ กระดับกระแฉ่งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  3. รับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการรับประทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น จำกัดเกลือ และไขมันในอาหาร (ลดเกลือ เพิ่มผัก)
  4. หยุดสูบบุหรี่
  5. ไม่ดื่ม/ดื่มแอลกอฮอล์อย่างพอเหมาะ คือผู้หญิงน้อยกว่า 1 แก้ว/วัน ชายน้อยกว่า 2 แก้ว/วัน ขนาดของแก้วตามแอลกอฮอล์แต่ละชนิด(เบียร์ 250 มิลลิลิตร ไวน์ 100 มิลลิลิตร วิสกี้ 25 มิลลิลิตร)
  6. พบแพทย์ เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- การปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น สามารถป้องกันควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่ไม่สามารถรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น หากปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวแล้ว ระดับความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทางยาลดระดับความดัน

โลหิต อย่างไรก็ตามยังคงมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิตอีกทางหนึ่ง

### การควบคุมเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต แสดงอาการโดยการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลมาจากการขาดอินซูลิน และหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ในคนที่เป็นเบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต) สูงกว่าคนปกติ 2-4 เท่า

### สาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากเบาหวาน

เบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1. เบาหวานชนิดที่ 1 พบมากในเด็กและวัยรุ่น เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ผลิตอินซูลิน ไม่ได้ ร่างกายจึงขาดอินซูลินในการนำน้ำตาลกลูโคสจากหลอดเลือดเข้าสู่เซลล์ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดนี้ จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลินตลอดชีวิต

2. เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ แต่ปัจจุบันแนวโน้มเด็กและวัยรุ่น เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคอ้วนในเด็กและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น รับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งเบาหวานชนิดนี้เกิดขึ้น เนื่องจากตับอ่อนผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอหรือร่างกายใช้ประโยชน์จากอินซูลินได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ดังนั้น การรักษาจึงไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน (ยกเว้นในคนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้) แต่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางประการ ร่วมกับการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

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

### ข้อบ่งชี้โรคเบาหวาน

คนที่อายุ 40 ปีขึ้นไปทุกคน และมีปัจจัยบ่งชี้โอกาสพบเป็นเบาหวานข้อใด ข้อหนึ่ง ต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยปีเว้นปี



ข้อบ่งชี้โอกาสเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี
2. อ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)
3. มีพ่อ แม่ พี่น้องเป็นเบาหวาน
4. เป็นโรคความดันโลหิตสูง
5. เป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์  $\geq 250$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ HDL cholesterol  $\leq 35$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
6. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตร น้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
7. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะความทนต่อกลูโคสผิดปกติ (Impaired fasting glucose tolerance: IGT) หรือภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารผิดปกติ (Impaired fasting glucose tolerance: IGT) ในคนที่มีปัจจัยบ่งชี้โอกาสพบเป็นเบาหวานแม้ว่าอายุยังไม่ถึง 40 ปี ควรสังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ ถ้าพบอาการดังกล่าว ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อรับการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดทันที อาการเริ่มแรกที่น่าสงสัยว่าเป็นเบาหวาน ได้แก่

1. เหนื่อยง่าย เพลียมากกว่าปกติ
2. กระหายน้ำมาก ตื่นน้ำมาก และปัสสาวะน้อยกว่าปกติ
3. ตามัว
4. ติดเชื้อง่ายและบ่อย
5. มีแผลหายยากกว่าปกติ

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

### การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมเบาหวาน

ถ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง ดังนั้น จึงควรปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนินชีวิตเพียงอย่างเดียวได้ แพทย์จะให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ให้เหมาะสม ดังนี้

1. รับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพหลีกเลี่ยงอาหารที่มีพลังงาน น้ำตาลและไขมันสูง
2. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
3. ดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยที่สุด
4. มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ระวังกระเจงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. ติดตามระดับน้ำตาล สอบถาม และปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ

ในกรณีถ้าเป็นเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตเพียงอย่างเดียวได้ แพทย์จะให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย และถ้ายังไม่เพียงพอในการลดระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์อาจพิจารณาให้ฉีดอินซูลิน ดังนั้นผู้ที่เบาหวานจึงจำเป็นต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มาพบแพทย์ รวมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่และเหมาะสม

### ข้อควรปฏิบัติในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่คงที่ จะก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายตามมา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่อย่างสม่ำเสมอ ข้อควรปฏิบัติ เพื่อควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่และเหมาะสม ดังนี้

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

### การควบคุมระดับไขมันในเลือด

ไขมันประกอบด้วยโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งถ้ามีมากเกินไปจะสะสมที่ผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อมเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโคเลสเตอรอล เป็นไขมันที่ไม่ละลายในเลือด ดังนั้น จึงต้องจับกับโปรตีนชื่อ ไกลโปโปรตีน เพื่อไหลเวียนไปทั่วร่างกาย โคเลสเตอรอล แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. HDL cholesterol เป็นโคเลสเตอรอลที่จับกับโปรตีน ชื่อ HDL (high density lipoprotein: HDL) นับเป็นโคเลสเตอรอลดี ที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค่าปกติของ HDL cholesterol ในเพศชายคือ มากกว่า 40 มิลลิกรัม/ และเพศหญิงมากกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. LDL cholesterol เป็นโคเลสเตอรอลที่จับกับโปรตีน ชื่อ LDL (Low density lipoprotein: LDL) ซึ่งเป็นโคเลสเตอรอลไม่ดี ที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค่าปกติของ LDL cholesterol ควรน้อยกว่า 115 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

สาเหตุส่วนใหญ่ของการมีไขมันในเลือดสูง มักเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เมื่อมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะไม่มีอาการ หรืออาการเตือนใดๆ แพทย์จะวินิจฉัยภาวะนี้ได้ด้วยการเจาะเลือดตรวจหาระดับไขมันในเลือดเท่านั้น

### การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมไขมันในเลือดสูง

1. รับประทานอาหารที่เพิ่มผัก ผลไม้ ลดการรับประทานไขมันจากสัตว์ และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง
2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
3. มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ กระฉับกระเฉงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้นและระดับไขมันในเลือดยังคงสูง แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดไขมันในเลือด ถ้ารับประทานยาแล้วไม่มีผลข้างเคียงใดๆ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และยังคงจำเป็นต้องปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันควบคุมไขมันในเลือดอย่างต่อเนื่องสืบไป

### 2. แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักรู้

เบนจามิน เอส บลูม ปี ค.ศ. 1971 ได้กล่าวว่า ความตระหนักรู้เกือบจะเป็นลักษณะของพฤติกรรมกรับรู้ แต่ต่างจาก “ความรู้” ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำที่สุด ของฐานการรับรู้ ในเรื่องของ “ความรู้” นั้น เราไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของความจำหรือศักยภาพการหวนระลึก ในสิ่งต่างๆ หรือในสิ่งที่



เราได้รับโอกาสที่เหมาะสมมานั้น ผู้เรียนจะค่อนข้างตระหนักถึงการที่เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในเหตุการณ์ สถานการณ์ ปรากฏการณ์ หรือสภาวะการณ์ในเหตุการณ์ต่างๆ ราวกับว่า “ความรู้” ไม่ได้โอนมาถึงการ ประเมินของคุณภาพหรือธรรมชาติของสิ่งเร้าต่างๆ ความต่างของ “ความรู้” ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการโอนมาถึงความสนใจ ปรากฏการณ์ วัตถุ หรือสภาวะของเหตุการณ์ เหมือนอย่างการแยกแยะ ลักษณะเฉพาะหรือการจำแนกคุณลักษณะของวัตถุ แม้ว่าลักษณะเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ทำให้เข้าใจไปว่ามีผลกระทบต่อกันแต่ละคนอาจไม่สามารถระบุสภาพของสิ่งเร้าที่เป็นเหตุให้เกิดความตระหนักเหล่านี้ ได้ออกมาเป็นคำพูด

แนวคิดของเบรคเลอร์ (Breckler, 1986) อธิบายถึงความตระหนักรู้ของบุคคลว่า เมื่อบุคคล ได้รับสิ่งเร้าคือ ข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ต่างๆ จะก่อให้เกิด อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และแสดง ออกเป็นพฤติกรรม

### **ความหมายเกี่ยวกับความตระหนักรู้**

Breckler (1986) กล่าวถึงความตระหนักรู้ ว่าเป็นความสำนึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความรู้ ความเชื่อและความประพฤติหรือการปฏิบัติ

Runes (1971: 158) ได้กล่าวอีกว่า ความตระหนักรู้เป็นการกระทำที่เกิดจากความสำนึกแต่ Koffka (1978: 279) ได้เสนอแนวความคิดว่าความตระหนักรู้มีความหมายเหมือนกับความสำนึก (Consciousness) ซึ่งเป็นสภาวะทางจิตที่เกี่ยวกับสภาวะที่บุคคลได้รับความรู้ ได้รับรู้หรือได้ ประสบการณ์ต่างๆ แล้วมีการประเมินค่าและตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่ง หมายความว่า ระยะเวลาหรือประสบการณ์และสถานการณ์แวดล้อม หรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่ ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักขึ้น

Kysenck & Arnold (1972: 281) ได้อธิบายความตระหนักรู้ในแง่ของจิตวิทยาว่า ความ ตระหนักรู้เป็นความสำคัญของความสำนึก (Consciousness) และเจตคติ (Attitude) ความตระหนักรู้ เป็นภาวะของจิตใจ ซึ่งไม่อาจแยกเป็นความรู้สึก หรือความคิดเพียงอย่างเดียวได้โดยเด็ดขาด

Good (1973: 156) ได้ให้ความหมายว่าความตระหนักรู้ หมายถึง ความรู้สึกที่แสดงถึงการ เกิดความรู้ ระลึกได้ ของบุคคล หรือการที่บุคคลแสดงความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

Pandian และคณะ (2005) ได้อธิบายความตระหนักรู้ ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความตระหนักรู้ดังกล่าว จะประกอบด้วย ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมี ทัศนคติหรือความเชื่อของบุคคลที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และแสดงออกด้วยการปฏิบัติต่อเรื่องนั้นๆ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520: 15-16) ให้ความหมายว่า ความตระหนักรู้หมายถึงการที่บุคคล ถูกคิดได้ซึ่งเกิดขึ้นในความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง เหตุการณ์หนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งความรู้สึกได้มีการ ถูกคิด สิ่งใดสิ่งหนึ่งนี้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสภาวะจิตใจ

วิชัย วงศ์ใหญ่ (2526: 25-26) ได้กล่าวถึงความตระหนักรู้ไว้ว่า ความตระหนักรู้เป็นพฤติกรรม ขั้นต่ำสุดทางด้านความรู้ (Cognitive Domain) แต่ความตระหนักรู้นั้นไม่ได้เกี่ยวกับความจำหรือ ความสามารถระลึกได้ ความตระหนักรู้หมายถึงความสามารถนึกคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสภาวะ จิตใจ

จรรยา ขุนทรง (2539: 13) ได้สรุปว่า ความตระหนักรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้น หลังจากการ รับรู้ เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากความทรงจำ เป็น ภาวะที่บุคคลเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากความทรงจำเป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจและ ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับตนเองได้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมอย่าง หนึ่งอย่างใด

ราชนัน พิมพา (2544: 18) ได้สรุปว่า ความตระหนักรู้เป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด และความปรารถนาต่างๆต่อสิ่งหนึ่ง หรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดจนเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ด้วยการพูด เขียน หรืออื่นๆ โดยอาศัยระยะเวลาหรือประสบการณ์หรือสภาพแวดล้อม ในสังคม หรือสิ่งเร้าภายนอกที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ขึ้น ซึ่งความรู้สึกว่ามีหรือถูกคิดถึงสิ่ง หนึ่งสิ่งใด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสภาวะของจิตใจ แต่ไม่เกี่ยวกับความจำกล่าวคือคล้ายความ สำนึก

ฉิตรา ลิ้มวงศ์ (2545: 18) ได้สรุปความหมายของความตระหนักรู้ว่า หมายถึงสภาวะของจิตใจ ที่แสดงออกซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ การเข้าใจ การสำนึกได้ ที่มีต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์ หนึ่ง สภาวะแวดล้อม ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นๆ ทั้งปัจจุบันและในอดีต โดยมีปัจจัยภายนอกเป็นสิ่งเร้า

รัชฎาภรณ์ เจริญพร้อม (2550: 20) ได้สรุปว่าความตระหนักเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้การเข้าใจ การสำนึก ที่มีต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง โดยอาศัยระยะเวลา หรือประสบการณ์หรือสภาพแวดล้อมในชุมชนหรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความ ตระหนักรู้

จากความหมายของความตระหนักรู้ที่วิชาการในสาขาต่างๆ ได้ให้ความหมายไว้ดังกล่าว ข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่า ความตระหนักรู้หมายถึงการแสดงออกซึ่งความรู้สึก ความคิดเห็น ความสำนึก

เป็นภาวะที่บุคคล เข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้โดยอาศัยระยะเวลา เหตุการณ์ ประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยทำให้เกิดความตระหนักรู้

## 2.1 ความหมายความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Awareness)

คำว่า “ความตระหนัก” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Awareness” หมายถึง ความรู้ การรู้ ความมีสติ ประสบการณ์ทางวัตถุหรือทางความคิดอย่างใดอย่างหนึ่ง (Suwannapet, 1995)

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ได้ให้ความหมายของ คำว่า ตระหนัก ว่า หมายถึง รูปประจักษ์ชัด รู้ชัดแจ้ง อาจสรุปและขยายความได้ว่า ความตระหนักรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึก รับรู้ คิดได้ มองเห็นประโยชน์และความสำคัญโดยการแสดงออกมาในทิศทางที่ต้องการตามประสบการณ์ หรือความตระหนักรู้ เป็นการรับรู้ จดคิด หรือมีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งหรือสำนึกถึงบางสิ่งบางอย่างของประสบการณ์ ความตระหนักรู้จะเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมในสังคมหรือสิ่งเร้าภายนอก มากระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้และสะท้อนให้เห็นทางพฤติกรรม

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

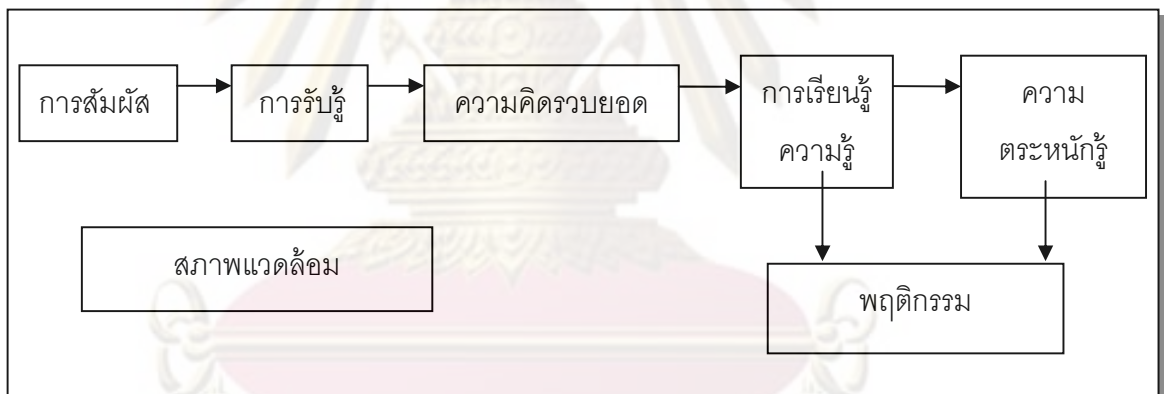
Pancioli ในปี ค.ศ. 1998 ได้ให้ความหมาย ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองว่า คือ การให้ความสำคัญเกี่ยวกับ อาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และ การรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะเพิ่มความเข้าใจที่จะทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความตระหนักรู้ มากขึ้นเป็นการให้ความสำคัญที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับ อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง ในโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำความรู้ที่มีดังกล่าว ประกอบการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต (Pandian, 2006)

สรุปได้ว่า ความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ การรับรู้ คิดได้ มองเห็นประโยชน์และความสำคัญในโรคหลอดเลือดสมองโดยการแสดงออกมาในทิศทางที่ต้องการตามประสบการณ์ หรือเป็นการรับรู้ จดคิด จากการได้รับสิ่งกระตุ้นการรับรู้ ต่ออาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง การรักษา ของโรคหลอดเลือดสมอง และเกิดความตระหนักเมื่อมีเหตุการณ์เกี่ยวกับ



โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นทางพฤติกรรม เช่น การมีความรู้ การมารับการรักษาอย่างทันที่

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



ตารางที่ 5 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนักรู้

ที่มา: Good (1973: 54)

จากแผนภูมิจะสามารถเห็นว่าความตระหนักรู้เป็นผลของกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือสัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการรับรู้ขึ้น (Perception) เมื่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือสัมผัสกับสิ่งเร้าแล้ว จะเกิดการรับรู้ขึ้น เมื่อเกิดการรับรู้แล้ว ต่อไปก็จะนำไปสู่การเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้า นั้น และนำไปสู่การเรียนรู้เป็นขั้นต่อไป คือมีความรู้ในสิ่งนั้น และเมื่อบุคคลเกิดความรู้แล้ว ก็จะมีผลนำไปสู่ความตระหนักรู้ในที่สุดและทั้งความรู้และความตระหนักรู้ นี้ก็จะนำไปสู่การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า นั้นๆต่อไป



### องค์ประกอบที่สำคัญของความตระหนักรู้

เบรคเลอร์ (Breckler, 1986) กล่าวว่า ความตระหนักรู้ (Awareness) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Consciousness of Something) จำแนกและรับรู้ (Recognitive) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับด้านความรู้สึกละอารมณ์ ความสำนึก ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง โดยมีเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมในสังคม หรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของความตระหนักรู้ มี 3 ประการได้แก่

1. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) ความรู้หรือความเข้าใจ จะเริ่มต้นจากระดับง่าย และพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ
2. อารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) เป็นความรู้สึก ต่อค่านิยม ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้า ดี หรือ ไม่ดี
3. พฤติกรรม หรือการปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้า หรือแนวโน้มที่บุคคลจะทำ

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

**ความรู้** เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

**ความเชื่อ** คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของBecker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง การให้ความสำคัญให้ความสำคัญพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งความเชื่อของบุคคลก็ขัดแย้ง กันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของความเชื่อเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย (Green, 1980: 72)

**พฤติกรรม** ในที่นี้ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติ ซึ่ง ปิยาภรณ์ นิภาพันธ์ (2549) ได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารเช้าไม่ครบถ้วนหรือไขมันมากเกินไปจนความจำเป็น การรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไป แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จากความหมายต่าง ๆ ของพฤติกรรม สรุปได้ว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทั้งที่สังเกตได้ คือ พฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกและที่สังเกตไม่ได้คือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน

#### **ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้**

ในเรื่องนี้ ทนงศักดิ์ ประสบกิตติกุล (2534: 22-23) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ดังต่อไปนี้

1. ประสบการณ์ที่มีต่อการรับรู้
2. ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อม บุคคลใดมีความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมนั้นก็ทำให้บุคคลนั้นมีความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น
3. ความใส่ใจในการให้คุณค่า ถ้าบุคคลมีความใส่ใจในเรื่องใดมากก็จะมี ความตระหนักรู้ในเรื่องนั้นมาก ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้านั้นสามารถทำให้ผู้พบเห็นเกิดความสนใจ ย่อมทำให้ผู้พบเห็นเกิดการรับรู้และเกิดความตระหนักรู้มากขึ้น
4. ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ถ้าบุคคลใดได้รับรู้บ่อยครั้งเท่าใด หรือนานเท่าใดก็ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดความตระหนักรู้ได้มากขึ้น

#### **แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้**

การรับรู้เป็นปัจจัยของความตระหนักรู้ Awareness ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้/การสัมผัสรู้เป็นเรื่องเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลมีการมองเห็นหรือพิจารณาเกี่ยวกับตนเอง และโลกของบุคคลว่าเป็นอย่างไร ซึ่งการรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่แยกออกไปไม่ได้จากพื้นฐานอื่น ๆ เนื่องจากความต้องการของบุคคลและแรงจูงใจต่างๆ คือ สิ่ง que บุคคลได้รับรู้และทำให้บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งก็เพราะบุคคลมีการรับรู้/การสัมผัสรู้ที่แตกต่างกัน

## ความหมายของการรับรู้

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

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

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

นอกจากนี้ การรับรู้ยังสามารถอธิบายได้อย่างง่ายๆ คือหมายถึง กระบวนการตีความที่ผ่านประสาทสัมผัสใดๆ โดยตรง ซึ่งจากความหมายนี้คำที่จะสื่อความหมายเดียวกับการรับรู้ การสัมผัสสัมผัส อันเป็นการรับรู้ที่เกิดจากการรับรู้สัมผัสเข้ามาทางประสาทสัมผัสเกิดเป็นความเข้าใจหรือความรู้สึภายในของบุคคล ดังนั้นกล่าวอีกอย่างคือ การรับรู้ คือ กระบวนการที่คนเราแปลความหมายของสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากการสัมผัส โดยใช้ความรู้และประสบการณ์เดิม เป็นเครื่องช่วยแปลความหมายนั้น การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล หลังจากได้รับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกโดยมีการตีความ หรือ การแปลความสิ่งเร้านั้นๆ ออกมาในรูปของความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และการกระทำได้

## กระบวนการการรับรู้ (Perceptual Process)

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

1. การเปิดรับตัวกระตุ้น คือ การกระทำในการนำความรู้สึที่ได้รับจากการกระตุ้นหรือสิ่งที่ได้รับรู้ไปยังสมองโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นการนำเอาตัวกระตุ้นจากภายนอกไปยังจิตใจที่อยู่ภายใน



2. การประมวลความรู้สึกรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ เป็นขั้นแรกของการรับรู้ที่เกิดขึ้นในจิตใจซึ่งเป็นขั้นที่เกี่ยวกับการจำแนกรายละเอียดของความรู้สึกในจิตใจตามความรู้ และประสบการณ์ของบุคคล ในขั้นนี้บุคคลจะได้รับรู้ถึงความรู้สึกนั้นว่าเป็นอะไร ไม่ว่าจะมีความรู้สึกในอดีตมาก่อนหรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของบุคคล ความโน้มเอียงความรู้สึก ทักษะสติ และความรู้สึกที่เคยมีมาก่อนด้วย ซึ่งก็คือการจัดการกับข้อมูลที่รับเข้ามา ให้เป็นรูปแบบที่จะสื่อความหมายได้

3. ความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้รับรู้ (Comprehension) จะเป็นขั้นตอนอันหนึ่งซึ่งอยู่ภายใต้ของกระบวนการการรับรู้ แต่จะเป็นผลที่เกิดขึ้นมาจากขั้นของการประมวลความรู้สึกรู้สึกความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้รับรู้ เมื่อความเข้าใจของความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจนั้นคือ ความรู้สึกได้เริ่มมีการรับรู้แล้วว่าสิ่งที่รับรู้ นั้นมันคืออะไรฉะนั้น จะเห็นได้ว่า การเกิดการรับรู้ได้จะต้องผ่านกระบวนการรับรู้ทั้ง 3 ประการ จึงจะทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5

### **ความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อากาเรเตือน การรักษา โรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันสหปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จัดการอารมณ์ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ (Diet) ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ การใช้ร่างกาย (Physical Activity) ควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือ โรคอ้วน โดยเฉพาะ อ้วนลงพุง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อม และกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อให้เป็นปัจจัยเอื้อต่อการควบคุมโรควิถีชีวิต (ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ, 2550)

จากการศึกษาของ Ali, Kanapathy & Marway (2009) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่ำ โดยพบความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ ความตระหนักรู้ต่อความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 41 มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 38 สูบบุหรี่ พบร้อยละ 35 ไขมันในเลือดสูงพบร้อยละ 34 ภาวะอ้วนพบร้อยละ 25 การบริโภคเกลือ พบร้อยละ 20 การดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 18 จากโรคหัวใจ พบร้อยละ 17 และมีความตระหนักรู้ต่อเบาหวานว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบเพียงร้อยละ 15

โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันก่อนเกิดโรคได้ โดยบุคลากรทางสุขภาพควรสร้างความตระหนักรู้ด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ

สาเหตุและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างรูปแบบหรือการรณรงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการลดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายประการ เช่น สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เครียดง่ายและไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัวทุกคน เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น หากพบว่าสมาชิกครอบครัวคนใดมีภาวะโรคดังกล่าว ควรดูแลให้ได้รับการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเหมาะสม (กชกร อ่อนอภัย, 2551)

พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ไม่เพียงแต่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยังนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ อีกด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง มะเร็ง เป็นต้น ดังนั้นการปรับพฤติกรรมเสี่ยงจึงสามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้หลายโรค นอกจากนี้ควรสร้างความตระหนักรู้ดังกล่าวให้เกิดขึ้นกับชุมชนและสังคม แนวทางปฏิบัติดังกล่าวจะเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพได้ ควรมีการกำหนดอย่างชัดเจนเป็นนโยบายสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อให้การดูแลสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ให้กับครอบครัวที่ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองระยะยาวที่บ้าน หรือการสร้าง "ทีมสหสาขา" เพื่อดูแลสุขภาพครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมการมีพฤติกรรมสุขภาพดี ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นไปตามหลักกฎแห่งกรรม การป้องกันไว้ก่อนจึงเป็นการปกป้องครอบครัวจากโรคหลอดเลือดสมอง และ ย่อมดีกว่าที่จะให้การดูแลเมื่อกลายเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกผันในชีวิต (ธัญญลักษณ์ โอบอ้อม, 2548)

### **ความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง**

เมื่อผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมีอาการที่เป็นสัญญาณของโรคนี้ คือ เวียนศีรษะ เดินเซ แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ตาพร่ามัวหรือมองไม่เห็น พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดไม่ได้ หน้าเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่ง สับสน สัมผัสบ่น และอาจหมดสติ ให้สงสัยว่าจะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดต้องสังเกตอาการที่เกิดขึ้น และรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ให้ทันเวลาใน 2 ชั่วโมงครึ่งหรือไม่เกิน 3 ชั่วโมง ซึ่งก่อนหน้านี้เรามักจะบอกว่าเป็น 3 ชั่วโมง แต่เนื่องจากเมื่อมาถึงรพ. แล้วมีกระบวนการตรวจก่อน จึงต้องมาให้ทันใน 2 ชั่วโมงครึ่ง เพื่อที่แพทย์จะได้ทำการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อหยุดความพิการ หยุดการเสียชีวิต หากมาช้าเกินกว่า 2 ชั่วโมงครึ่ง ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และหากเกินกว่า 3 ชั่วโมงแล้ว การให้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะเลือดออกในสมองและเสียชีวิตหรือพิการได้

เมื่อเกิดอาการผิดปกติ สำหรับคนที่เกรงว่าตนเองหรือคนใกล้ชิดอาจจะมีภาวะเสี่ยง สิ่งที่ต้องจำให้ขึ้นใจและต้องตระหนักเสมอ คือ เมื่อมีสัญญาณผิดปกติดังที่กล่าวไว้ข้างต้น หากรู้ว่ามีอะไรที่อยู่ที่ใกล้มีความพร้อมในการรักษาก็เข้ารพ.นั้น แต่ถ้าไม่ทราบต้องติดต่อสายด่วนโทร 1669 ซึ่งเป็นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของศูนย์นเรนทรกระทรวงสาธารณสุขหรือสายด่วนสปสช.โทร.1330 จะได้รับความช่วยเหลือ และคำแนะนำว่าต้องทำอะไรเพื่อหยุดภาวะเสี่ยงจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น (สปสช, 2550) การศึกษาของ Ali, Kanapathy & Marway (2009) พบว่าความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือน พบ 2 อาการที่มีความตระหนักรู้ พบร้อยละ 81 ตระหนักว่าอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง สูญเสียการพูดพบร้อยละ 71

### ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ค้นพบวิธีการรักษาโรคเส้นเลือดสมองตีบ โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดเช่นเดียวกับการรักษาโรคเส้นเลือดหัวใจ เนื่องจากเส้นเลือดสมองที่ตีบตัน จะทำให้สมองขาดเลือดทันทีทันใด ผลก็คือ ผู้ป่วยเกิดอาการอัมพาต หรืออัมพฤกษ์อย่างกะทันหัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ปัจจุบันถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือต้นการรักษาก็มีได้หลายแนวทางขึ้นกับตำแหน่งของโรคและระยะเวลาก่อนที่จะมาพบแพทย์ ในปัจจุบันได้มีการคิดค้นยาใหม่ๆ หลายชนิด โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ แต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที อัมพาตหรืออัมพฤกษ์เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลัง จากที่สมองเกิดภาวะผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดกับเนื้อสมอง ทำให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ อาจเป็นอย่างชั่วคราวหรือถาวร อาการที่มักจะพบได้ทั่วไป ก็คือ พูดไม่ชัด พูดไม่ถูก ความหมาย ลึนแข็ง แขนขาไม่มีแรง หรือชา ซึ่งอาการอาจเกิดได้แบบทันทีทันใด และค่อยๆ เป็นมากขึ้นใน ช่วง 2-3 วัน หรือเป็นๆ หายๆ กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันพบมากประมาณร้อยละ 70 ของทั้งหมด ผลที่เกิดขึ้นพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกร้อยละ 30 ต้องทุพพลภาพหรือทำงานไม่ได้และมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่หายจากโรค แต่ก็ต้องรับภาระยาควบคุมไปตลอดชีวิตปัจจุบันนี้ แพทย์ต้องตระหนัก และเข้าใจในความสำคัญ ของระยะเวลาหลังมีอาการซึ่งถือเป็นโอกาสทอง เมื่อมีคนใช้โรคหลอดเลือดสมอง มาถึงโรงพยาบาล เพื่อจะได้ปกป้องเนื้อสมองไม่ให้เสียหายถาวร

ยาละลายลิ่มเลือดจะไปช่วยลดความเสียหายที่เกิดจากภาวะขาดเลือด ภาวะเลือดออก และจากภาวะสมองบวมความก้าวหน้าทางยารักษานี้ นับเป็นเครื่องมือใหม่ ที่เข้ามาช่วย



ประชาชนผู้สูงอายุ ในปี 1995 งานวิจัยของ National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) ใช้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด tissue plasminogen activator (tPA) ศึกษาแบบสุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย 624 ราย ให้ยาฉีดภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ ให้ยาฉีดในขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ให้ยาฉีด เมื่อติดตามไปนานถึง 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีด ไม่มีความพิการเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 12 มีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การรักษาโรคหลอดเลือดอุดตัน คือ ต้องให้การรักษาโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ หลังจากเกิดภาวะนี้ ผลการรักษาจึงจะดี ความสามารถในการป้องกัน ความเสียหายของวิธีการนี้ ทำให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วน ที่จะต้องรับรู้และประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดเสียแต่เนิ่นๆ และด้วยความรวดเร็วแม่นยำ (สปสช, 2550)

### **ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง**

#### **2.2.1 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วในประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ที่ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบตะวันตก มีส่วนทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตปีละ 7.1 ล้านคน มีผลกระทบไม่เฉพาะแต่คนสูงอายุ แต่ได้รุกเข้าสู่วัยทำงานมากขึ้นโดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (Adams et al, 2007) เป็นตัวการสำคัญต่อการป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตในคนไทยและคนจีน ซึ่งจะกลายจากผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสร้างรายได้หลักเป็นผู้รับสวัสดิการสังคมในระยะยาวแทน (Woodward, Martiniuk, Ying Lee, Lam, Vanderhoorn & Ueshima, 2008) ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในเมืองไทยจะไม่วัดตัวเองมาก่อน ความดันโลหิตสูงได้พรากชีวิตคนไทยจำนวนมากจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยความดันโลหิตในทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอทที่เพิ่มขึ้นทำให้ความเสี่ยงในกลุ่มคนไทยและจีนเพิ่มสูงประมาณร้อยละ 35 ในขณะที่กลุ่มชาวตะวันออกจะเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น นอกจากนี้ยังทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อนำมาประเมินภาวะโรค พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Thammaroj, Subramaniam & Bhattacharya, 2005) และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเกิดจากความดันโลหิตที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท (Woodward, Barzi, Feigin, Gu, Huxley & Nakamura, 2007) พบรายงานจากการศึกษาของ WHO ในปี 2008 เกี่ยวกับความตระหนักรู้โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งตรงกับวัน World Hypertension Day and global awareness (Chockalingam, 2008) พบว่า ร้อยละ 50 ของประชากรทั่วโลกขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ถึงแม้จะเป็นประเทศร่ำรวยที่พัฒนาแล้ว และมีระบบการดูแลสุขภาพที่ดี อย่างแคนาดา แต่กลับพบว่าความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือด

เลือดสมองมีเพียงร้อยละ 58 พบว่าประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาความตระหนักรู้ลดลง ตามลำดับ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปรากฏการณ์ที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณร้อยละ 70-80 (Cruickshank et al., 1987) ความดันโลหิตที่สูงขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่ม 3 – 17 เท่าตัว (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2550) ในปี 2004 Muntner et al. ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความตระหนักรู้ต่อโรคและการควบคุมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ การรักษา และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับการศึกษาสูง รายได้ดี สถานภาพสมรสคู่ ผู้ที่ไปรับการรักษาตามนัดต่อเนื่อง ผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดีต่อเนื่องเป็นเวลา 5 ปี และจากการศึกษาของ Dong et al. (2008) พบเพศหญิงมีความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.8 มากกว่า เพศชายร้อยละ 25.9 และพบร้อยละ 43.9 ไม่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นอันตรายต่อชีวิตและมีผลทำให้เกิดโรคอื่น และพบร้อยละ 20.2 ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต เนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาในโรคนี้และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.3 มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิ การาจี่ ในประเทศ ปากีสถาน และผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่าผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ ร้อยละ 56 ได้รับการศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ไม่ได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ในเรื่องความตระหนักรู้พบว่า ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิมีความตระหนักรู้ต่อภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอื่น ๆ ร้อยละ 80 ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความตระหนักรู้ต่อภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอื่น ๆ ร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.001 พบว่ามีการบริโภคเกลือลดลงร้อยละ 76 ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิ สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบริโภคเกลือลดลงร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ร้อยละ 77 ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิ ไม่มีการออกกำลังกาย ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพบร้อยละ 91 ไม่มีการออกกำลังกาย เรื่องการประกอบอาหารพบผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ ร้อยละ 91 ใช้น้ำมันในการปรุงอาหาร และร้อยละ 78 ของผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใช้เนยในการปรุงอาหารอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 (Ashfaq, Anjum, Siddiqui, Shaikh & Vohra, 2007)

ในปีเดียวกัน พบบางวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาความตระหนักรู้ การรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 1999-2004 Ong, Cheung, Man, Lau & Lam (2007) พบร้อยละ 76 มีความตระหนักรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเสี่ยงอื่นๆ มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 57 และผู้ที่ประสบความสำเร็จกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบเพียงร้อยละ 37 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ขณะเดียวกัน Wyatt et al. (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองเช่นกันโดยพบว่าเพศหญิงมีความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายสูบบุหรี่จึงมีการใส่ใจต่อสุขภาพพลดลงและเข้าตรวจรับการรักษาน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

### 2.2.2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวาน

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

จากการศึกษาของ Hinkle et al. (2008) เกี่ยวกับความตระหนักรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบในผู้ป่วยเบาหวานแห่งสหราชอาณาจักรพบมีอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 15 จากการสำรวจระดับความรู้และความตระหนักรู้ในเรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 52 ไม่ทราบว่าโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ มีเพียงร้อยละ 24 สามารถระบุได้ว่า เบาหวาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้และพบเพียงร้อยละ 28 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในขณะที่การศึกษาของ Poppert, Sadikovic & Sander (2008) พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศอังกฤษมีอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 20 โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่มีอายุ 35-54 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.18 ในขณะที่เพศชายมีโอกาส



เสี่ยงเป็นร้อยละ 4.66 และพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การมีปัจจัยอื่นร่วม เช่น มีภาวะอ้วน สูบบุหรี่ และการได้รับการรักษาเบาหวานตั้งแต่เริ่มต้นที่ทราบ (Ahari, Bergqvist, Troeng et al., 1999) พบผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตจากการมีลิ้มเลือดไปอุดตัน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Kuhan, Gardiner & Abidia, 2001)

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

### 2.2.3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง

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

จากการศึกษาของ Frontini, Srinivasan, Elkasabany, & Berenson (2003) เรื่องเกี่ยวกับความตระหนักรู้ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าในเพศชายมีความตระหนักรู้ต่อภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (24% vs. 12%, P = 0.001). และพบว่าระดับการศึกษาที่สูงมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ในเรื่องการรักษามากขึ้น และผู้ป่วยต้นตัวที่จะปรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคไขมันในเลือดสูง พบการศึกษาของ ศิริยุสม์ วรามิตร (2547) โรงพยาบาลสกลนคร ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้ป่วยอายุน้อย (16-45 ปี) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบดังนี้ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.38 โรคหัวใจ ร้อยละ 24.28 ประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.97 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.71 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.71 และการมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมาก่อน ร้อยละ 11.42 ขณะที่ผู้ป่วยทั้งหมดมีอัตราตายร้อยละ 9.45 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bensef และคณะ ซึ่งพบภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ในโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อย พบได้ถึงร้อยละ 60 ในปี ค.ศ. 2005 พบการศึกษาความตระหนักรู้ต่อไขมันในเลือดสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความตระหนักรู้ร้อยละ 34 (Wadwa, Kinney, Maahs, Snell-Bergeon, Hokanson & Garg, 2005) ซึ่งไม่พบบางงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดของ ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

#### 2.2.4 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหัวใจ

โรคหัวใจ (Cardiovascular disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) มีความสัมพันธ์กัน โดยเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคหลอดเลือดสมอง การหาความชุกที่แน่นอนของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับวิธีการวินิจฉัยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษา มีหลายรายงานชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 75 มีภาวะของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ร่วมด้วย จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหัวใจกับความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2008 ประเทศบราซิล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ (Cardiologic clinic group) (Ca) และกลุ่มประชาชนทั่วไปในสวนสาธารณะ (Park group) (Pa) เปรียบเทียบความตระหนักรู้ระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า (มากกว่า 11 ปี) กลุ่มประชาชนทั่วไปในสวนสาธารณะ (Ca 71%, Pa 56.7%) และมีรายได้มากกว่า (Ca 52.4%, Pa 35.2%) ทั้งสองกลุ่มเข้าใจความหมายเกี่ยวกับคำที่ใช้เรียก โรคหลอดเลือดสมอง (98.2% of both groups) ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากโทรทัศน์ วิทยู หนังสือพิมพ์ (Ca: 62.4%; Pa: 59.3%) ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากบุคคลากรทางการแพทย์ (Ca: 26.6%; Pa: 20.4%) ความตระหนักรู้ต่ออาการอัมพาตที่เกิดขึ้น พบว่า (Ca: 51%; Pa: 68%) กลุ่มประชาชนทั่วไปในสวนสาธารณะมีความตระหนักรู้มากกว่ากลุ่มที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โดยตระหนักรู้ต่ออาการปวดศีรษะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Ca: 39%; Pa: 61%; p: 0.001) สูญเสียการมองเห็น/ตาพร่ามัว (Ca: 15.8%; Pa: 30.9%; p: 0.007) อาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (Ca: 26%; Pa: 41%; p: 0.026) และสำหรับในเรื่องปัจจัยเสี่ยงหลักยังพบอีกว่า

กลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ไม่ได้มีความตระหนักรู้ไปกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปในสวนสาธารณะ

พบผลต่อความตระหนักรู้ในปัจจุบันเสี่ยงเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ดังนี้ ความตระหนักรู้ว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Ca: 22.9%; Pa: 37.2%; p: 0.021) ความตระหนักรู้ต่อการสูบบุหรี่ (Ca: 51.4%; Pa: 67.2%; p: 0.011) ความตระหนักรู้ต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (Ca: 54.1%; Pa: 69.9%; p: 0.015) สำหรับการพิจารณาความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่ม ดังนี้ (Ca: 99.1%; Pa: 98.2%) การรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ป้องกันได้ (Ca: 91.7%; Pa: 95.5%) และทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคต้องรับรักษา (Ca: 99.1%; Pa: 96.4%) ได้รับทราบเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากรัฐบาล (Ca: 96.3%; Pa: 91.10%)

จากการศึกษานี้ สรุปว่า ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีผลต่อความตระหนัก เกี่ยวกับ อาการ อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ได้จำเป็นที่จะต้องมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า และประชาชนทั่วไปอาจมีความรู้ที่ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (Coelho, Freitas, Campos & Teixeira, 2008) สำหรับประเทศไทย ในปี 2540 มีเพียงการศึกษาสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหัวใจเท่านั้น (สมศักดิ์ เทียมเก่า, วีรจิตต์ โชติมงคล และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลนาถ, 2540)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยเมื่อเกิดขึ้นแล้วหากมารับการรักษาได้ทันท่วงที จะช่วยให้รอดพ้นจากความพิการและเสียชีวิตได้ จากการศึกษานี้ของ National Stroke Strategy พบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าว (National Audit Office, 2007) ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาส่งผลต่อความพิการและเสียชีวิตตามมา (Kwan et al., 2004a) National Stroke Strategy จึงได้มีการจัดฝึกอบรมแก่อาสาสมัครให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่สำคัญ ซึ่งเป็นการวางแผนสู่การสร้างความตระหนักให้กับประชาชน (Department of Health, 2007) และเพื่อสามารถจัดการหากมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น (Kwan et al., 2004b) โดยเฉพาะการรักษาในกลุ่มเสี่ยงที่พบว่าจะเป็นโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรค (Harbison et al., 2003) สำหรับการศึกษานี้ของ American Academy of Neurology ในปี 2002 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกา พบว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การรักษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 364 คน มีผู้ที่สามารถตอบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและพบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่สองในสามตอบได้ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษาน้อยกว่าครึ่งหนึ่งไม่สามารถตอบได้



ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่าขาดความตระหนักรู้และความรู้ (American Academy of Neurology, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kothari et al. (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหน่วยระบบประสาทตามนัดไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 27 และพบว่าร้อยละ 25 ไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

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

**เชื้อชาติ** เกี่ยวกับความตระหนักรู้และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ชาวผิวขาว มีความตระหนักรู้และมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40 รองลงมาเป็นชาวผิวดำ พบร้อยละ 31 และในชาวละตินอเมริกา ร้อยละ 21

**การศึกษา** พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถระบุได้ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 46 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งมีความตระหนักเพียงร้อยละ 19

**รายได้** พบผู้ที่มีมากกว่า 50,000 เหรียญ/ปี ได้รับข้อมูลและมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าผู้ที่มีรายได้ 25,000 เหรียญ/ปี

**เพศ** พบว่าเพศหญิงทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40 ในขณะที่เพศชายทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 32

**สถานภาพสมรส** พบว่าผู้ที่สมรสแล้วทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40 สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้สมรส ซึ่งพบร้อยละ 32

มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประเทศไนจีเรียพบว่ามีความตระหนักรู้ ร้อยละ 40 และนอกจากนั้นยังพบร้อยละ 26.2 ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนเพียง 1 อาการ ร้อยละ 8.9 สามารถระบุได้ 2 อาการ มีเพียง ร้อยละ 4.4 ที่สามารถระบุได้ 3 อาการหรือมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ ผู้ที่ตอบเกี่ยวกับอาการเตือนได้ถูกต้องเพียง 1 อาการ พบร้อยละ 68 โดยการศึกษาของ Shafae & Ganguly (2006) และการศึกษาของ Pandian et al. (2005) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ตอบได้น้อยกว่า 1 อาการพบร้อยละ 77 และจากการศึกษาการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ Pancioli et al. (1998) และ Blades et al. (2005) พบว่ามีผู้ไม่ทราบเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 57 และร้อยละ 87 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าค่อนข้างต่ำ นอกจากนั้นเพศชายและผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า 11 ปี ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุเกี่ยวกับอาการเตือนได้ ซึ่งสอดคล้องกันทั้ง 2 งานวิจัยคืองานวิจัยของ Shafae & Ganguly (2006) และงานวิจัยของ Pancioli et al. (1998)

สำหรับประเทศไทยที่ผ่านมาผลการดำเนินงานเบื้องต้นในงานด้านการป้องกันพบว่าการคัดกรองยังขาดความครอบคลุมประชากร การบริการคัดกรองยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ไม่มีแผนงานโครงการที่จะบริหารจัดการอย่างเป็นระบบกับกลุ่มเสี่ยงที่ค้นหาได้ ทำให้กลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญเพื่อลดเสี่ยงและลดการเกิดโรค (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2550) จึงควรมีการวิเคราะห์จัดระดับความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง ทั้งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน โรคหัวใจ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่นการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้คัดกรองและกลุ่มเสี่ยงให้รู้จักโรค สัญญาณเตือนภัยของโรค รู้จักการประเมินตนเอง สามารถจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงลดโรค เช่นมีการสื่อสารการเลิกและหลีกเลี่ยงการบริโภคยาสูบ การมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ การลดการบริโภคเกลือและเพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก การควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเบาหวาน การลดการบริโภคไขมัน และให้การสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการกิจกรรมลดเสี่ยงต่างๆอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น คาดว่า การดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้ นอกจากจะช่วยลดอัตราการเกิดโรค อัตราความพิการ อัตราตาย แล้วยังช่วยลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ด้วย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดส่วนปลาย เบาหวาน เป็นต้น(สำนักกระบวนวิทยา, 2550) สำหรับกลยุทธ์กลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk strategy) คือมุ่งค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง/ความเสี่ยงแต่ยังมีได้ เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และทำการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2550)

## 2.3 การประเมินความตระหนักรู้

ความตระหนักรู้ (Awareness) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Conscious of Something) จำแนกและรู้จัก (Recognitive) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ ดังนั้น การที่จะทำการวัดและประเมินผลจึงต้องมีหลักการและวิธีการตลอดจนเทคนิคเฉพาะ จึงจะวัดความรู้ และอารมณ์ดังกล่าวออกมาให้เที่ยงตรง และเชื่อมั่นได้ เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกและอารมณ์นั้นมีหลายประเภทด้วยกัน ซึ่งจะนำมากล่าวไว้ดังนี้ (จรรยา ชุนทรง, 2539: 14 อ้างถึงใน ชาวาล แพรรัตกุล, 2526: 201-225)

2.3.1 วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) อาจเป็นการสัมภาษณ์ชนิดที่มีโครงสร้างแน่นอน (Structured Item) โดยสร้างคำถามและมีคำตอบให้เลือกเหมือนกัน กับแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ และคำถามจะต้องตั้งไว้ก่อน เรียงลำดับก่อนหลังไว้อย่างดี หรืออาจเป็นแบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Item) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่มีไว้แต่หัวข้อใหญ่ๆ ให้ผู้ตอบมีเสรีภาพในการตอบมากๆ และคำถามก็เป็นไปตามโอกาสอำนวยในขณะที่สนทนานั้น

2.3.2 แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามอาจเป็นชนิดเปิดหรือปิดหรือแบบผสมระหว่างเปิดกับปิดก็ได้

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

2.3.4 มาตรวัดคุณภาพ (Rating Scale) เครื่องมือชนิดนี้เหมาะสำหรับวัดอารมณ์และความรู้สึกที่ต้องการทราบความเข้ม (Intensity) ว่ามีมากน้อยเพียงใดในเรื่องนั้น

2.3.5 การใช้ความหมายภาษา (Semantic Differential Technique: S.D) เทคนิคการวัดโดยใช้ ความหมายของภาษาของ ชาลส์ ออสกู๊ด (Charles E. Osgood) เป็นเครื่องมือวัดได้ครอบคลุมชนิดหนึ่ง เครื่องมือวัดชนิดนี้จะประกอบด้วย “เรื่อง” ซึ่งถือเป็น “สิ่งก้ำกึ่ง” และมักจะมีคุณศัพท์ที่ตรงข้ามกันเป็นคู่ๆ ประกอบสิ่งก้ำกึ่งนั้นหลายๆ คู่ แต่ละคู่จะมี 2 ขั้ว ช่องว่างระหว่าง 2 ขั้วนี้แบ่งด้วยตัวเลขถ้าใกล้ข้างใดมากก็จะมีลักษณะตามคุณศัพท์ของขั้วนั้นมาก

การประเมินความตระหนักรู้มีลำดับดังนี้ (ชาวาล แพรรัตกุล, (2526) อ้างใน ยุพิน ชัยราชา, 2541)

1. การรวบรวมข้อมูล ข้อมูลนั้นอาจมาจากเอกสาร รายงานการศึกษาและงานวิจัย
2. การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลนั้นนำมาใช้ในการสร้างแบบวัดนั้นมีความเหมาะสมกับการที่จะตอบหรือใช้วัดกับกลุ่มตัวอย่าง



3. เขียนแบบวัด โดยการสร้างสถานการณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมาโดยการตรวจสอบแบบตรวจสอบรายการ

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด เมื่อสร้างแบบวัดตามเนื้อหาที่กำหนด แล้วนำแบบ วัดไปปรึกษานักวิชาการที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่จะศึกษาเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของการใช้ภาษา และขอบเขตของเนื้อหา จากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้ แล้วตรวจให้คะแนน วิเคราะห์คุณภาพของแบบวัด ปรับปรุงคุณภาพของแบบวัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แล้วนำไปใช้จริงตามลำดับ

ความตระหนักรู้เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สึก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อน ดังนั้น การจะสร้างความตระหนักรู้ให้เกิดขึ้นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งจึงต้องมีหลักและวิธีการ ตลอดจนการนำเทคนิคที่นำมาการกระตุ้นให้เกิดความคิดและทำให้มีความหมาย สร้างความประทับใจ รวมไปถึงการเห็นคุณค่าในเรื่องนั้น ๆ ให้มากที่สุด

การสร้างมาตรวัดจากชุดข้อคำถาม (Questionnaires that from scale)

แบ่งออกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) Summated Rating Scales 2) Equal Appearing Scales และ 3) Cumulative Scales (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2535)

Summated Rating Scales คือ ชุดข้อความที่ผู้ประเมินต้องประเมิน โดยตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่ มากน้อยเพียงใดคะแนนที่ได้ของผู้ตอบแต่ละรายจะเป็นผลรวมของทุกข้อ ซึ่งอาจเป็นคะแนนดิบหรืออาจหารด้วยจำนวนข้อหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นอาจจะแบ่งคำตอบในมาตรวัดประเภทนี้ ออกเป็น 4 ช่วง เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน เท่ากับ 4) เห็นด้วย (คะแนนเท่ากับ 3) ไม่เห็นด้วย(คะแนนเท่ากับ2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(คะแนนเท่ากับ1) โดยไม่อนุโลมให้ผู้ตอบไม่แน่ใจ ไม่มีความเห็น หรือรู้สึกเฉยๆ และสำหรับมาตรวัดที่นิยมใช้ได้แก่มาตรวัดแบบ Summated Rating Scales ที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ก็คือ มาตรวัดที่สร้างโดยเรนสิส ลิเคิร์ต (Rensis Likert) ซึ่งเรียกชื่อตามผู้คิดค้นว่า มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert - type Scale)

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

Cumulative Scales หรือ Guttman Scales มาตรวัดประเภทนี้เป็นมาตรวัดในมิติเดียว ประกอบด้วยชุดข้อความที่ผู้ตอบลงความเห็น ว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยชุดข้อความมีไม่มากข้อ อาจจะเพียง 4 - 5 ข้อขึ้นไป แต่ชุดข้อความนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่อเนื่อง

คือ คนที่เห็นด้วยกับข้อที่ 2 ก็จะต้องเห็นด้วยกับข้อที่ 1 และคนที่เห็นด้วยกับข้อที่ 3 ก็จะต้องเห็นด้วยกับข้อที่ 1 และ 2 เป็นต้น

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัย เลือกลงแบบวัด แบบ Summated Rating Scales ซึ่งเป็นการรวมผลคะแนนตามองค์ประกอบของความตระหนักรู้ เพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อหาความตระหนักรู้แบบรวม 1 ตัวแปร

#### 2.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ในโรคหลอดเลือดสมอง

ตามแนวคิดความรู้ของกู๊ด (1973) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ 2 องค์ประกอบใหญ่ๆ ได้แก่ลักษณะของสิ่งเร้าและลักษณะของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยด้านลักษณะบุคคลดังนี้

**เพศ** เพศเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Fogle et al.(2008) ที่พบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองและเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงสุดในเพศหญิง และพบการศึกษาที่ต่างกันคือ เพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ Blades et al. (2005) โดยพบว่าในเพศหญิงมีผลต่อความรู้ต่ออาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงสามารถที่จะตอบคำถามในเรื่องเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ 1 ข้อ ถูกต้องร้อยละ 89 ในขณะที่เพศชายร้อยละ 85 และสามารถตอบเกี่ยวกับอาการเตือนได้ 2 ข้อ ในเพศหญิงร้อยละ 75 สำหรับในเพศชายร้อยละ 62 และสามารถตอบเกี่ยวกับอาการเตือนได้มากกว่า 3 ข้อ ในเพศหญิงร้อยละ 42 สำหรับในเพศชายร้อยละ 35 และในเรื่องปัจจัยเสี่ยงก็เช่นเดียวกันเพศหญิงมีความสามารถตอบคำถามได้มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สำหรับการศึกษาของ Pandian et al.(2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับ อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง การรักษา ในโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนทางตอนเหนือของประเทศอินเดีย พบว่าเพศชายมีความรู้ผลของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อร่างกายร้อยละ 36 ตระหนักรู้ต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน โดยในเพศหญิงมีความรู้ต่ออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 77.9 ในขณะที่ความตระหนักของเพศชาย ต่ออาการ

เดือนร้อยละ 77 ความตระหนักรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองก็ไม่ต่างกัน โดยในเพศหญิงมีความตระหนักรู้ร้อยละ 64 ในเพศชายมีความตระหนักรู้ร้อยละ 63.8

**อายุ** จากการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ Pontes-Neto et al. ประเทศบราซิล ปี (2008) พบว่าในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เรียกหน่วยรับการรักษาร้อยละ 46.3 และจัดการด้วยวิธีการอื่นๆ ร้อยละ 53.7 และสามารถเรียกรถ EMS ได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 39.9 และเรียกรถ EMS ไม่ถูกต้องร้อยละ 60.1 และมีความไม่ตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 22.7 และในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี สามารถเรียกหน่วยรับการรักษาได้ร้อยละ 55.5 และจัดการด้วยวิธีการอื่นๆ ร้อยละ 44.5 และสามารถเรียกรถ EMS ได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 27 และเรียกรถ EMS ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 73 และมีความไม่ตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 12.4 สำหรับการศึกษาของ Huang et al. (2007) เกี่ยวกับเรื่องความตระหนักรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอายุที่มากกว่า 80 ปี มีความตระหนักรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยลง จากการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ ไชมันในเลือดสูง Muntner, DeSalvo, Wildman, Raggi & Whelton (2006) พบว่าช่วงอายุ 20-39 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.018 และการศึกษาของ Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca (2005) พบว่าช่วงอายุ 45-69 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงวัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**สถานภาพสมรส** จากการศึกษาของ Huang et al. (2007) เกี่ยวกับเรื่องความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยง ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sug Yoon, Heller, Levi & Wiggers (2001) และ Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพสมรสต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีผลต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวกับการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน

**ระดับการศึกษา** จากการศึกษาของ Aly, Abbas, Kazim, Taj, Aziz & Irfan et al. (2009) พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง คือระดับการศึกษา โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า 11 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในปีเดียวกัน Nolte, Jungehulsing, Rossnagel, Roll, Haeusler & Reich et al. (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด



สมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 225 คน พบว่าระดับการศึกษาน้อยกว่า 11 ปี ไม่สามารถ บอกเกี่ยวกับอาการเตือนได้ และเป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Wahab et al, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pontes-Neto et al. (2008) และการศึกษาของ Pandian et al. (2005) ที่กล่าวว่าระดับการศึกษามีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับการศึกษาของ Parahoo, Thompson, Cooper, Stringer, Ennis, & McCollam (2003) และ Pancioli et al. (1998) ที่ศึกษาผ่านมาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีผลความตระหนักรู้ในการมารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ

**รายได้** จากการศึกษาของ Marmot et al. (1991) พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ, ความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคน้อยลงและ พบจากการศึกษาของ Takiyuddin ในปี ค.ศ.1995 ผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดี จะมีการเฝ้าระวังและให้ความสำคัญต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาของ Wahab, et al. (2008) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pandian et al. (2005) พบว่ารายได้สูงมีผลต่อความตระหนักโดยทำให้มีความตระหนักรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการศึกษาของ Kamran et al. (2007) พบเช่นเดียวกันคือ รายได้ส่งผลถึงความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**รูปแบบสื่อรณรงค์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** จากรายงานการศึกษาเรื่อง Essex Stroke Awareness Report พบร้อยละ 31 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากรูปแบบสื่อโฆษณาที่นำมาติดประกาศพบว่า การติดประกาศมักจะสูญหายก่อนวันที่กำหนด รูปแบบสื่อที่กระตุ้นให้กลุ่มประชาชนทั่วไปเกิดความสนใจ ได้แก่ สื่อวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย สื่อด้วยรูปภาพ มีสีสัน นำเสนอด้วยการเนื้อเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ เปิดให้รับฟังทางสื่อต่างๆ จัดเป็นกิจกรรมที่สนุกสนานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรืออาจนำเสนอเชิงสยองขวัญน่ากลัวฝังใจ โดยมีแนวคิดสร้างสรรค์ ส่วนรูปแบบที่ประชาชนทั่วไปไม่ชื่นชอบเป็นรูปแบบเอกสารที่เต็มไปด้วยเนื้อหา ไม่ใช่สื่อที่เป็นภาพ ในรูปจดหมาย

พบการศึกษาของกึ่งทดลองของ Wagner, Roebbers, Breckenkamp, Heidrich, Mohn & Berger et al. (2006) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยการให้โปรแกรมการสอนเกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค

**ช่องทางการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** จากการศึกษาของ Pontes-Neto et al. (2008) ในประเทศ บราซิล พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีน้อยโดยร้อยละ 31.5 ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากประสบการณ์ ของคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ พบว่า ร้อยละ 40.7 ได้รับข้อมูลจากสถานศึกษา ร้อยละ 17.3 ได้รับข้อมูลจากการรณรงค์ของสถานพยาบาลสาธารณสุข และ ร้อยละ 28.4 จากสื่อโทรทัศน์ ซึ่งความถี่ในการให้ข้อมูลของแต่ละแหล่งค่อนข้างน้อย และพบว่าโทรศัพท์ซึ่งเป็นอุปกรณ์สื่อสารในการใช้กรณีฉุกเฉินเพื่อเรียกรถพยาบาล ของประชาชนส่วนใหญ่ขาดแคลนการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว การศึกษาความตระหนักรู้ เกี่ยวกับ อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และการรักษา ในประชาชนทางตอนเหนือของประเทศอินเดียพบว่า การได้รับข้อมูลมีผลต่อความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง โดยทางตอนเหนือของประเทศอินเดีย โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 39.9 จากญาติ ร้อยละ 32.1 จากเพื่อน ร้อยละ 9 จากการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 6.4 จากการอ่านหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 3.6 ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และเพียงร้อยละ 1.1 ได้รับจากการฟังวิทยุ (Pandian et al., 2000) และจากการศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่อความตระหนักรู้ของประชาชน (Flaherty, Klein & Kissesla, 2004) พบว่า การศึกษาของ Pancioli et al. (1998) ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากร้อยละ 40 จากหนังสือพิมพ์และวารสาร และน้อยที่สุดจากหนังสือ ส่วนการศึกษาของพบว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากเพื่อนและครอบครัวร้อยละ 52 น้อยสุดจากบุคลากรทางการแพทย์ (Yoon et al., 2001) ส่วนการศึกษาของ Parahoo, Thompson, Cooper, Stringer, Ennis & McCollam (2003) พบว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จาก สื่อโทรทัศน์และเพื่อนบ้านหรือจากครอบครัว เท่ากันร้อยละ 60 และส่วนน้อยสุดได้รับความรู้จากบุคลากรทางวิชาชีพ ร้อยละ 21 (2003) และการศึกษาของ Hux & Rogers (2000) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดร้อยละ 33 และไม่ได้รับข้อมูลจากหนังสือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับสถานที่ที่ประชาชนต้องการให้มีสื่อรณรงค์ได้แก่ ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านขายยาทั่วไป สมาคมต่างๆ ห้างสมุด ร้านตัดผม (Ali, Kanapathy & Marway., 2009)

**ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** จากการศึกษาของ Marx, Gube, Faldum, Kuntze, Nedelmann, Haertle, et al. (2009) พบว่าการรับรู้มีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมองดีมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Fernandes, Avelar, Mory, Hansen & Li, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ajayi & Ojo (2007) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองที่ดีมีผลต่อความตระหนักรู้ต่อโรคและการป้องกัน ช่วยลด การเกิดโรคซ้ำ ความพิการและเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mosca, Jones, King, Ouyang, Redberg & Hill (2000) ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงมีผลต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อความตระหนักรู้และไม่ตระหนักรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่าผู้ที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Al Shafae, Ganguly & Al Asmi, 2006)

นอกจากนั้นพบการศึกษาของ Mandelzweig, Goldbourt, Boyko & Tanne (2006) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและการควบคุมที่ดีทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากการศึกษาของ Evci, Memis, Ergin & Beser (2007) พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัวมีผลเพิ่มความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kamran et al. (2007) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อระดับความตระหนักรู้ เช่นกัน ตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Yoon et al. (2001) โดยเป็นไปในทางเดียวกัน

### 3. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยในการเริ่มต้นของการป้องกันตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัยเสี่ยง และการเห็นความสำคัญเมื่อเกิดอาการเตือนจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 5 อาการ เพื่อความรวดเร็วในการเข้ารับการรักษาอย่างทันที่ภายใน 3 ชั่วโมง และความตระหนักรู้ถึงแนวทางการรักษาเมื่อเกิดอาการตลอดจนเข้าใจ รูปแบบการรักษา เพื่อการตัดสินใจก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งหากขาดความตระหนักรู้ดังกล่าวแล้ว จะส่งผลกระทบต่อทบทในด้านต่างๆตามมาอย่างมา ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ เพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นการลดค่าใช้จ่าย อัตราการครองเตียง และ



ภาวะโรคนั้น การดูแลและส่งเสริมความตระหนักรู้ จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ของพยาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งในงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือไว้วางใจ จากการทบทวนบทบาทของพยาบาลมีดังนี้

3.1 บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Health education) พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นผู้นำเอาสื่อสิ่งเร้าที่เป็นสื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้มาประกอบความรู้ เพื่อให้เกิดสนใจและจดจำได้ง่าย

3.2 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง ในผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบอกเล่าปัญหา พยาบาลเป็นผู้รับฟังร่วมกับการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาในการเสนอแนวทางแก้ไขและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน หรือป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 บทบาทเป็นผู้ดูแล (Care provider) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษา ส่งเสริม และป้องกัน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในการป้องกันการเกิดโรค โดยพยาบาลต้องคอยดูแลเอาใจใส่ และนำผลจากการวิจัยมาร่วมตั้งเป้าหมายและการวางแผนในการสร้างความตระหนักรู้

3.4 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Collaborator) โดยประสานงานร่วมกับญาติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่นการปรุงอาหาร และเมื่อเกิดอาการเตือนขึ้นควรจัดการอย่างไรกับผู้ป่วยและการตัดสินใจในการรักษา อีกทั้งการประสานงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในการมีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน

3.5 บทบาทผู้วิจัย (Research) โดยนำเอาผลการวิจัย มาร่วมในการวางแผนการพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ หรือสร้างงานวิจัยกึ่งทดลองจากผลงานวิจัยเดิมและสร้างงานวิจัยซึ่งส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มอื่นๆ เพื่อเกิดประโยชน์และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประเทศไทยไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว ซึ่งนำเสนองานวิจัยต่างประเทศ ดังนี้

Evci, Memis, Ergin & Beser (2007) ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนประเทศตุรกี พบว่าร้อยละ 28 ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากเส้นเลือดสมองตีบและร้อยละ 18 เกิดจากการที่หลอดเลือดสมองแตก และมีผู้ที่ทราบเกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองโดยทราบดังนี้ ร้อยละ 37 ทราบว่าจะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ร้อยละ 26.8 ทราบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและร้อยละ 14 ทราบว่ามีอาการชาร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง และพบว่าในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มตัวอย่างพบร้อยละ 64 ทราบเพียง 1 อาการที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้จากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว

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

Coca et al.(2008)ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มโรคหัวใจ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าการควบคุมความดันโลหิตที่ดีควรต่ำกว่า 140/90 mmHg และพบว่ามีร้อยละ 28 ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยอายุที่เพิ่มขึ้น ชาวผิวดำ มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตาย สูบบุหรี่ มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และผู้ที่ทำการผ่าตัดหัวใจ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้ต่ำกว่า 140/90 mmHg เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

จากการศึกษาของ Hinkle et al. (2008) เกี่ยวกับความตระหนักรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบในผู้ป่วยเบาหวานแห่งสหราชอาณาจักรพบมีอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 15 จากการสำรวจระดับความรู้และความตระหนักรู้ในเรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 52 ไม่ทราบว่าโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ มีเพียงร้อยละ 24 สามารถระบุได้ว่า เบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้และพบเพียงร้อยละ 28 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

Coelho, R. D., Freitas, W. M., Campos, G. P., and Teixeira, R.A. (2008) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ พบว่าจากแบบสอบถามจำนวน 222 ฉบับ โดยมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ (Ca) จำนวน 109 คน และจากประชาชนทั่วไปในสวนสาธารณะ (Pa) จำนวน 113 คน โดยพบว่าประชาชนที่สวนสาธารณะมีความตระหนักรู้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ พบว่าความตระหนักรู้ต่ออาการเตือนที่แสดงถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 อาการที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มดังนี้ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ (Ca: 39%; Pa: 61%;  $p: 0.001$ ) การสูญเสียการมองเห็น (Ca: 15.8%; Pa: 30.9%;  $p: 0.007$ ) อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (Ca: 26%; Pa: 41%;  $p: 0.026$ ) และความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงพบว่ากลุ่มประชาชนในสวนสาธารณะมีความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 ปัจจัยเสี่ยงดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาที่คลินิก ซึ่งได้แก่ เบาหวาน (Ca: 22.9%; Pa: 37.2%;  $p: 0.021$ ) การสูบบุหรี่ (Ca: 51.4%; Pa: 67.2%;  $p: 0.011$ ) และระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Ca: 54.1%; Pa: 69.9%;  $p: 0.015$ ). ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวพอสรุปได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไปในสวนสาธารณะ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ได้มีความรู้ดีกว่าประชาชนทั่วไป และพบอีกว่าระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีผลต่อความตระหนักรู้ เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

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



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

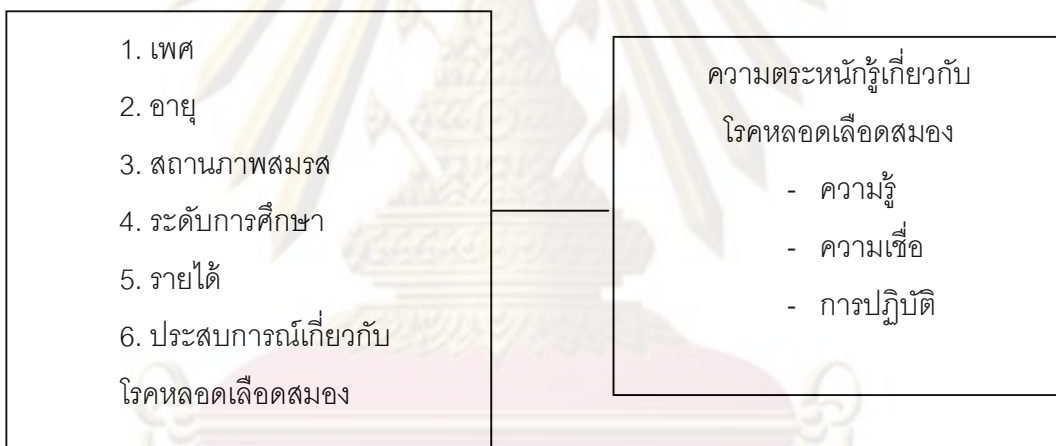
Aly, Abbas, Kazim, Taj, Aziz & Irfan et al.(2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของประชาชนชาวปากีสถาน ผลการศึกษา พบว่าร้อยละ 23 คิดว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้และความตระหนักในโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถระบุได้ว่าเกิดจาก โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 69.1 และความเครียดร้อยละ 55.8 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ส่วนความตระหนักรู้ต่ออาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาสูงและอายุน้อย เกี่ยวกับการจัดการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีร้อยละ 26.1 ระบุว่านำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และพบว่าแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 56 ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจาก เพื่อน หรือ ญาติ และร้อยละ 30.9 ได้รับข้อมูลจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 20 จากสื่อโทรทัศน์

Wahab, K.W., et al (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับ อาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนชาว ไนจีเรีย ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานหรือได้รับการวินิจฉัยทั้งสองโรค โดยมีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 225 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.7 เพศหญิงร้อยละ 57.3 ในเรื่องอาการเตือน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ชาวไนจีเรียไม่ทราบ เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 60.4 ทราบว่าจะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง พบร้อยละ 24.4 ทราบว่ามีอาการวิงเวียนและการทรงตัวของร่างกาย พบร้อยละ 13.3 พบเพียงร้อยละ 2.2 ที่ทราบว่ามีการมองเห็นผิดปกติ และพบว่าถึงแม้ประชาชนชาวไนจีเรีย จะมีระดับการศึกษาสูง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าประชาชนกลุ่มดังกล่าวจะมาตรวจรับการรักษาอย่างทันท่วงที พบร้อยละ 40 ของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมากกว่า 11 ปี ตอบถูกเกี่ยวกับอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องเพียง 1 อาการ พบร้อยละ 26.2 ตอบถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนได้ถูกต้องเพียง 2 อาการ และพบร้อยละ 4.4 ที่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 3 อาการ หรือมากกว่า ซึ่ง Wahab, K.W และคณะใน

ปี (2009). ได้สรุปว่าประชาชนชนกลุ่มเสี่ยงชาวไนจีเรีย ยังมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่ำ และควรส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยการจัดค่ายเพื่อฝึกอบรมในกลุ่มเสี่ยง ดังกล่าวต่อไป

**สรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิด ความตระหนักรู้และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีเอกสารและงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งหากขาดความตระหนักรู้ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคล ค่าใช้จ่าย เป็นภาระทางสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

#### กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรไทย อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และ/หรือโรคหัวใจ (มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง) คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการคลินิก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หรือ คลินิกอายุรกรรม จำนวน 384 คน โดยได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบบันทึกภายใต้โครงการรณรงค์ ป้องกัน อัมพฤกษ์ อัมพาต กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มเสี่ยงของกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลาง และ สูงมาก เป็นผู้ป่วยที่มี อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้องขณะให้ข้อมูล สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด เข้าใจในภาษาไทย สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามและใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากรายงานสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เนื่องจากประชากรมีจำนวนไม่แน่นอนและทราบเพียงว่าประชากรมีจำนวนมาก ใช้สูตรดังนี้



**ใช้สูตรของคอแครน** (Cochran, 1977 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ใช้ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน แต่ทราบว่า มีจำนวนมากและต้องการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร มี 2 กรณีคือ

$$\text{กรณีทราบค่าสัดส่วนของประชากร ใช้สูตร } n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

$$\text{และกรณีไม่ทราบค่าสัดส่วนของประชากรหรือกำหนด } p = 0.5 \text{ ใช้สูตร } n = \frac{Z^2}{4e^2}$$

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$p$  = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

$e$  = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

$Z$  = ค่า  $Z$  ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

ถ้าระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า  $Z = 1.96$

ได้กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 5% และ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ขนาดของประชากรที่ต้องการเท่ากับ

$$n = \frac{Z^2}{4e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2}{4(0.05)^2}$$

$$n = 384 \text{ คน}$$

## 2.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบบันทึกภายใต้โครงการรณรงค์ ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2550)

กำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการคลินิก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หรือ คลินิกอายุรกรรม แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การสอบถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวและญาติสายตรง การเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลการตรวจล่าสุด เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับ

น้ำตาลในเลือด เป็นต้น การสุบบุหรี่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอว ข้อมูลในส่วนนี้ ผู้วิจัยสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติจากการสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัย

2.2 มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

2.3 ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และ เวลาถูกต้องขณะให้ข้อมูล

2.4 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด และเข้าใจในภาษาไทย

2.5 สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

เนื่องจากการศึกษานี้มีการศึกษาปัจจัยในเรื่องความเป็นเพศหญิงและชาย จึงได้มีการจำกัด เพศชายและเพศหญิงในจำนวนเท่ากันในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปร

### 3.การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นขั้นตอน (Multi-stage random sampling) สุ่มโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา(วิกิพีเดีย,2546) [<http://th.wikipedia.org/wiki/สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา>] กระทรวงกลาโหม และสำนักนายกรัฐมนตรี้ สังกัดกรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการสุ่มสังกัด 4 ใน 5 สังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ซึ่งจากการสุ่มได้โรงพยาบาลจาก สังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี้ และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

3.1 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษามี ทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามาริบัติ, โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สุ่ม 1 ใน 3 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ **โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ**

3.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร มี 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, โรงพยาบาลเลิดสิน, โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลราชวิถี สุ่ม 1 ใน 4 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ **โรงพยาบาลราชวิถี**

3.3 โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี้ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งโรงพยาบาลเดียวกันไม่ต้องทำการสุ่ม จึงเป็น **โรงพยาบาลตำรวจ**

3.4 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สุ่ม 1 ใน 3 โดยให้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ **โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 384 คน เป็นชาย 192 คน (ร้อยละ 50) และหญิง 192 คน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.8) มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.3 สมรสคู่ ร้อยละ 62.2 จบการศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 87.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 20,001 บาท ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 65.1 ประกอบอาชีพนอกภาคราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (รวมผู้เกษียณอายุงานแล้ว) ร้อยละ 73.4 มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 62.0 เป็นเบาหวาน ร้อยละ 56.8 มีไขมันในเลือดสูง และร้อยละ 63.5 เป็นโรคหัวใจ (เป็นได้มากกว่า 1 โรค) ร้อยละ 56.0 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 75.4 มีดัชนีมวลกายเกินจนถึงอ้วน ทั้งนี้สามารถจัดตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ได้ดังนี้ ร้อยละ 39.6 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 39.8 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และร้อยละ 20.6 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ดังตารางที่ 5

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตารางที่ 5** แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย และกลุ่มเสี่ยง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	192	50
หญิง	192	50
<b>อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 40 ปี	43	11.2
40 – 49 ปี	66	17.2
50 – 60 ปี	130	33.8
61 ปีขึ้นไป	145	37.8
	$\bar{X} = 56.83$	SD = 13.58
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรส	220	57.3
หม้าย	75	19.5
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	47	12.3
โสด	42	10.9
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	12	3.1
ประถมศึกษา	86	22.4
มัธยมศึกษา	49	12.8
ประกาศนียบัตร (ปวช/ปวส)	92	23.9
อุดมศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)	145	37.8
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	369	96.1
คริสต์	13	3.4
อิสลาม	2	0.5

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	15	3.9
1,001 – 5,000 บาท	29	7.6
5,001 – 10,000 บาท	118	30.7
10,001 – 20,000 บาท	173	45.1
20,000 บาทขึ้นไป	49	12.8
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	85	22.1
ราชการ	80	20.8
ค้าขาย	73	19.0
เกษียณอายุ แม่บ้าน ไม่ได้ทำงาน	59	15.4
รัฐวิสาหกิจ	54	14.1
เกษตรกร	33	8.6
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่เคยสูบ	215	56.0
เคยสูบแต่ปัจจุบันหยุดแล้ว	110	28.6
สูบบุหรี่	59	15.4
<b>ดัชนีมวลกาย</b>		
18.5 – 22.9 (ปกติ)	102	26.5
23 - 24.9 (เกิน)	153	39.8
> 25.0 (อ้วน)	137	35.6
<b>กลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข</b>		
เสี่ยงสูง	152	39.6
เสี่ยงสูงปานกลาง	153	39.8
เสี่ยงสูงมาก	79	20.6

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว (เป็นได้มากกว่า 1 โรค)</b>		
ความดันโลหิตสูง	282	73.4
เบาหวาน	238	62.0
ไขมันในเลือดสูง	218	56.8
หัวใจ	244	63.5
<b>โรคประจำตัวที่เป็นมากกว่า 1 โรค</b>		
ความดันโลหิตสูง+เบาหวาน (2 โรค)	121	31.5
ความดันโลหิตสูง+เบาหวาน+ไขมันในเลือดสูง (3 โรค)	195	50.8
ความดันโลหิตสูง+เบาหวาน+หัวใจ+ไขมันในเลือดสูง (4 โรค)	55	14.3
ความดันโลหิตสูง+เบาหวาน+หัวใจ+ไขมันในเลือดสูง+ไตวาย หรืออื่นๆ(5 โรค)	13	3.4

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ ดังนี้

**ส่วนที่ 1**

**ชุดที่ 1** แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (สปสช, 2550)

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์อัมพาต) ประกอบด้วย ข้อบ่งชี้โอกาสเสี่ยง จำนวน 8 ข้อ ที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัมพาต ได้แก่ 1) มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือน้อง) ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด 2) การสูบบุหรี่ 3)ระดับความดันโลหิต 4)ระดับน้ำตาลในเลือด 5)ระดับไขมันในเลือด 6)ขนาดรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย 7)ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 8)ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ โดยกลุ่มเสี่ยงสูง มีปัจจัยเสี่ยง บ่งชี้ 2 ข้อ หรือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป หรือประวัติญาติสายตรงเป็นโรคอัมพาตหรือโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มเสี่ยงดังนี้

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงบ่งชี้ 2 ข้อ หรือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคอัมพาต หรือโรคหัวใจขาดเลือด หรือเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้



กลุ่มเสียงสูงปานกลาง หมายถึง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงบ่งชี้ 3-5 ข้อ หรือระดับความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ 170/100 mmHg 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 รอบการมาตรวจรักษา หรือคลอเลสเทอรอลมากกว่า หรือเท่ากับ 309 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กลุ่มเสียงสูงมาก หมายถึง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงบ่งชี้มากกว่า 5 ข้อ หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจ/อัมพาต หรือเป็นเบาหวานที่มีปัญหาไตแทรกซ้อน หรือมีกรรมพันธุ์ไขมันผิดปกติ

ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้เข้าร่วมวิจัย และนำมาประเมินเพื่อจัดระดับกลุ่มเสียง

### **ชุดที่ 2 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล**

แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ศาสนา อาชีพ

### **ส่วนที่ 2**

แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1** แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pandian และคณะ (2005) คำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเต็ม 13 คะแนน มีลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

**องค์ประกอบที่ 2** แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของ ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ คะแนนเต็ม 22 คะแนน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Essex Cardiac & Stroke Network (2007) ได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า วัดเป็น เห็นด้วยที่สุด เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย (Bloom, 1971) โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

(ข้อที่ 1,2,3,6,7,8 และ 11.)

ตัวเลือก

คะแนน

เห็นด้วยที่สุด

2

เห็นด้วยปานกลาง

1

ไม่เห็นด้วย

0

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

(ข้อที่ 4,5,9 และ 10.)

ตัวเลือก

คะแนน

เห็นด้วยที่สุด

0

เห็นด้วยปานกลาง

1

ไม่เห็นด้วย

2

องค์ประกอบที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 18 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pandian และคณะ (2005) ได้กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดเป็นปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ (Bloom, 1971) โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก (ข้อที่ 4,5,6,7 และ 9..)		ข้อความที่มีความหมายทางลบ (ข้อที่.1,2,3, และ 8.)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติเลย	0	ไม่ปฏิบัติเลย	2

โดยการหาระดับความตระหนักรู้ คือ การนำผลรวมของคะแนน ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติมารวมกัน ตามแนวคิด Summated Rating วิธีการนี้สร้างขึ้นโดย Likert โดยมีค่าพิสัยของคะแนนความตระหนักรู้อยู่ในช่วง 0-53 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับความตระหนักรู้ต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	(0-31 คะแนน)
ระดับความตระหนักรู้ปานกลาง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80	(32-42 คะแนน)
ระดับความตระหนักรู้สูง	ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	(43-53 คะแนน)

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

ประกอบด้วยข้อคำถามการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ เคยได้รับ และไม่เคยได้รับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เคยได้รับ	ได้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เคยได้รับ	ได้คะแนน 0 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ และแก้ไขเนื้อหา ภาษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามพร้อมคำจำกัดความไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษา จำนวน 5 คน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ จำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยเลือกเกณฑ์การสอดคล้อง และการยอมรับ โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ควรมีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า .8 (Polit and Hungler, 1999) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต	จำนวน 2 คน
อาจารย์พยาบาลผู้สอนเรื่องงานวิจัยสำหรับพยาบาล	จำนวน 1 คน
หัวหน้าพยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 1 คน

ได้มีการกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ (Polit and Hungler, 1999)

ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามเลย

ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก

จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

ระดับ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย

จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับนิยามนำผลการพิจารณา

คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

(Polit and Hungler, 1999)



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

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า CVI เท่ากับ .92, .86, .88 และ .98 ตามลำดับ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาครั้งนี้ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละแบบสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 6 – 7

ตารางที่ 6 แสดงข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุง

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 5 อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย
ข้อที่ 7 การเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ หรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	การเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ <b>พูดไม่ชัด</b> หรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต
ข้อที่ 10 เมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์ใน 3 ชั่วโมง	เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด
ข้อที่ 12 โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ ควรไปรับการรักษาอย่างทันที่ใน 3 ชั่วโมง	การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมง

ตารางที่ 7 แสดงข้อคำถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ที่ได้รับการปรับปรุง

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
3. การดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆในปริมาณมากมีผลต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	3.การดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆในปริมาณมาก (ปกติชาย ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน หญิง ไม่เกิน 1 แก้วต่อวัน) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้
6. ท่านมารับยาลดความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจตามนัด	6. ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิต/ ระดับน้ำตาลในเลือด/ ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ
8. เมื่อมีปัญหา ท่านจะเก็บตัวนั่งเงียบคนเดียว	8. เมื่อต้องเผชิญกับเรื่องเครียดๆ ท่านจะเก็บตัวนั่งเงียบคนเดียว
9. เมื่อไม่สบายใจ หรือ กังวลใจ ท่านจะหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียดและมีประโยชน์	9.เมื่อไม่สบายใจ หรือกังวลใจ ท่านจะหา กิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของ เนื้อหาแล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) 30 ราย กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .88 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .86 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .85 และ แบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .83 และได้นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 ราย และคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีเดิม ได้ค่าความเที่ยง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ

แบบสอบถามประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .88 .85 .85 และ .86 ตามลำดับ  
ดังแสดงในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตาม  
แบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ขั้นทดลอง ใช้ (N=30)	ขั้นใช้จริง (N=384)
แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.88	.88
แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.86	.85
แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง	.85	.85
แบบสอบถามประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.83	.86

### การดำเนินการวิจัย

#### ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมศึกษาสาเหตุของปัญหาที่มีความน่าสนใจ ค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสรุปผลงานวิจัยแต่ละงานเพื่อประกอบการวิจัย ค้นคว้ารูปแบบเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง แปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย และขออนุญาตผู้ทำการสร้างเครื่องมือ หลังได้รับอนุญาต นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยและคนไทยแล้วทำการบูรณาการเครื่องมือร่วมกับการสร้างด้วยตนเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

2. ผู้วิจัยเสนอดิถุภัณฑ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จาก

โรงพยาบาลที่ทำการสุ่มได้ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณารับรองการทำวิทยานิพนธ์

#### ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ตำรวจ พระมงกุฎเกล้า และธรรมศาสตร์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร



2. ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมแนบรายละเอียดของโครงการวิจัยและตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลรัฐ

3. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อประสานงานด้วยตนเองกับเจ้าหน้าที่ธุรการ หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขอทราบผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ภายหลังจากการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยรายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ และขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัยด้วยตัวผู้วิจัยเอง

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีหนังสือขอความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธไม่ตอบแบบสอบถามได้

6. สํารวจแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ หรือคลินิกอายุรกรรมของโรงพยาบาลล่วงหน้าก่อนที่จะเป็นวันที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

7. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และรับรองว่าจะไม่มีผลต่อการบริการ หรือการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างไร

8. หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย พื้ทักษัสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

9. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที หากมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

10. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือใหม่หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว

11. ตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลจากผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วย หากมีข้อมูลไม่ครบถ้วน สอบถามข้อมูลจนครบถ้วน

12. เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 384 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน โรงพยาบาลราชวิถี คณะกรรมการโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะกรรมการผู้วิจัยจริยธรรมในคนโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดขั้นตอนการวิจัย โดยการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมซึ่งจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นจึงทำการรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณ

1. ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการแบ่งอัตรภาคชั้นของคะแนนความตระหนักรู้ของกลุ่มตัวอย่าง
3. วิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) เปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักรู้ระหว่างตามกลุ่มปัจจัยต่างๆ
4. การทดสอบรายคู่ด้วยสถิติ Multiple comparison หลังวิเคราะห์ความแปรปรวน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และเปรียบเทียบความตระหนักรู้จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นขั้นตอน(Multi-stage random sampling) จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะ) ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ หรือแผนกอายุรกรรม ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน สรุปผลการวิจัยจำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9 - 13

**ตอนที่ 2** การเปรียบเทียบความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา ที่แตกต่างกัน และแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ANOVA และแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14-55

**ตอนที่ 3** แสดงผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ถูก-ผิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 56 ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 57 และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 58 (แสดงไว้ในภาคผนวก)



**ตอนที่ 1** การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9-13

**ตารางที่ 9** แสดงผลการวิเคราะห์ คะแนนต่ำสุด – สูงสุด คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (N=384 คน)

ตัวแปร	คะแนน					
	เต็ม	Max	Min	$\bar{X}$	(SD)	ระดับ
ความตระหนักรู้	53.00	49.00	19.00	36.42	5.31	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมีค่าความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 53 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 19 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคะแนนความตระหนักรู้เท่ากับ 36.42 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.31

**ตารางที่ 10** คะแนนต่ำสุด – สูงสุด คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตระหนักรู้แยกตามองค์ประกอบ ด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (N = 384)

ความตระหนักรู้	คะแนน				
	เต็ม	Max	Min	$\bar{X}$	(SD)
ความรู้	13.00	13.00	.00	8.59	2.81
ความเชื่อ	22.00	22.00	9.00	16.68	2.87
การปฏิบัติ	18.00	17.00	6.00	11.14	2.19

จากตารางที่ 10 พบว่าความตระหนักรู้แยกตามองค์ประกอบ ด้านความรู้ ความเชื่อ และ การปฏิบัติ โดยในด้านความรู้ คะแนนเต็ม 26 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้คะแนน สูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 8.59 (S.D = 2.81) สำหรับองค์ประกอบด้านความเชื่อคะแนนเต็ม

เท่ากับ 22 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้คะแนน สูงสุด เท่ากับ 22 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 16.68 (S.D = 2.87) และสำหรับคะแนนการปฏิบัติ คะแนนเต็ม 18 กลุ่มตัวอย่างได้คะแนน สูงสุด เท่ากับ 17 คะแนน ต่ำสุด 6 คะแนน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 11.14 (S.D = 2.19)

**ตารางที่ 11** แสดง จำนวน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามองค์ประกอบความ ตระหนักรู้ด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำแนกตาม กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่ม เสี่ยงสูงปานกลางและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (N=384 คน)

กลุ่มเสี่ยง	จำนวน	ค่าเฉลี่ยความรู้	ค่าเฉลี่ยความเชื่อ	ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ
สูง	152	8.53 (SD=2.65)	16.83 (SD=2.90)	11.26 (SD=2.26)
สูงปานกลาง	153	8.88 (SD=2.68)	16.59 (SD=2.79)	11.12 (SD=2.09)
สูงมาก	79	8.16 (SD=3.28)	16.56 (SD=3.01)	10.96 (SD=2.29)
รวม	384	8.59 (SD=2.81)	16.68 (SD=2.87)	11.14 (SD=2.19)

จากตารางที่ 11 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ รวม เท่ากับ 8.59 (SD = 2.81) และเมื่อแยกตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่ม เสี่ยงสูงปานกลางและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก พบว่า

**ด้านความรู้** พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ที่สูงที่สุด เท่ากับ 8.88 (SD=2.68) รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เท่ากับ 8.53 (SD = 2.65) และกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ต่ำสุด ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ เท่ากับ 8.16 (SD= 3.28)

**ด้านความเชื่อ** พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อรวม เท่ากับ 16.68 (2.87) และเมื่อแยกตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบกลุ่มเสี่ยงสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงสุด เท่ากับ 16.83 (2.90) รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง มีค่า คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 16.59 (2.79) และกลุ่มเสี่ยง

สูงมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 16.56 (3.01) ตามลำดับ

**ด้านการปฏิบัติ** พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติรวม เท่ากับ 11.14 (2.19) พบกลุ่มเสี่ยงสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 11.26 (2.26) กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 11.12 (2.09) และกลุ่มเสี่ยงสูงมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 10.96 (2.29) ตามลำดับ

**ตารางที่ 12** แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลาง และสูงมาก

กลุ่มเสี่ยง	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	53.614	2	26.807	.949	.388
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	10766.487	381	28.258		
รวม	10820.102	383			

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์แสดงว่าค่าเฉลี่ยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต่างกัน (สูง สูงปานกลาง และสูงมาก) มีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่างกัน



**ตารางที่ 13** แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้จำแนกตามปัจจัย ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และ การรักษา)

ปัจจัย	ความตระหนักรู้	ผลการวิจัยที่น่าไปใช้
อายุ	F = 8.284, p.000	ส่งเสริมความตระหนักรู้กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 50-60 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป
เพศ	F = .221, p.639	-
สถานภาพสมรส	F = 2.597, p.127	-
ระดับการศึกษา	F = 25.711, p.000	ส่งเสริมความตระหนักรู้กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา
รายได้	F = 22.274, p.000	ส่งเสริมความตระหนักรู้กลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท
ประสบการณ์ด้านปัจจัยเสี่ยง	F = 32.076, p.000	ส่งเสริมความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ให้ได้รับประสบการณ์ด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา เพื่อเพิ่ม
ด้านอาการเตือน	F = 29.304, p.000	ความตระหนักรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
ด้านการรักษา	F = 23.981, p.000	

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการเตือน และด้านการรักษา พบว่า

ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการเตือน และด้าน

การรักษา ต่างกัน มีความตระหนักรู้ต่างกัน และควรส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มี อายุ 50-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าอุดมศึกษา ผู้ที่มีรายได้ต่ำ และส่งเสริมประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา

ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี เพศ สถานภาพสมรส ต่างกัน มีความตระหนักรู้ไม่ต่างกัน

**ตอนที่ 2** การเปรียบเทียบความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา ที่แตกต่างกัน และแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ANOVA และแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14-55

**ตารางที่ 14** การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน

อายุ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	664.171	3	221.390	8.284	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	10155.931	380	26.726		
รวม	10820.102	383			

จากตารางที่ 14 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน จะมีความตระหนักรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่าง ( $p > .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Bonferroni

ตารางที่ 15 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของกลุ่มอายุ ด้วย สถิติ Bonferroni

กลุ่มอายุ	Mean	น้อยกว่า40 ปี	40-49 ปี	50-60 ปี	61 ปีขึ้นไป
น้อยกว่า40 ปี	38.86	-----	.9665	2.4605*	3.7915*
40-49 ปี	37.89	-----	-----	1.4939	2.8250*
50-60 ปี	36.40	-----	-----	-----	1.3310
61 ปีขึ้นไป	35.06	-----	-----	-----	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 15 ผลการทดสอบรายคู่ พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 50-60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปี ขึ้นไป

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน

อายุ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	168.144	3	56.048	7.452	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	2858.095	380	7.521		
รวม	3026.240	383			

จากตารางที่ 16 แสดงว่าค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน (p < .05) จึงสมควรใช้สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>



ตารางที่ 17 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของกลุ่มอายุ ด้วย สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

กลุ่มอายุ	Mean	น้อยกว่า40 ปี	40-49 ปี	50-60 ปี	61 ปีขึ้นไป
น้อยกว่า40 ปี	10.1628	-----	1.3901*	1.4551*	2.2042*
40-49 ปี	8.7727	-----	-----	.0650	.8141
50-60 ปี	8.7077	-----	-----	-----	.7491
61 ปีขึ้นไป	7.9586	-----	-----	-----	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 17 ผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีอายุ 40-49 ปี 50-60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 18 การความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน

อายุ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	158.118	3	52.706	6.648	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	3012.755	380	7.928		
รวม	3170.872	383			

จากตารางที่ 18 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่าง (p > .05) จึงสมควรใช้สถิติ Bonferroni

ตารางที่ 19 การทดสอบความแตกต่างความเชื่อระหว่างคู่ของกลุ่มอายุ ด้วย สถิติ Bonferroni

กลุ่มอายุ	Mean	น้อยกว่า40 ปี	40-49 ปี	50-60 ปี	61 ปีขึ้นไป
น้อยกว่า40 ปี	17.67	-----	-----	1.0513	1.6399*
40-49 ปี	17.59	-----	-----	-----	1.5564*
50-60 ปี	16.62	-----	-----	-----	-----
61 ปีขึ้นไป	16.03	-----	-----	-----	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 19 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และผู้ที่มีอายุในช่วง40-49 ปี มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม อายุ ที่ต่างกัน

อายุ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	11.875	3	3.958	.817	.485
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	1839.959	380	4.842		
รวม	1851.833	383			

จากตารางที่ 20 พบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาที่ต่างกันพบมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่างกัน

ตารางที่ 21 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม ปัจจัย ด้านเพศที่ต่างกัน

เพศ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	6.253	1	6.253	.221	.639
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	10813.849	382	28.309		
รวม	10820.102	383			

จากตารางที่ 21 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีเพศต่างกันพบมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

ตารางที่ 22 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม เพศ ที่ต่างกัน

เพศ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	.510	1	.510	.064	.800
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	3025.729	382	.7921		
รวม	3026.240	383			

จากตารางที่ 22 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีเพศต่างกัน พบมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน



ตารางที่ 23 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อ จำแนกตาม เพศ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

เพศ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	.065	1	.065	.008	.929
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	3170.807	382	8.301		
รวม	3170.872	383			

จากตารางที่ 23 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีเพศต่างกัน พบมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่างกัน

ตารางที่ 24 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม เพศ ที่ต่างกัน

เพศ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	2.344	1	2.344	.484	.487
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	1849.490	382	4.842		
รวม	1851.833	383			

จากตารางที่ 24 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีเพศต่างกัน พบมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

ตารางที่ 25 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามปัจจัย ด้านสถานภาพสมรสที่ต่างกัน

สถานภาพสมรส	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	256.845	3	85.615	2.597	.127
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	10563.257	380	27.798		
รวม	10820.102	383			

จากตารางที่ 25 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน พบมีความตระหนักรู้ไม่ต่างกัน

ตารางที่ 26 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามสถานภาพสมรส ที่ต่างกัน

สถานภาพสมรส	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	37.676	3	12.559	1.597	.190
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	2988.563	380	7.865		
รวม	3026.240	383			

จากตารางที่ 26 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

**ตารางที่ 27** แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

สถานภาพสมรส	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	52.449	3	17.483	2.130	.096
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	3118.423	380	8.206		
รวม	3170.872	383			

จากตารางที่ 27 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน พบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

**ตารางที่ 28** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำแนกตาม สถานภาพสมรส ที่ต่างกัน

สถานภาพสมรส	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	7.880	1	2.627	.541	.654
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	1843.954	380	4.853		
รวม	1851.833	383			

จากตารางที่ 28 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 29 การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน

ระดับการศึกษา	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	2309.450	4	577.362	25.711	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	8510.652	379	22.456		
รวม	10820.102	383			

จากตารางที่ 29 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความตระหนักรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

ตารางที่ 30 การทดสอบความแตกต่างความตระหนักรู้ระหว่างคู่ของระดับการศึกษาด้วยสถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

ระดับการศึกษา	Mean	ไม่ได้รับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ประกาศนียบัตร	สูงกว่าปริญญาตรี
ไม่ได้รับการศึกษา	30.41	-----	-----	-----	-----	-----
ประถมศึกษา	33.58	3.1647	-----	-----	-----	-----
มัธยมศึกษา	34.97	4.5629*	1.3982	-----	-----	-----
ประกาศนียบัตร	36.35	5.9420*	2.7773*	1.3791	-----	-----
สูงกว่าปริญญาตรี	39.15	8.7351*	5.5703*	4.1721*	2.7930*	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 30 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีขึ้นไป มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ ประกาศนียบัตร ตามลำดับ

ตารางที่ 31 การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	790.725	4	197.681	33.514	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	2235.514	379	5.898		
รวม	3026.240	383			

จากตารางที่ 31 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

ตารางที่ 32 การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้ระหว่างคู่ของระดับการศึกษา ด้วยสถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

ระดับการศึกษา	Mean	ไม่ได้รับ การศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	ประกาศ- นียบัตร	สูงกว่า ปริญญาตรี
ไม่ได้รับการศึกษา	5.2500	-----	-1.5988	-2.9133*	3.1087*	4.9638*
ประถมศึกษา	6.8488	-----	-----	-1.3144*	1.5099*	3.3650*
มัธยมศึกษา	8.1633	-----	-----	-----	-.1954	2.0505*
ประกาศนียบัตร	8.3587	-----	-----	-----	-----	1.8551*
สูงกว่าปริญญาตรี	10.2138	-----	-----	-----	-----	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 32 แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงปริญญาตรีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ ประกาศนียบัตร ตามลำดับ และผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นประกาศนียบัตร มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา และประถมศึกษา ตามลำดับ

ตารางที่ 33 การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	313.835	4	78.459	10.408	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	2857.037	379	7.538		
รวม	3170.872	383			

จากตารางที่ 33 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ.05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

**ตารางที่ 34** การทดสอบความแตกต่างของความเชื่อระหว่างคู่ของระดับการศึกษาด้วย สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

ระดับการศึกษา	Mean	ไม่ได้รับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ประกาศนียบัตร	สูงกว่าปริญญาตรี
ไม่ได้รับการศึกษา	14.5833	-----	-----	-----	-----	-----
ประถมศึกษา	15.6977	-----	-----	-----	-----	-----
มัธยมศึกษา	15.7143	1.1310	-----	-----	-----	-----
ประกาศนียบัตร	16.9348	2.3514	1.2371	-----	-----	-----
สูงกว่าปริญญาตรี	17.6138	3.0305	1.9161*	1.8995*	-----	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 34 พบผลการทดสอบรายคู่ พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีขึ้นไป มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มระดับประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตารางที่ 35** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตามระดับการศึกษาที่ต่างกัน

ระดับการศึกษา	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	10.157	4	2.539	.523	.719
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	1841.676	379	4.859		
รวม	1851.833	383			

จากตารางที่ 35 พบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม ระดับการศึกษาที่ต่างกันพบมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่างกัน

**ตารางที่ 36** การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	2059.464	4	514.866	22.274	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	8760.638	379	23.115		
รวม	10820.102	383			

จากตารางที่ 36 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกันจะมีความตระหนักรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่าง ( $p > .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Bonferroni

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 37 การทดสอบความแตกต่างของความตระหนักระหว่างคู่ของรายได้ ด้วย สถิติ Bonferroni

รายได้	Mean	ต่ำกว่า 1,000 บาท	1,001 – 5,000 บาท	5,001- 10,000 บาท	10,001- 20,000 บาท	20,000 บาท ขึ้น ไป
ต่ำกว่า 1,000 บาท	30.26	-----	-----	-----	-----	-----
1,001 – 5,000 บาท	31.89	1.6299	-----	-----	-----	-----
5,001-10,000 บาท	35.81	5.5469*	3.9170*	-----	-----	-----
10,001-20,000 บาท	37.00	6.7391*	5.1092*	1.1922	-----	-----
20,000 บาท ขึ้นไป	40.44	10.1823*	8.5524*	4.6354*	3.4432*	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 37 ผลการทดสอบรายคู่พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป มีความตระหนักรู้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 – 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 38 การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	602.771	4	150.693	23.566	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	2423.469	379	6.394		
รวม	3026.240	383			

จากตารางที่ 38 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน

ระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Dunnett'  $T_3$

ตารางที่ 39 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ของรายได้ ด้วย สถิติ Dunnett'  $T_3$

รายได้	Mean	ต่ำกว่า 1,000 บาท	1,001 – 5,000 บาท	5,001- 10,000 บาท	10,001- 20,000 บาท	20,000 บาท ขึ้น ไป
ต่ำกว่า 1,000 บาท	5.0000	-----	-----	3.1017*	4.0636*	5.5918*
1,001 – 5,000 บาท	6.3448	-----	-----	-----	2.7188*	4.2470*
5,001-10,000 บาท	8.1017	-----	-----	-----	.9619*	2.4901*
10,001-20,000 บาท	9.0636	-----	-----	-----	-----	1.5283*
20,000 บาท ขึ้นไป	10.5918	-----	-----	-----	-----	-----

\* $P < .05$

จากตารางที่ 39 ผลการทดสอบรายคู่ สามารถจัดกลุ่มความแตกต่าง เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้  
 กลุ่มที่ 1 พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 – 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีรายได้ในช่วง 10,001-20,000 บาท จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 – 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 40 การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	275.888	4	68.972	9.030	.000
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	2894.984	379	7.638		
รวม	3170.872	383			

จากตารางที่ 40 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความเชื่อต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

ตารางที่ 41 การทดสอบความแตกต่างของความเชื่อระหว่างคู่ของรายได้ ด้วย สถิติ Dunnett' T<sub>3</sub>

รายได้	Mean	ต่ำกว่า 1,000 บาท	1,001 – 5,000 บาท	5,001- 10,000 บาท	10,001- 20,000 บาท	20,000 บาท ขึ้นไป
ต่ำกว่า 1,000 บาท	13.7333	-----	-----	-----	-----	-----
1,001 – 5,000 บาท	15.0690	-----	-----	-----	-----	-----
5,001-10,000 บาท	16.7627	3.0294*	-----	-----	-----	-----
10,001-20,000 บาท	16.8324	3.0990*	1.7634*	-----	-----	-----
20,000 บาท ขึ้นไป	17.8367	4.1034*	2.7678*	1.0740	-----	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 41 พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป และกลุ่มที่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท



1,001 – 5,000 บาท ผู้ที่มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท

**ตารางที่ 42** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-Value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	57.271	4	14.318	3.024	.018
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	1794.563	379	4.735		
รวม	1851.833	383			

จากตารางที่ 42 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบรายคู่ ผล Levene statistic ปรากฏว่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) จึงสมควรใช้สถิติ Bonferroni

ตารางที่ 43 การทดสอบความแตกต่างของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระหว่างคู่ของรายได้ ด้วย สถิติ Bonferroni

รายได้	Mean	ต่ำกว่า 1,000 บาท	1,001 – 5,000 บาท	5,001-10,000 บาท	10,001-20,000 บาท	20,000 บาท ขึ้นไป
ต่ำกว่า 1,000 บาท	11.5333	-----	-----	-----	-----	-----
1,001 – 5,000 บาท	10.4828	-----	-----	-----	-----	-----
5,001-10,000 บาท	10.9492	-.5842	-----	-----	-----	-----
10,001-20,000 บาท	11.1098	-.4235	.6271	-----	-----	-----
20,000 บาท ขึ้นไป	12.0204	.4871	1.5376*	1.0713*	-----	-----

\*P < .05

จากตารางที่ 43 พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท

ตารางที่ 44 การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านปัจจัยเสี่ยงต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ปัจจัยเสี่ยง	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	48	32.52	4.78	32.076	.000
เคยได้รับ	336	36.98	5.15		
รวม	384	36.42	5.31		

จากตารางที่ 44 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความตระหนักรู้ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับ และไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

**ตารางที่ 45** การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านอาการเตือนต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ อาการเตือน	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	150	34.66	5.29	29.304	.000
เคยได้รับ	234	37.56	5.01		
รวม	384	36.42	5.31		

จากตารางที่ 45 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความตระหนักรู้ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านอาการเตือนระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

**ตารางที่ 46** การวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์โรคหลอดเลือดสมองด้านการรักษาต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ การรักษา	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	246	35.48	5.16	23.981	.000
เคยได้รับ	138	38.15	5.15		
รวม	384	36.42	5.31		

จากตารางที่ 46 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านการรักษาต่างกัน จะมีความตระหนักรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านการรักษา ระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

**ตารางที่ 47** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ปัจจัยเสี่ยง	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	48	6.08	2.80	49.500	.000
เคยได้รับ	336	8.95	2.62		
รวม	384	8.59	2.81		

จากตารางที่ 47 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

**ตารางที่ 48** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้อาการเตือน	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	150	7.37	2.72	53.172	.000
เคยได้รับ	234	9.38	2.52		
รวม	384	8.59	2.81		



จากตารางที่ 48 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

**ตารางที่ 49** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ การรักษา	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	246	8.03	2.77	29.893	.000
เคยได้รับ	138	9.60	2.59		
รวม	384	8.59	2.81		

จากตารางที่ 49 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับและไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

**ตารางที่ 50** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ อาการเตือน	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	150	16.33	2.99	3.701	.055
เคยได้รับ	234	16.91	2.78		
รวม	384	16.68	2.87		

จากตารางที่ 50 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความเชื่อไม่ต่างกัน

**ตารางที่ 51** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ การรักษา	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	246	16.48	2.88	3.366	.067
เคยได้รับ	138	17.04	2.84		
รวม	384	16.68	2.87		

จากตารางที่ 51 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

**ตารางที่ 52** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ การรักษา	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	246	10.94	2.13	5.656	.018
เคยได้รับ	138	11.50	2.27		
รวม	384	11.14	2.19		

จากตารางที่ 52 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนน ประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับการรักษาระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับ

และไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

**ตารางที่ 53** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ ปัจจัยเสี่ยง	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	48	10.75	1.50	1.781	.183
เคยได้รับ	336	11.20	2.27		
รวม	384	11.14	2.19		

จากตารางที่ 53 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

**ตารางที่ 54** การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน

ประสบการณ์รับรู้ อาการเตือน	N	Mean	S.D.	F	P-Value
ไม่เคยได้รับ	150	10.95	2.20	1.891	.170
เคยได้รับ	234	11.26	2.18		
รวม	384	11.14	2.19		

จากตารางที่ 54 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

ตารางที่ 55 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ จำแนกตามปัจจัย ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา) ในด้านความรู้ ด้านความเชื่อ และด้านการปฏิบัติ

ความตระหนักรู้	ด้านความรู้	ด้านความเชื่อ	ด้านการปฏิบัติ
<b>ปัจจัย</b>			
อายุ	F= 7.452, p =.000	F= 6.648, p =.000	F= .817, p =.485
เพศ	F= .064, p =.800	F= .008, p =.929	F= .484, p =.487
สถานภาพสมรส	F= 1.597, p =.190	F= 2.130, p =.096	F= .541, p =.654
ระดับการศึกษา	F= 33.514, p =.000	F= 10.408, p =.000	F= .523, p = .719
รายได้	F= 23.566, p =.000	F= 9.030, p =.000	F= 3.024, p =.018
ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง			
ด้านปัจจัยเสี่ยง	F= 49.500, p =.000	F= 6.689, p =.010	F= 1.781, p = 1.83
ด้านอาการเตือน	F= 53.172, p =.000	F= 3.701, p =.055	F= 1.891, p = 1.70
ด้านการรักษา	F= 29.893, p =.000	F= 3.366, p =.067	F= 5.656, p =.018

จากตารางที่ 55 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการเตือน และด้านการรักษา โดยจำแนกตามรายด้านได้ผลดังนี้

#### ด้านความรู้

พบปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการเตือน ด้านการรักษา ที่ต่างกัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส ที่ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



### ด้านความเชื่อ

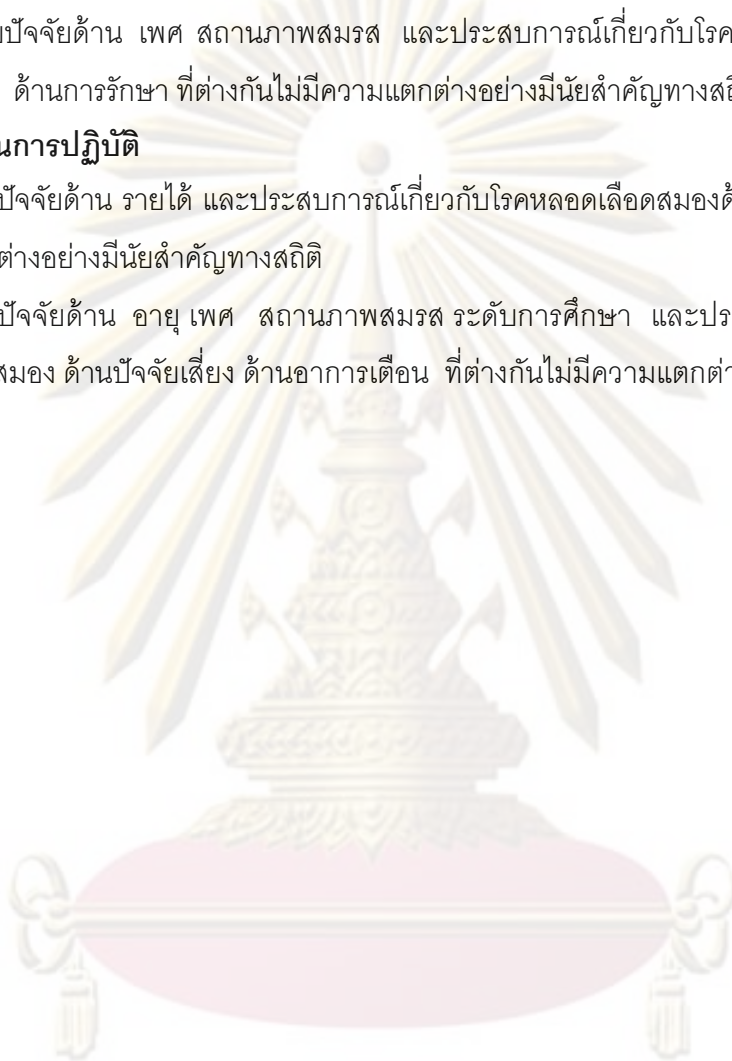
พบปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านอาการเตือน ด้านการรักษา ที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ด้านการปฏิบัติ

พบปัจจัยด้าน รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านการรักษา ที่ต่างกัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการเตือน ที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และเพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 384 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ แบบสอบถามประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ได้เท่ากับ .88 .85 .85 และ .86 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยด้วยการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA)

#### สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ในช่วงวันที่ 15 ธันวาคม 2552 ถึง วันที่ 15 มีนาคม 2553 สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 384 ราย เป็นชายร้อยละ 50 และหญิงร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.3 จบการศึกษาระดับอุดมศึกษาร้อยละ 37.8 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 20,001 บาท นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.1 พบดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลเมตร<sup>2</sup> ร้อยละ 35.6 และพบร้อยละ 39.6 เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 39.8 เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และร้อยละ 20.6 เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน จำแนกตามปัจจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัยพบว่าระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคะแนนความตระหนักรู้เท่ากับ 36.42 และค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.31 และเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนความตระหนักรู้จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดย พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน และพบปัจจัยด้าน เพศ และ สถานภาพสมรส ต่างกัน ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

**ความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปาน กลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก เมื่อวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ความรู้ ความ เชื่อ และการปฏิบัติ สามารถสรุปผลการวิจัยแยกตามรายด้านความตระหนักรู้ ดังนี้**

**ด้านความรู้** ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลาง และสูงมาก จำนวน 384 คน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม พบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม เท่ากับ 8.59 (SD = 2.81) และพบว่าในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงสุด เท่ากับ 8.88 (SD = 2.68) รองลงมา คือ กลุ่มเสี่ยงสูงมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 8.53 (SD = 2.65) และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก มีคะแนนความรู้ เฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 8.16 (SD = 3.28) ตามลำดับ

**ด้านความเชื่อ** ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลาง และสูงมาก จำนวน 384 คน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม พบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเชื่อไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของความเชื่อเท่ากับ 16.68 (2.87) พบกลุ่มเสี่ยง สูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงสุด เท่ากับ 16.83 (2.90) รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมอง เท่ากับ 16.59 (2.79) และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง เท่ากับ 16.56 (3.01) ตามลำดับ

**ด้านการปฏิบัติ** ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง สูงปานกลาง และสูงมาก จำนวน 384 คน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย รวมของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มี ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมเท่ากับ

11.14 (2.19) พบกลุ่มเสี่ยงสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 11.26 (2.26) กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 11.12 (2.09) และกลุ่มเสี่ยงสูงมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 10.96 (2.29) ตามลำดับ

**การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแยกตามองค์ประกอบรายด้านของความตระหนักรู้ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน ANNOVA**

**ด้านความรู้** พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษา ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน จะมีความรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในงานวิจัยนี้ พบ ปัจจัยด้านอาชีพที่แตกต่างกัน จะมีความรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบปัจจัยเกี่ยวกับเพศ และ สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกันมีความรู้ไม่ต่างกัน

**ด้านความเชื่อ** พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับประสบการณ์ด้าน ปัจจัยเสี่ยง ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน จะมีความเชื่อต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบปัจจัยเกี่ยวกับเพศ และ สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน จะมีความเชื่อไม่ต่างกัน

**ด้านการปฏิบัติ** พบว่า ปัจจัยด้าน รายได้ และประสบการณ์การรับรู้ด้านการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวไม่ต่างกัน

**ผลการทดสอบรายคู่เพื่อเปรียบเทียบปัจจัย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และประสบการณ์การรับรู้ จำแนกตาม ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

#### **ด้านความรู้**

**อายุ** ผลการทดสอบรายคู่เกี่ยวกับช่วงอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีอายุ 40-49 ปี 50-60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป



**ระดับการศึกษา** ผลการทดสอบรายคู่ พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ ประถมศึนัยบัตร ตามลำดับ และผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาชั้นนัยบัตร มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา และประถมศึกษา ตามลำดับ

**รายได้** จากผลการทดสอบรายคู่ สามารถจัดกลุ่มความแตกต่าง เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้  
 กลุ่มที่ 1 พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 – 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีรายได้ในช่วง 10,001-20,000 บาท จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 – 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท

**อาชีพ** ผลการทดสอบรายคู่ พบความแตกต่างของกลุ่มอาชีพต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพราชการ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ผู้ที่เกษียณอายุราชการ แม่บ้าน) รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย เกษตรกร และรับจ้าง สำหรับกลุ่มรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า กลุ่มอาชีพ เกษตรกร และรับจ้าง

### ด้านความเชื่อ

**อายุ** แสดงผลการทดสอบรายคู่ พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และผู้ที่มีอายุในช่วง 40-49 ปี มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป

**ระดับการศึกษา** ผลการทดสอบรายคู่ พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีขึ้นไป มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา

**รายได้** ผลการทดสอบรายคู่ พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป และกลุ่มที่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 – 5,000 บาท ผู้ที่มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท

## ด้านการปฏิบัติ

**รายได้** พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ในช่วง 1,001 – 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

**วัตถุประสงค์** ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

การศึกษานี้พบระดับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งสามกลุ่มโดยรวมระดับความตระหนักรู้ไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อแยกตามองค์ประกอบรายด้านความตระหนักรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในแต่ละกลุ่มพบว่าในผู้ป่วย

กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 152 คน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เท่ากับ 8.53 (2.65) มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเท่ากับ 16.83 (2.90) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 11.26 (2.26) คะแนนเฉลี่ย ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง จำนวน 153 คน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เท่ากับ 8.88 (2.68) มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเท่ากับ 16.59 (2.79) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 11.12 (2.09) คะแนนเฉลี่ย ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มเสี่ยงสูงมาก จำนวน 79 คน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เท่ากับ 8.16 (3.28) มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเท่ากับ 16.56 (3.01) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 10.96 (2.29) คะแนนเฉลี่ย ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพบอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้สืบเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับอุปสรรคการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 10 ซึ่งกล่าวถึงสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งพบว่าการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ขาดความสมดุลของทั่วโลกมุ่งเน้นการพัฒนาทางวัตถุ โดยเอาเศรษฐกิจหรือเอาเงินเป็นตัวตั้งแบบทุนนิยมที่ดำเนินธุรกิจการค้าและบริการที่ถูกรอบงำด้วยกลไกตลาดที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญ และการเติบโตทางเศรษฐกิจในอัตราที่สูง สังคมเปลี่ยนไปสู่การเสื่อมสลายจากสังคมตะวันออกเป็นสังคมตะวันตก สังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม สังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำรงชีวิตและแบบแผนการบริโภคเปลี่ยนไป เกิดกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยม ที่มีค่านิยมเลียนแบบการบริโภคตามต่างชาติ ละเลยไม่

เห็นคุณค่าความเป็นไทย เกิดความพึงพอใจไม่เพียงพอมีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น และไม่เหมาะสมสถาบันทางสังคมอ่อนแอลายเป็นสังคมที่พร่องทางด้านคุณธรรม ศีลธรรม จริยธรรม มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ แข่งขัน เอารัดเอาเปรียบ แสวงหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเอง ครอบครัว และการเติบโตของธุรกิจ ทำให้ขาดความเอื้ออาทรใส่ใจซึ่งกันและกัน ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ รับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการผลิตผลิตภัณฑ์ไร้คุณค่าทางโภชนาการ และพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน ขาดความสมดุลละเอียดหรือมองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ จากแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกว่า โรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ก็จะทำให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

กระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่าระบบเฝ้าระวังคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยอ่อนแอ เนื่องจากยังมีลักษณะต่างคนต่างทำงานขาดการบูรณาการและการจัดวางระบบงาน การพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามควบคุมป้องกันและการใช้ประโยชน์ในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงในระดับชาติ ขาดความรู้ทักษะและความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยส่วนใหญ่การคัดกรองเป็นเพียงเพื่อหาผู้ป่วยมีไข้เพื่อการหากลุ่มเสี่ยงและเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น และการดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ มักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำ แต่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและขาดความเข้มแข็งจริงจัง (สำนักระบาดวิทยา, 2550)

สรุปได้ว่าในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาตามคะแนนเฉลี่ย พบกลุ่มเสี่ยงสูงมาก มีคะแนนเฉลี่ย ในทุกด้านต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง

**วัตถุประสงค์** ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การรับรู้ ตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างเพศแตกต่างกัน



การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า เพศที่แตกต่างกัน มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งในเพศหญิงและเพศชายไม่ต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่แสดงถึงความแตกต่างของความตระหนักรู้ด้านเพศ เช่นในการศึกษาของ Fogle et al. (2008) ที่พบว่าเพศหญิงให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองและเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงสุดในเพศหญิง และทั้งนี้ยังพบการศึกษาที่แสดงผลต่างกันคือ เพศหญิงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ Blades et al. (2005) พบว่าในเพศหญิงมีผลต่อความตระหนักรู้ต่ออาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงสามารถที่จะตอบคำถามในเรื่องเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ 1 ข้อ ถูกต้องร้อยละ 89 ในขณะที่เพศชายร้อยละ 85 และสามารถตอบเกี่ยวกับอาการเตือนได้ 2 ข้อ ในเพศหญิงร้อยละ 75 สำหรับในเพศชายร้อยละ 62 และสามารถตอบเกี่ยวกับอาการเตือนได้มากกว่า 3 ข้อ ในเพศหญิงร้อยละ 42 สำหรับในเพศชายร้อยละ 35 และในเรื่องปัจจัยเสี่ยง ก็พบผลการวิเคราะห์ที่เหมือนกันคือเพศหญิงมีความสามารถตอบคำถามได้มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 หากแต่ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Pandian et al. (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนทางตอนเหนือของประเทศอินเดีย ที่ไม่พบความแตกต่างของความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงเปรียบเทียบกับเพศชาย

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างอายุแตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้เมื่อแยกตามองค์ประกอบความตระหนักรู้พบดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีความรู้ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีอายุ 40-49 ปี 50-60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป

ด้านความเชื่อ พบว่าความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุต่างกัน จะมีความเชื่อต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และผู้ที่มีอายุในช่วง 40-49 ปี มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป



ด้านการปฏิบัติ พบว่าการปฏิบัติของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เนื่องจากในช่วงอายุที่ต่างกันได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ต่างกันแต่พบว่าช่วงอายุต่างกันจากช่วงอายุที่ศึกษาพบช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ ด้วยเนื่องจากสังคมสมัยใหม่โลกออนไลน์หรือสังคมทางอินเทอร์เน็ตซึ่งสามารถสืบค้นเสาะหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุและสอดคล้องกับการศึกษาของ Muntner, Desalvo, Wildman, Raggi & Whelton. (2006) พบว่าช่วงอายุ 20-39 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.018 แต่การศึกษาของ Pontes - Neto et al., 2008 ให้ผลที่ขัดแย้งโดยพบว่าในช่วงอายุ 50-64 ปี มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด พบร้อยละ 61.8 รองลงมา ในช่วงอายุ 40-49 ปี พบร้อยละ 28.9yo ช่วงอายุ 30-39 ปี พบร้อยละ 26.7 และพบมีความตระหนักรู้ต่ำสุดอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี คือ ร้อยละ 12.8

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่แตกต่างกัน การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานเนื่องจากสถานภาพสมรสไม่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน และขัดแย้งกับการศึกษาของ Huang et al. (2007) เกี่ยวกับเรื่องความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยง ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษานี้ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Sug Yoon, Heller, Levi & Wiggers. (2001) และ Ferris, Robertson, Fabunmi & Mosca. (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพสมรสต่อความตระหนักในโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ที่สมรสแล้วมีความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวกับการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 4 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระดับการศึกษา แตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบรายด้าน พบดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีขึ้นไป มีความรู้

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ ประกาศนียบัตร ตามลำดับ

ด้านความเชื่อ พบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาขั้นปริญญาตรีขึ้นไป มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า กลุ่ม ประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา

ด้านการปฏิบัติ พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไม่แตกต่างกัน

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าย่อมได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าสอดคล้องกับแนวคิดของกูด Good (1973) ซึ่งกล่าวว่า ความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่จะกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aly, Abbas, Kazim, Taj, Aziz & Irfan et al. (2009) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง คือระดับการศึกษาโดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า 11 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในปีเดียวกัน Nolte, Jungehulsing, Rosnagel, Roll, Haeusler & Reich et al. (2009) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 225 คน พบว่าระดับ การศึกษาน้อยกว่า 11 ปี ไม่สามารถบอกเกี่ยวกับอาการเตือนได้ และเป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Wahab et al, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pontes-Neto et al. (2008) และการศึกษาของ Pandian et al. (2005) ที่กล่าวว่าระดับการศึกษามีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 5 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างรายได้ แตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบรายด้าน พบดังนี้

ด้านความรู้ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

มากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 – 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท

ด้านความเชื่อ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความเชื่อต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป มากกว่า ผู้ที่มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท และ 1,000 บาท

ด้านการปฏิบัติ การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ในช่วง 1,001 – 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทมีระดับความตระหนักรู้สูงสุด และกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาทมีระดับความตระหนักรู้ต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยเนื่องจากการมีรายได้ทำให้เกิดความสนใจต่อสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ต่ำแต่เกิดสนใจในสุขภาพแต่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้เกิดการละเลยให้ความสำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Takiyyuddin (1995) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดี จะมีการใส่ใจระวัง และให้ความสำคัญต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาของ Wahab, et al. (2008) ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pandian et al. (2005) พบว่ารายได้สูงมีผลต่อความตระหนักโดยทำให้มีความตระหนักรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการศึกษาของ Kamran et al. (2007) พบผลการศึกษาเช่นเดียวกันคือ รายได้ส่งผลถึงความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 6 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างประสบการณ์การรับรู้ แตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อแยกตามองค์ประกอบความตระหนักรู้ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ

ในด้านความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มีประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง



ระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับ และไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์

ในด้านความเชื่อ พบว่าความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความรู้ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับ และไม่เคยได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์ สำหรับอาการเตือนและการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีความเชื่อไม่ต่างกัน

ในด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนน ประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับการรักษา ระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับ และไม่เคย ได้รับประสบการณ์พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์ ส่วนปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน ที่แตกต่างกัน การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยตามแนวคิดของกูดซึ่งกล่าวถึงประสบการณ์ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ Good (1973) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Marx, Gube, Faldum, Kuntze, Nedelmann, Haertle, et al. (2009) พบว่าการรับรู้มีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดีมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Fernandes, Avelar, Mory, Hansen & Li, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ajayi & Ojo. (2007) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองที่ดีมีผลต่อความตระหนักรู้ต่อโรคและการป้องกัน ช่วยลด การเกิดโรคซ้ำ ความพิการและเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mosca, Jones, King, Ouyang, Redberg & Hill.(2000) ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงมีผลต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อความตระหนักและไม่



ตระหนักรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่าผู้ที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Al Shafae, Ganguly & Al Asmi, 2006)

นอกจากนี้ยังพบว่าอาชีพที่แตกต่างกัน มีความตระหนักรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่างกัน โดยกลุ่มอาชีพรับราชการมีระดับความตระหนักรู้สูงสุด และกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีระดับความตระหนักรู้ต่ำที่สุด

โดยสรุปพบว่าปัจจัย เพศและสถานภาพสมรสที่ต่างกัน ไม่พบเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากมีผลการวิจัยหลายฉบับที่ขัดแย้งกัน และการศึกษาครั้งนี้ยืนยันการความแตกต่างของปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างของความตระหนักรู้ ในกลุ่มตัวอย่างนี้

และสำหรับช่องทางการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 63 ได้รับจากสื่อโทรทัศน์เป็นหลัก และบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลยังคงค่อนข้างน้อย ในจุดนี้ควรมีการส่งเสริมบุคลากรเจ้าหน้าที่ให้เกิดความตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมอง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบระดับความตระหนักรู้เมื่อแยกตามองค์ประกอบ ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากแยกองค์ประกอบของความตระหนักรู้ ในแต่ละส่วนตามรายชื่อของข้อความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่ามีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดขึ้น ควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างทราบเพียง ร้อยละ 14.8 ซึ่งในส่วนนี้ควรมีการจัดการรณรงค์สื่อโดยผ่านช่องทาง โทรทัศน์ในการได้รับข้อมูล และข้อคำถามความรู้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบได้เพียงร้อยละ 23.2 ซึ่งในข้อคำถามข้อนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งหากเริ่มช้ากว่านี้ส่งผลถึงเนื้อสมองซึ่งขาดเลือดไปเลี้ยงและขาดออกซิเจน เกิดเป็นเนื้อตายในสมองในที่สุด ซึ่งนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิต ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากช่องทางโทรทัศน์เป็นหลัก (ร้อยละ 63.0) นอกจากนั้นบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่า จะ

เป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดให้มีการให้ข้อมูลในส่วนนี้เพิ่มเติมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวที่มาเข้ารับการรักษา เพื่อเป็นการป้องกันไว้เบื้องต้น

ในส่วนองค์ประกอบด้านความเชื่อ ข้อความเชื่อที่มีผู้ตอบถูกได้น้อยที่สุดคือ “ข้อที่ 9 โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล” อยู่ที่ร้อยละ 39.8 ซึ่งแสดงถึงกลุ่มเสี่ยงขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำเป็นต้องรีบเข้ารับการรักษาให้เร็วที่สุด และ “ข้อที่ 5 ผู้หญิงไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต” อยู่ที่ร้อยละ 43.8 ซึ่งขัดแย้งกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงเป็นอันดับหนึ่ง จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการแก้ไขความเชื่อที่ผิดข้อนี้

สำหรับองค์ประกอบด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องกลับพบพฤติกรรมที่ไม่รับประทานอาหารหวานจัดอยู่เพียงที่ร้อยละ 6.8 พฤติกรรมที่ไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซอส เกลือป่น ในอาหารที่รับประทาน อยู่เพียงที่ร้อยละ 7.3 และพฤติกรรมที่ไม่รับประทานอาหารมันๆ อยู่เพียงที่ร้อยละ 7.8 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมบริโภคและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมาก ซึ่งในส่วนนี้ควรมีการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องและให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโดยมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้พบว่าการได้รับประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความสนใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การรักษา โรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับประสบการณ์ตรงอยู่เป็นประจำ เช่น มีกิจกรรมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองข้างเตียง หรือตามบ้านที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทั้งนี้ การสร้างเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการให้ข้อมูลผ่านทางสื่อโทรทัศน์ และ/หรือการจัดกิจกรรม ควรเน้นในกลุ่มเกษตรกร ผู้มีรายได้ต่ำ และผู้สูงอายุ เนื่องจากมีระดับความตระหนักรู้ค่อนข้างน้อย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักในโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในทางการพยาบาล

1. พยาบาลควรจัดให้มีการส่งเสริมความตระหนักรู้ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป มีรายได้ต่ำ และประกอบอาชีพรับจ้าง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนที่สำคัญ 5 ประการ และในเรื่องเวลาที่จะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น และจากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งในส่วนนี้พยาบาลควรมีการติดตามใกล้ชิดในเรื่องการปฏิบัติตัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และส่งเสริมประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษา เช่น จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองข้างเดียว เพื่อทราบแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. สำหรับขั้นตอนการตรวจสุขภาพผู้ป่วย พยาบาลควรมีการคำนึงถึง ปัจจัยในส่วนตัว อายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งอาจขาดความสนใจในเรื่องสุขภาพดังกล่าวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรจัดให้มีการสร้างเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ/หรือการจัดกิจกรรม ควรเน้นในกลุ่มเกษตรกร รับจ้าง ผู้มีรายได้น้อย และผู้สูงอายุ เนื่องจากมีระดับความตระหนักรู้ค่อนข้างน้อย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

3. ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ ควรมีความตระหนักเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อสร้างเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำตัวแปร ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์ เพื่อหาระดับความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ ต่อไป
2. สามารถนำผลการวิจัยไปศึกษาต่อยอดงานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตามตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้
3. ควรมีการศึกษาขยายผลในประชากรกลุ่มอื่นและพื้นที่อื่นต่อไป เพื่อให้เป็นข้อมูลเฉพาะของประชากรกลุ่มต่างๆ และพื้นที่ต่างๆ
4. การรณรงค์ส่งเสริมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้และสื่อต่างๆในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนักรู้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ข้อจำกัดในการวิจัย

พบข้อจำกัดด้านการหากกลุ่มตัวอย่างซึ่งในบางโรงพยาบาลได้มีการส่งเสริมสุขภาพและแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแล้ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่รักษาโรคนี้โดยเฉพาะ ด้านการขอ อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ด้านการหาบุคคลภายในโรงพยาบาล ที่สามารถให้ความร่วมมือรับผิดชอบเมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ และด้านระยะเวลาที่ทำการศึกษาที่จำกัด จึงทำให้การเก็บข้อมูลสามารถมุ่งเน้นได้เพียงที่โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งนี้เท่านั้น และเนื่องจากการศึกษา เรื่องนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไม่ได้มาจากช่วงคะแนนเดียวกันในโอกาสต่อไปควรมีการพัฒนา เครื่องมือในการวิจัยในการวัดความตระหนักรู้ที่ชัดเจนและมาจากช่วงคะแนนเดียวกัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กชกร อ่อนอภัย. 2551. การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชา สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กาญจนา อนุตริยะ. 2549. อิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขา การพยาบาลชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กীরติ บุญเจือ. 2525. วิธีการศึกษาทั่วไปแบบบูรณาการสมบูรณัฒม์ต้น: มนุษย์รู้ได้อย่างไร. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- กัญญา สุวรรณแสง. 2532. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: บำรุงสาสน์.โครงการสวัสดิการวิชาการ
- จรรยา ขุนทรง. 2539. ความตระหนักของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลในการอนุรักษ์แม่น้ำลำคลองในจังหวัดหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. 2544. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุณี ปลายยอด. 2548. การรับรู้ต่อการให้บริการของผู้เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. 2541. โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล.ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

- ชมรมพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. 2550. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- ชวาล แพรัตนกุล. 2526. เทคนิคการวัดผล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ณัฐเชษฐ์ เปล่งวิทยา และคณะ. 2549. โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย: ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคมอายุรศาสตร์ไทย, 89(6): 49-53.
- ทองศักดิ์ ประสบกิตติกุล. 2534. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(1): 22-23.
- ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. 2543. การพยาบาลจิตสังคมตามขั้นพัฒนาการ. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2548. การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธีรวิมล เอกะกุล. 2543. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ธัญลักษณ์ โอบอ้อม. 2548. พฤติกรรมกำบังกั้นการเกิดโรคเรื้อรัง. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- น้อมจิตต์ นवलเนตร์. 2544. แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ, และอัจฉรา หล่อวิจิตร. 2541. (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. หน้า 37-98. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- น้อมจิตต์ นवलเนตร์. 2545. อัมพาตครึ่งซีก: ท่านสามารถช่วยเขาได้. กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.
- นิจศรี ชายณรงค์. 2547. เครือข่ายวิจัยสุขภาพโครงการวิจัย. (<http://www.thainhf.org/hrn/Research-Detail.asp>). (ค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2550).
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2548. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุปผา อาศรัยราช. 2541. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จ. อุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประคอง กรรณสูตร. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520. ทัศนคติการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ปิยาภรณ์ นิภษิณี. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ไพศาล หวังพานิช. 2526. การวัดผลการเรียน. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- พัชรวิมล คุปต์นิวัติศัลยกุล. 2543. เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน วิชาคณัธวทันกุล และ ภาวิศ วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ), คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 181-191). กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.
- พาริตา อิบราฮิม. 2539. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สามเจริญการพิมพ์.
- รณชัย สิทธิเลิศ. 2546. พฤติกรรมเสี่ยง ความตระหนัก การรักษา และการควบคุม โรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตชนบท จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาโรคติดต่อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. ความตระหนัก. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์ พับลิเคชันส์.
- ราชัน พิมพ์. 2544. ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชฎาภรณ์ เจริญพร้อม. 2550. ความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับผลกระทบของฝุ่นละอองต่อระบบนิเวศในเขตอุตสาหกรรมเมืองปทุมและโรงโม่บด และย่อยหิน: กรณีศึกษาตำบลหน้าพระลานอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรภรณ์ จิธานนท์. 2547. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- วิกิพีเดีย. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. [ออนไลน์]. 2546. แหล่งที่มา: [http:// th.wikipedia.org/wiki/สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา](http://th.wikipedia.org/wiki/สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา). [2552, พฤศจิกายน 12]
- เวทินี สุขมาก. 2545. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2545: 27-32.
- วิชัย วงศ์ใหญ่. 2526. พัฒนาหลักสูตรและการสอนมิติใหม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรือง.
- ศิริยุสม์ วรามิตร. 2547. โรคหลอดเลือดสมองอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อย (16-45 ปี) ในโรงพยาบาล สกลนคร. สรรพสิทธิเวชสาร, 25(1): 1-9.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2535. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ บวร. 2541. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. โรคคมปัจจุบัน (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ.
- สถาบันพระบรมราชชนก. 2541. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 475-497). นนทบุรี.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. 2550. วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (Stroke Awareness Day). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สมุดบันทึกการจัดการตนเอง. 2550. ชุดการเรียนรู้ "ลดเสี่ยง ลดอัมพฤกษ์อัมพาต" สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค. 2550. คู่มือ ความรู้เรื่องอัมพาต สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค 2550. แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. 2548. รายงานผลการสำรวจ: พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2550. สุขภาพดีวิถีไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สาวิตรี อัมภางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและ จิรวัดน์ มูลศาสตร์. 2547. รายงานการ



ทบพวของค์ความรู้เรื่องแนวทางและเทคโนโลยีในการลดภาวะโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์.

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, หาดใหญ่ สงขลา.

สมศักดิ์ เทียมเก่า, สิทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ และ วีรจิตต์ โชติมงคล. 2540. ภาวะลมชักวิกฤตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร, 12(2) เมษายน-มิถุนายน.

สุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์. 2543. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน: การฝึกผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รสพ.

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอ อัมพวา จังหวัด สมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุระวา ลิ้มปีสดีโส. 2548. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุดศิริ หิรัญชุนหะ. 2541. การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของสมองปัจจุบัน. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 39-65). กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, พวงทอง ไกรพิบูลย์, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, ทิพพาพร วงษ์หงษ์กุล, และแสงอรุณ สุขเกษม. 2534. ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. พยาบาลสาร, 18(4), 19-35.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข เดือนกุมภาพันธ์ 2551). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช. 2552. ชี้แจง นโยบาย ตัวชี้วัด

แนวทางการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2552). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข เดือนกุมภาพันธ์ 2551).

กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา. 2550. แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. 2550. คู่มือมาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (โรคหลอดเลือดสมอง) ปีงบประมาณ 2550. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. 2550. สถิติโรค. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550. การประเมินกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

อดุลย์ วิริยะเวชกุล. 2534. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง. อายุรศาสตร์ก้าวหน้า 1.

กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

อิสรา ลิมวงค์. 2545. ความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับการปนเปื้อนสารหนูในแหล่งน้ำ :

กรณีศึกษาตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาสิ่งแวดล้อม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

## ภาษาอังกฤษ

Abreu, B. C., Seale, G., Scheibel, R.S., Huddleston, N., Zhang, L., & Ottenbacher, K. J.

2001. Levels of self-awareness after acute brain injury: How patients' and rehabilitation specialists' perceptions compare. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 82, 49-55.

Adams, et al. 1999. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology, 53(1), 126-131.

- Adams, et al. 2007. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Stroke 38(5), 1655–1711.
- Aekplakorn, W. et al. 2003. The prevalence and management of diabetes in Thai adults. Diabetes Care October 2003; 26(10): 2758-63.
- Ajayi, A. O., & Ojo, O. O. 2007. Knowledge and perception of stroke among at risk medical out-patients in a tertiary health institution in Nigeria. Annals of African, 6(2), 51-53.
- Ali, H., Kanapathy., J., & Marway, P. 2009. Essex Stroke Awareness Report. South West Essex.
- Alkadry, M. G., Wilson, C., & Nicholson, D. 2005. Stroke awareness among rural residents: the case of West Virginia. Social Work in Health Care, 42(2), 73-92.
- Al Shafae, M. A., Ganguly, S. S., & Al Asmi, A. R. 2006. Perception of stroke and knowledge of potential risk factors among Omani patients at increased risk for stroke. BioMed Central Neurology, 6, 38.
- Aly, Z., Abbas, K., Kazim, S. F., Taj, F., Aziz, F., Irfan, A., et al. 2009. Awareness of stroke risk factors, signs and treatment in a Pakistani population. Journal of the Pakistan Medical Association, 59(7), 495-499.
- American Academy of Neurology 54th Annual Meeting. Denver, Colorado, April 13-20, 2002. Abstracts 2002. Neurology, 58(7 Suppl 3), A1-593.
- American Stroke Association. 2008. Heart disease and stroke statistics 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation, 117(4), e25-146.
- American Stroke Association. Heart Disease and Stroke 2003 Update. [Online]. 2003. Available from: [http:// www.americanheart.org/downloadable/heart/](http://www.americanheart.org/downloadable/heart/) [2004, July 21]

- 34th American Heart Association International Conference. People at high risk of stroke less aware of stroke warning signs. Sandiego, USA. February 19, 2009. Abstracts (2009).
- Ashfaq, T., Anjum, Q., Siddiqui, H., Shaikh, S., & Vohra, E. A. 2007. Awareness of hypertension among patients attending primary health care centre and outpatient department of tertiary care hospital of Karachi. Journal of the Pakistan Medical Association, 57(8), 396-399.
- Baranski, J. 2005. Increasing stroke awareness. Food and Drug Administration Consumer, 39(2), 40.
- Barengo, N. C., Hu, G., Kastarinen, M., Antikainen, R., & Tuomilehto, J. 2009. The effects of awareness, treatment and control of hypertension on future stroke incidence in a community-based population study in Finland. Journal of Hypertension, 27(7), 1459-1465.
- Becker, K.Y., et al. 2001. Community-Based Education Improves Stroke Knowledge. Cerebrovascular Disease, 11:34-43.
- Berger, K, et al. 1999. Light-to-moderate alcohol consumption and risk of stroke among U.S. male physicians. The New England Journal of Medicine, 341(21), 1557-1564.
- Bhatnagar, et al. 2002. Aphasia type and aging in Hindi-speaking stroke patients. Brain Lang, 83(2), 353-361.
- Blades, L. L., et al. 2005. Rural Community Knowledge of Stroke Warning Signs and Risk Factor. Preventing Chronic Disease: Public Health Research. 2(2): 1-8.
- Bloom, B. S. 1971. Handbook on Formative and Summative of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Breckler, S.W. 1986. Attitude Structure and Function. Hillsdale NJ: L. Erlbaum Association..
- Carod-Artal, F. J., Ribeiro Lda, S., & Vargas, A. P. 2007. Awareness of stroke risk in chagasic stroke patients. Journal of the Neurological Sciences, 263(1-2), 35-39.
- Carrozzella, J., & Jauch, E. C. 2002. Emergency stroke management: a new era. Nurs Clin North Am, 37(1), 35-57



- Carter, T., & Major, H. 2003. Driving restrictions after stroke: doctors' awareness of DVLA guidelines and advice given to patients. Clinical Medicine, 3(2), 187.
- Chockalingam, A. 2008. World Hypertension Day and global awareness. Journal of Hypertension, 24(6), 441-444.
- Chow, C. M., Chu, J. Y., Tu, J. V., & Moe, G. W. 2008. Lack of awareness of heart disease and stroke among Chinese Canadians: results of a pilot study of the Chinese Canadian Cardiovascular Health Project. The Canadian Journal of Cardiology, 24(8), 623-628.
- Christian, A. H., Rosamond, W., White, A. R., & Mosca, L. 2007. Nine-year trends and racial and ethnic disparities in women's awareness of heart disease and stroke: an American Heart Association national study. Journal of Women's Health (Larchmt), 16(1), 68-81.
- Clark, J. M., & Renier, S. A. 2001. A community stroke study: factors influencing stroke awareness and hospital arrival time. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 10(6), 274-278.
- Coelho Rde, S., Freitas, W. M., Campos, G. P., & Teixeira, R. A. 2008. Stroke awareness among cardiovascular disease patients. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 66(2A), 209-212.
- Croquelois, A., & Bogousslavsky, J. 2006. Risk awareness and knowledge of patients with stroke: results of a questionnaire survey 3 months after stroke. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 77(6), 726-728.
- Cruickshank, et al 1987. The efficacy and tolerability of antihypertensive treatment based on atenolol in the prevention of stroke and the regression of left ventricular hypertrophy. Journal of Human Hypertension, 1(2), 87-93.
- Daley, S., Braimah, J., Sailor, S., Kongable, G. L., Barch, C., Rapp, K., et al. 1997. Education to improve stroke awareness and emergent response. The NINDS rt-PA Stroke Study Group. The Journal of Neuroscience Nursing, 29(6), 393-396.

- Das, K., Mondal, G. P., Dutta, A. K., Mukherjee, B., & Mukherjee, B. B. 2007. Awareness of warning symptoms and risk factors of stroke in the general population and in survivors stroke. Journal of clinical neuroscience, 14(1), 12-16.
- Department of Health. National Stroke Strategy. [Online]. 2007. Available from: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_081062](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_081062) [2009, september 2]
- Dereux, L., Adeleine, P., Nighoghossian, N., Honnorat, J., and Trouillas, P. 2002. Factors Influencing Early Admission in a French Stroke Unit. Stroke 33: 153-159.
- Dong, W., et al. 2008. New insights into mechanism for the effect of resveratrol preconditioning against cerebral ischemic stroke: Possible role of matrix metalloprotease-9. Medical Hypotheses, 70(1), 52-55.
- Du, X. 2000. Prevalence, treatment, control, and awareness of high blood pressure and the risk of stroke in Northwest England. Preventive Medicine, 30(4), 288-294.
- DuBard, C. A., Garrett, J., & Gizlice, Z. 2006. Effect of language on heart attack and stroke awareness among U.S. Hispanics. The American Journal of Preventive Medicine, 30(3), 189-196.
- Ekstam, L., Uppgard, B., Kottorp, A., & Tham, K. 2007. Relationship between awareness of disability and occupational performance during the first year after a stroke. American Journal of Occupational, 61(5), 503-511.
- Ellis, C., & Egede, L. E. 2008. Racial/ethnic differences in stroke awareness among veterans. Ethnicity & Disease, 18(2), 198-203.
- Ellis, C., Wolff, J., & Wyse, A. 2008. Stroke Awareness Among Low Literacy Latinos Living in the South Carolina Low Country. Journal of Immigrant and Minority Health.
- Evci, E. D., Memis, S., Ergin, F., & Beser, E. 2007. A population-based study on awareness of stroke in Turkey. The European Journal of Neurology, 14(5), 517-522.
- Essex Cardiac & Stroke Network. Stroke Awareness Questionnaire. [Online]. 2007. Available from: <http://www.essexcardiacservices.nhs.uk/page.asp?node=1&dec=Home> [2009, May 2]

- Fahs, P. S. 2006. Raising stroke awareness in rural communities. American Journal Of Nursing,106(11), 42.
- Fernandes, P. T., Avelar, W. M., Mory, S. B., Hansen, R., & Li, L. M. 2009. Perception and attitude towards stroke by professionals of emergency medical service in an urban city in southeastern Brazil. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 18(3), 195-197.
- Ferris, A., Robertson, R. M., Fabunmi, R., & Mosca, L. 2005. American Heart Association and American Stroke Association national survey of stroke risk awareness among women. Circulation, 111(10), 1321-1326.
- Fogle, C. C., et al. 2008. Public education strategies to increase awareness of stroke warning signs and the need to call 911. Journal of Public Health Management and Practice, 14(3), 17-22.
- Freitas, G. R., Carruzzo, A., Tsiskaridze, A., Lobrinus, J. A., & Bogousslavsky, J. 2001. Massive haemorrhagic transformation in cardioembolic stroke: the role of arterial wall trauma and dissection. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 70(5), 672-674.
- Frontini, M.G, Srinivasan, S. R, Elkasabany, & Berenson, G. S. : Awareness of hypertension and dyslipidemia in a semirural population of young adults: the Bogalusa Heart Study. Preventive Medicine, 2003; 36: 398–402.
- Gagnon, P., FRCPC, P. A., Mâsse, B., & DeSerres, M. 2000. Delirium in Terminal Cancer: A Prospective Study Using Daily Screening, Early Diagnosis and Continuous Monit. Journal of Pain and Symptom Management, 19, 412-425.
- Gnasso, A., et al. 1997. Awareness, treatment and control of hyperlipidaemia, hypertension and diabetes mellitus in a selected population of southern Italy. European Journal of Epidemiology 13: 421–428.
- Goodyear, K., & Roseveare, C. 2003. Driving restrictions after stroke: doctors' awareness of DVLA guidelines and advice given to patients. Clinical Medicine, 3(1), 86-87.
- Good, C.V. 1973. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill book Company.

- Gordon, D. L. 2000. The Mississippi Stroke Education Consortium: a state-based template to promote stroke awareness, prevention and emergency treatment. Neuroepidemiology, 19(1), 1-12.
- Gradison, M. 2003. Decreasing the morbidity, mortality, and cost of stroke through awareness and prevention. journal of the American Academy of Family Physicians, 68(12), 2335, 2339-2340.
- Gregory, W. 1999. Guidelines for management of transient ischemic attacks, stroke council, american heart association. Stroke, 30, 2502-2511.
- Hairon, N. 2008. Raising awareness of stroke risk factors among women. Nursing Times, 104(46), 21-22.
- Harbison, J., et al. 2003. Diagnostic accuracy of stroke referrals from primary care, emergency room physicians, and ambulance staff using the face arm speech test. Stroke, 34(1), 71-76.
- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Oman, S. D., & Katz, N. 2003. Awareness of disabilities in stroke rehabilitation--a clinical trial. Disability & Rehabilitation, 25(1), 35-44.
- Hausman, K., & Ignatavicius, D. D. 2002. Clinical companion for medical-surgical nursing: Critical thinking for collaborative care (4th ed., pp. 573-581). Philadelphia: Saunders.
- He, K. et al. 2003. Dietary fat intake and risk of stroke in male US healthcare professionals: 14 year prospective cohort study. British Medical Journal, 327(7418), 777-782.
- Hickey, A., O'Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F., et al. 2009. Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. Biomedcentral geriatric, 9, 35.
- Hinkle, J. et al. 2008. Awareness of stroke risk and symptoms in diabetes patients. Nursing Times, 104: 31, 32-33.
- Hinkle, J. L., & Guanci, M.M. 2007. Acute Ischemic Stroke Review. Journal of Neuroscience Nursing, 39(5): 285-310.
- Hinkle, J. L. (1998). Nursing management of adults with cerebrovascular disorder. In P. G. Beare J. L. Myers (Eds.), Adult health nursing (pp. 1000-1029). St. Louis: Mosby.



- Hock, N. H. 1999. Brain attack. The stroke continuum. Nursing Clinics of North America, 34(3), 689-723.
- Howard, V.J., et al. 2006. High Prevalence of Stroke Symptoms Among Persons Without a Diagnosis of Stroke or Transient Ischemic Attack in a General Population. Archives of Internal Medicine, 166(9): 1953-1958.
- Howard, G., Prineas, R., Moy, C., Cushman, M., Kellum, M., Temple, E., et al. 2006. Racial and geographic differences in awareness, treatment, and control of hypertension: the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke study. Stroke, 37(5), 1171-1178.
- Huang, et al. 2007. [Effect evaluation for comprehensive treatment of acute stage of stroke]. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao, 5(3), 276-281.
- Hughes, S., & Eichler, E. 2008. Progress in prevention: disseminating awareness of stroke symptoms: a call to action. Journal of Cardiovascular Nursing, 23(2), 97-99.
- Inzitari, D. 2006. Awareness of stroke and stroke outcomes. Journal of the Neurological Sciences, 27(1), 1-2.
- Jones, D. L., et al. 2009. Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update. Circulation. 22-30.
- IDF 2006, 19th World Diabetes Congress, 3-7 December 2006, Cape Town, South Africa. Abstracts 2006. Diabetic Medicine, 23 Suppl 4, 1-788.
- Jurkowski, J.M., Maniccia, D.M., Dennison, B. A., Samuels, S. J., and Spicer, D. A. 2008. Awareness of Necessity to Call 9-1-1 for Stroke Symptoms, Upstate New York. Preventing Chronic Disease: Public Health Research.
- Jurkowski, J. M., Maniccia, D. M., Dennison, B. A., Samuels, S. J., & Spicer, D. A. 2008. Awareness of necessity to call 9-1-1 for stroke symptoms, upstate New York. Preventing Chronic Disease, 5(2), A41.
- Kamran, et al. 2007. The level of awareness of stroke risk factors and symptoms in the Gulf Cooperation Council countries: Gulf Cooperation Council stroke awareness study. Neuro epidemiology, 29(3-4), 235-242.

- Kalaria, R. N., & Ballard, C. 2001. Stroke and cognition. Current Atherosclerosis Reports, 3(4), 334-339.
- Kleindorfer, D., Khoury, J., Broderick, J. P., Rademacher, E., Woo, D., Flaherty, M. L., et al. 2009. Temporal trends in public awareness of stroke: warning signs, risk factors, and treatment. Stroke, 40(7), 2502-2506.
- Koffka, K. (1978). Encyclopedia of the social science. New York : Macmillan.
- Kothari, R., et al. 1997. Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. Stroke, 28(10), 1871-1875.
- Kraywinkel, K., Heidrich, J., Heuschmann, P. U., Wagner, M., & Berger, K. 2007. Stroke risk perception among participants of a stroke awareness campaign. Biomed central Public Health, 7, 39.
- Kwan J, Hand P, Sandercock P. 2004a. A systematic review of barriers to delivery of Thrombolysis for acute stroke. Age and Ageing, 33; 116-121.
- Kwan J, Hand P, Sandercock P. 2004b. Improving the efficiency of delivery of thrombolysis for acute stroke: a systematic review. Quarterly Journal of Medicine 97; 273-79.
- Kysennck, H. I., & Arnold , W. 1972 . Encyclopedia of Psychology. London: Search Press.
- Linton, A. D. 2000. Introductory nursing care of adults. Philadelphia.W. B. Saunders.
- Lutfiyya, M. N., Bardales, R., Bales, R., Aguero, C., Brady, S., Tobar, A., et al. 2009. Awareness of Heart Attack and Stroke Symptoms Among Hispanic Male Adults Living in the United States. Journal of immigrant and minority health.
- Lutfiyya, M. N., Ng, L., Asner, N. and Lipsky, M.S. 2009. Disparities in Stroke Symptomology Knowledge among US Midlife Women: An Analysis of Population Survey Data. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 18(2): 150-157.
- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., and Tanne, D. 2006. Perceptaul, Social and Behavioral Factors Associated With Delays in Seeking Medical Care in Patients With Symptoms of Acute Stroke. Stroke, 37 : 1248-1253.
- Markova, I. S., & Berrios, G. E. 2006. Approaches to the assessment of awareness: conceptual issues. Neuropsychological Rehabilitation, 16(4), 439-455.

- Marx, J. J., et al. 2009. An educational multimedia campaign improves stroke knowledge and risk perception in different stroke risk groups. European Journal of Neurology, 16(5), 612-618.
- Mavis, I. 2007. Perspectives on public awareness of stroke and aphasia among Turkish patients in a neurology unit. Clinical Linguistics & Phonetics, 21(1), 55-67; 67-70.
- Morin, A. 2004. Developing self-awareness with inner speech: Theoretical background, underlying mechanisms, and empirical evidence. Submitted for publication.
- Mosca, L., Jones, W. K., King, K. B., Ouyang, P., Redberg, R. F., & Hill, M. N. 2000. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. American Heart Association Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force. Archives of Family Medicine, 9(6), 506-515.
- Moser, D. K., et al. 2008. Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients With Acute Coronary Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council Syndrome and Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Circulation, 114;168-182.
- Muntner, P., DeSalvo, K. B., Wildman, R. P., Raggi, P., He, J., & Whelton, P. K. 2006. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of cardiovascular disease risk factors among noninstitutionalized patients with a history of myocardial infarction and stroke. American Journal of Epidemiology, 163(10), 913-920.
- National Audit Office. Joining forces to deliver improved stroke care. [Online]. 2007. Available from: [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/06-07/0607\\_stroke.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/06-07/0607_stroke.pdf). [2009, November 20]
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007a. Alteplase for the treatment of acute ischaemic stroke. [Online]. 2007. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Ta122guidance.pdf>. [2009, December 2]
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Post-stroke rehabilitation factsheet. [Online]. 2005. Available from: <http://www.ninds.nih.gov>. [2009, May 21]
- Nakayama, H. 2006. (Public education campaign by the Japan Stroke Association and stroke awareness week). Nippon rinsho journal, 64 Suppl 7, 830-833.

- Neau, J. P., Ingrand, P., & Godeneche, G. 2009. Awareness within the French population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors. Clinical Neurology and Neurosurgery.
- National Pre-hospital Guidelines Group. The recognition and emergency management of suspected stroke and TIA guidelines supplement. [Online]. 2006. Available from: [http://www.rcplondon.ac.uk/college/ceeu/ceeu\\_stroke\\_remsst\\_supp.pdf](http://www.rcplondon.ac.uk/college/ceeu/ceeu_stroke_remsst_supp.pdf)
- Nedeltchev, K., Fischer, U., Arnold, M., Kappeler, L., & Mattle, H. P. 2007. Low awareness of transient ischemic attacks and risk factors of stroke in a Swiss urban community. The Journal of Neurology, 254(2), 179-184.
- Nolte, C. H., Jungehulsing, G. J., Rossnagel, K., Roll, S., Haeusler, K. G., Reich, A., et al. 2009. Vascular risk factor awareness before and pharmacological treatment before and after stroke and TIA. The European Journal of Neurology, 16(6), 678-683.
- Nowacki, P., Nowik, M., Bajer-Czajkowska, A., Porebska, A., Zywicka, A., Nocon, D., et al. 2007. Patients' and bystanders' awareness of stroke and pre-hospital delay after stroke onset: perspectives for thrombolysis in West Pomerania Province, Poland. The European Journal of Neurology, 58(3), 159-165
- O'Donnell, M. E., Tran, L., Lam, T. I., Liu, X. B., & Anderson, S. E. 2004. Bumetanide inhibition of the blood-brain barrier Na-K-Cl cotransporter reduces edema formation in the rat middle cerebral artery occlusion model of stroke. Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism, 24(9), 1046-1056.
- Ong, C. T., Sung, K. C., Sung, S. F., Wu, C. S., Hsu, Y. C., & Su, Y. H. 2009. Impact of silent infarction on the outcome of stroke patients. Journal of the Formosan Medical Association, 108(3), 224-230.
- Ottomeyer, C., Hennerici, M. G., & Szabo, K. 2009. Raising awareness of orolingual angioedema as a complication of thrombolysis in acute stroke patients. Cerebrovascular Diseases, 27(3), 307-308.
- Ownsworth, T. L., Turpin, M., Andrew, B., & Fleming, J. 2008. Participant perspectives on an individualised self-awareness intervention following stroke: a qualitative case study. Neuro-Psycho-Physiology and rehabilitation, 18(5-6), 692-712.



- Pancioli, et al. 1998. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. Journal of the American Medical Association, 279(16), 1288-1292.
- Pandian, et al. 2005. Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in northwest India. Stroke, 36(3), 644-648.
- Parahoo, K., Thompson, K., Cooper, M., Stringer, M., Ennis, E., & McCollam, P. 2003. Stroke: awareness of the signs, symptoms and risk factors--a population-based survey. Cerebrovascular Diseases, 16(2), 134-140.
- Pati, S., & Nambron, R. 2006. Stroke awareness program: the necessary facts for a successful campaign. Neurological Society of India, 54(4), 444; author reply 444-445.
- Patomella, A. H., Kottorp, A., & Tham, K. 2008. Awareness of driving disability in people with stroke tested in a simulator. Scand J Occup Ther, 15(3), 184-192.
- Pontes-Neto, O. M., et al. 2008. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. Stroke, 39(2), 292-296.
- Poppert, D., Sadikovic, K. & Sander, H. 2008. Review: Stroke in type 2 diabetes. British Journal of Diabetes & Vascular Disease, 8, 222-229.
- Puras, A., Sanchis, C., Artigao, L. M., and Divison, J.A. 1998. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a Spanish population. European Journal of Epidemiology 14: 31-36.
- Rawlinson, J. W. 1990. Self awareness: conceptual influences, contribution to nursing, and approaches to attainment. Nurse Educ Today, 10(2), 111-117.
- Robinson, R., Murat, Y., & Shimoda, K. 1999. Depression: Demensions of social impairment and their effect on depression and recovery following stroke. International Psychogeriatrics, 11, 375-384.
- Roth, E. T., & Harvey, R. L. 1996. Rehabilitation of stroke syndrome. In R. L. Braddom (Eds.), Physical medicine & rehabilitation (pp. 1061-1070). Philadelphia.
- Rowe, A. K., Frankel, M. R., & Sanders, K. A. 2001. Stroke awareness among Georgia adults: epidemiology and considerations regarding measurement. South Med J, 94(6), 613-618.

- Ruland, S., Raman, R., Chaturvedi, S., Leurgans, S., & Gorelick, P. B. 2003. Awareness, treatment, and control of vascular risk factors in African Americans with stroke. Neurology, 60(1), 64-68.
- Runes, D. D. 1971. Dictionary of Philosophy. New Jersey: Littlefield Adam and Company.
- Sacchetti, M. L., Di Mascio, M. T., Pelone, G., Gallo, V., & Prencipe, M. 2008. Targeting stroke awareness public campaigns. Stroke, 39(2), e50.
- Sadler, C. 2006. Raise awareness of stroke symptoms. Nursing Standard, 21(9), 20-22.
- Santus, et al. 1990. Social and family integration of hemiplegic elderly patients 1 year after stroke. Stroke, 21(7), 1019-1022.
- Satratus, S.E., Majumdar, S. R., and McAlister, F..A. 2002. New Evidence for Stroke Prevention. Journal Of the American Medical Association 18(11): 1388-1398.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. 1994. Consumer Behavior. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey.
- Hall.Shafae, M.A., Ganguly, S. 2006. Perception of stroke and knowledge of potential risk factors among Omani patients at increased risk for stroke. BioMedCentral Neurology, 6(38): 1-6.
- Schneider ,T., Pancioli, A. M., Khoury, J. C., Rademacher, E. A. Tuchfarber, R. Miller, D. Woo, B. Kissela, and J. P. Broderick. 2003. Trends in Community Knowledge of 'the Warning Signs and Risk Factors for Stroke. Journal Of the American Medical Association, January 15, 2003; 289(3): 343 - 346.
- Smith, L. N., Lawrence, M., Kerr, S. M., Langhorne, P., & Lees, K. R. 2004. Informal carers' experience of caring for stroke survivors. Journal of Advance Nursing, 46, 235-244.
- Srinivasan, J., Miller, S. P., Phan, T. G., & Mackay, M. T. 2009. Delayed Recognition of Initial Stroke in Children: Need for Increased Awareness. Pediatrics.
- Stern, E.B.,Berman, M.,Thomus, J.J., and Klassen, C.C. 1999. Community Education for Stroke Awareness : An Efficacy Study. Stroke 30: 720-723.
- Stein, A.D., et al. 2000. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a working Bulgarian population. European Journal of Epidemiology 16: 265-270.

- Stuart-Shor, E. M., G. Wellenius, A. D., Dellolacono, M. and Mittleman, M.A. 2009. Gender Differences in Presenting and Prodromal Stroke Symptoms. Stroke, April 1, ; 40(4): 1121 - 1126.
- Sug Yoon, S., Heller, R. F., Levi, C., & Wiggers, J. 2001. Knowledge and perception about stroke among an Australian urban population. BioMedCentral Public Health, 1, 14.
- Suwannapet Boonrasi. 1995. A complete English-Thai dictionary of psychology. Bangkok: P. Printing Group.
- Thammaroj, J., Subramaniam, V., & Bhattacharya, J. J. 2005. Stroke in Asia. Neuroimaging Clinics of North America, 15(2), 273-282.
- Travis, L.H., et al. 2003. Awareness of Stroke Risk Factors, Symptoms, and Treatment is Poor in People at Highest Risk. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 12(5): 221 - 227.
- Testani-Dufour, L., & Morrison, C. A. 1997. Brain attack: correlative anatomy. Journal Neurosci Nurse, 29(4), 213-222; quiz 223-214, 231.
- Volpe, M., Rosei, E. A., Ambrosioni, E., Leonetti, G., Trimarco, B., & Mancina, G. 2007. Reduction in estimated stroke risk associated with practice-based stroke-risk assessment and awareness in a large, representative population of hypertensive patients: results from the ForLife study in Italy. Journal of Hypertens, 25(12), 2390
- Wadwa, R. P., Kinney, G. L., Maahs, D. M., Snell-Bergeon, J., Hokanson, J. E., Garg, S. K., et al. 2005. Awareness and treatment of dyslipidemia in young adults with type 1 diabetes. Diabetes Care, 28(5), 1051-1056.
- Wahab, et al. 2008. Awareness of warning signs among suburban Nigerians at high risk for stroke is poor: a cross-sectional study. BMC Neurol, 8(18).
- White, L., & Duncan, G. 2002. Medical-surgical nursing: An integrated approach (2nd ed., pp. 629-632). Australia: Delmar.
- William, G. Cochran, C. 1977. Sampling Technique. 3rd Edition, 448.
- Williams, D., & Happe, F. 2009. Pre-conceptual aspects of self-awareness in autism spectrum disorder: the case of action-monitoring. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39(2), 251-259.

- World Health Organization. 2003. The World Health Report. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
- World Stroke Organization. 2008. 7th World Stroke Congress: statistic.
- Woodward, M., Barzi, F., Feigin, V., Gu, D., Huxley, R., Nakamura, K. 2007. Associations between high-density lipoprotein cholesterol and both stroke and coronary heart disease in the Asia Pacific region. European Heart Journal, 28(21), 2653-2660.
- Woodward, M., Martiniuk, A., Ying Lee, C. M., Lam, T. H., Vanderhoorn, S., Ueshima, H. 2008. Elevated total cholesterol: its prevalence and population attributable fraction for mortality from coronary heart disease and ischaemic stroke in the Asia-Pacific region. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, 15(4), 397
- Wu, C.M., et al. 2007. Early Risk of Stroke After Transient Ischemic Attack: A Systematic Review and Meta-analysis. Archives of Internal Medicine, 167(22):2417-2422.
- Wyatt, S. B., et al. 2008. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Jackson Heart Study. Hypertension, 51, 650-656.
- Yoon, S. S., et al. 2001. Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms and treatment among an Australian urban population. Stroke, 32: 1926 –1930.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



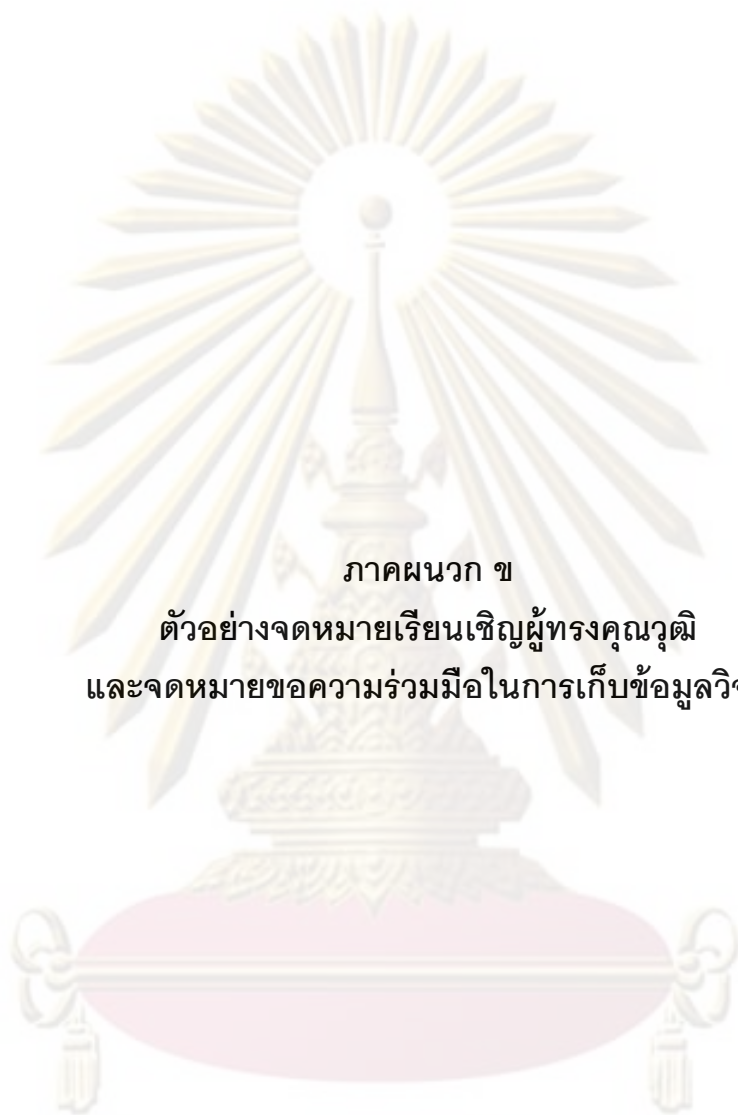
ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา	อาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์. เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา	อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ นพ. สมบัติ มุ่งทวีพงษา	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทางด้านประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์	อาจารย์พยาบาลประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
นางสาวสุภาพันธ์ คำหอม	หัวหน้าหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุมาพร แซ่กอ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวอุมาพร แซ่กอ โทร. 08-9775-7921

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวอุมาพร แซ่กอนิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวอุมาพร แซ่กอน โทร. 08-9775-7921

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

เนื่องด้วยนางสาวอุมาพร แซ่กอนิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สมบัติ มุ่งทวีพงษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและนายแพทย์ สมบัติ มุ่งทวีพงษา  
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813  
ที่อนิสิต นางสาวอุมาพร แซ่กอน โทร. 08-9775-7921

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยพายัพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวอุมาพร แซ่กอนิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต นางสาวอุมาพร แซ่กอน โทร. 08-9775-7921



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยนางสาวอุมาพร แซ่กอนิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุภาพันรัตน์ คำหอม หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวสุภาพันรัตน์ คำหอม

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวอุมาพร แซ่กอน โทร. 08-9775-7921

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 65 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ โทร. 08-9775-7921

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 104 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ โทร. 08-9775-7921

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจำนวน 123 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ โทร. 08-9775-792



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

6 มกราคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เนื่องด้วย นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 92 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ประธานคณะกรรมการระเบียบวิธีวิจัย

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ โทร. 08-9775-7921



ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศบ 0512.11/ 0010

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 164  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

งานบริหารทรัพยากรมนุษย์  
เลขที่รับ..... ๑๕๗  
วันที่ 12 มี.ค. 2553  
วันที่รับ..... 15/15


6 มกราคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

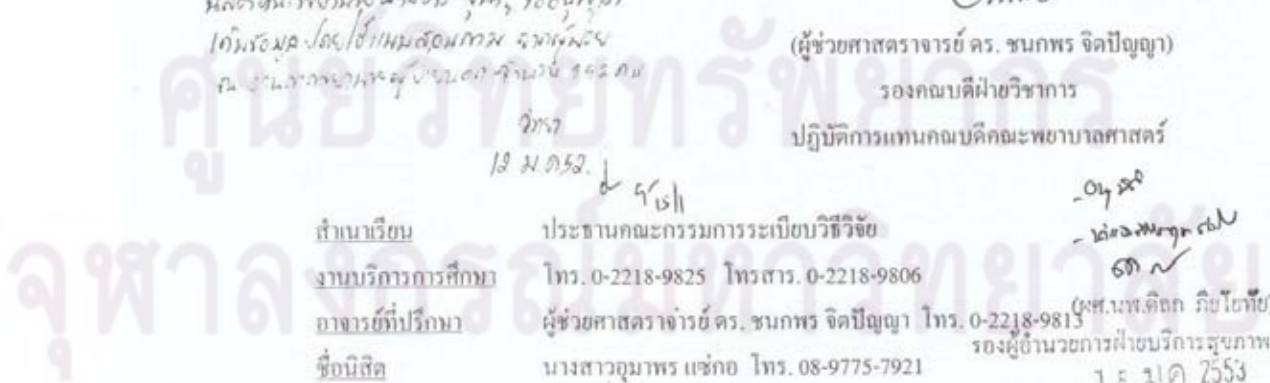
เนื่องด้วย นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ จำนวน 192 คน ณ กลุ่มผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ไปรษณีย์ ๕๐๑๕๐ พัทยาบุรีศร  
(ที่งานคณะพยาบาลศาสตร์)  
เพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ ให้  
หนังสือตามแบบฟอร์มสารบัญชารายชื่อ, ระบุข้อมูล  
ได้ครบถ้วน โดยใช้แบบคัดกรอง จุฬาลงกรณ์  
ณ แผนกผู้ป่วยนอก ชั้น ๑๒ จำนวน ๑๙๒ คน  
วิภา  
13 มี.ค. ๕๓

ขอแสดงความนับถือ  
  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน ประธานคณะกรรมการระเบียบวิธีวิจัย  
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9815  
ชื่อ นิสิต นางสาวอุมาพร แซ่ก้อ โทร. 08-9775-7921  
(จ.ศ.นพ.ติตถ ภิชัยโชทัย)  
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการสุขภาพและวิชาการ  
15 มี.ค. 2553







องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ  
สำนักงานแพทย์ใหญ่  
492/1 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง 003๒.๕๑๓๗/๖

ชื่อโครงการ/ ภาษาไทย	การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
ชื่อโครงการ/ ภาษาอังกฤษ	A STUDY OF STROKE AWARENESS IN PATIENTS AT HIGH RISK
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว อูมาพร แซ่ก้อ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา - หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ - แบบบันทึกข้อมูล
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	23 ธันวาคม 2552
วันหมดอายุ	22 ธันวาคม 2553

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
ในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล (ICH-GCP)

พันตำรวจเอก

(สุวัฒน์ เกาเหะวัฒนะ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



Q002q/53\_Exp



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

317 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ 0074 /2553

วันที่ 8 มกราคม 2553

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวอุมาพร แซ่กอน น.ศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "การศึกษาความตระหนักรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง" [ A STUDY OF STROKE AWARENESS IN STROKE RISK PATIENTS.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณาสันับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2553 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์ กรุณาวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ของท่าน และแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 52146

เอกสารเลขที่ 136 /2552

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง”

(ภาษาอังกฤษ) “A STUDY OF STROKE AWARENESS IN PATIENTS AT HIGH RISK”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวอุมาพร แชกอ

ตำแหน่ง -

สังกัดหน่วยงาน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552 และจะรับรองโครงการการวิจัยเป็นระยะเวลา  
2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ เมื่อวันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2554

ลงนาม

(รศ.คลินิก พญ.ชอุษา นพ.ยุตม์ เฮงสุวชัย)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



ลงนาม

(นางวารุณี จินารัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

**ชื่องานวิจัย** การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  
เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ** จากผู้วิจัย ชื่อนางสาวอุมพร แซ่กอก ที่อยู่ 21/12 ซ. ชวกุล ถ. รามน้ำ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นในงานวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดย **สมัครใจ** และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ตามที่ประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ**

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
(นางสาวอุมพร แซ่กอก)

.....  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
(.....)

.....  
ลงนามพยาน



## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information)

**ชื่องานวิจัย** การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวอุมาพร แซ่กอ

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย**

(ที่ทำงาน) ที่อยู่ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ต. ท่าตะเภา  
อ.เมือง จ.ชุมพร 86000

(ที่บ้าน) ที่อยู่ 21/12 ซ. ชวกุล ถ. รามน้ำ เขต ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 077-503672 ต่อ 502

โทรศัพท์เคลื่อนที่ E-mail: umapornse@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัย การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่แตกต่างกัน

3. งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปเป็นผลการวิจัยจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันเลือดสูง และโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 384 คน

4.2 การศึกษาครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.2.1 เป็นผู้ใหญไทย อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย



4.2.2 เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF) ที่มารับบริการคลินิก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หรือ คลินิกอายุรกรรม

4.2.3 ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคลสถานที่ และเวลาถูกต้องขณะให้ข้อมูล

4.2.4 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด และเข้าใจในภาษาไทย

4.2.5 สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

4.3 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นขั้นตอน (Multi-stage random sampling) สุ่มโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา(วิกิพีเดีย,2546) <http://th.wikipedia.org/wiki/สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา>] กระทรวงกลาโหม และสำนักนายกรัฐมนตรี สังกัดกรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการสุ่มสังกัด 4 ใน 5 สังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ ซึ่งจากการสุ่มได้โรงพยาบาลจาก สังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยได้โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5. ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม อย่างน้อย ไม่เกิน 15 นาที

6. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่มีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวอุมาพร แซ่กอ ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 089-7757921 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

7. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. ข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดเสมอ

9. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 384 คน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ และโรงพยาบาล  
พระมงกุฎเกล้า ตามแต่โรงพยาบาลที่ท่านได้รับการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามงานวิจัย

### เรื่อง การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

#### เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวอุมมาพร แซ่กอ นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งการทำวิทยานิพนธ์นี้ จะสำเร็จลุล่วงได้จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัย คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติและการแปลผล ข้อมูลจะไม่มี การอ้างอิงถึงตัวบุคคล ไม่ว่ากรณีใดๆ เพราะเป็นการศึกษาข้อมูลในภาพรวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยโปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และกรุณาตอบให้ **ครบทุกข้อตามความเป็นจริง** เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ และนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและให้การป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลใน เขตกรุงเทพมหานคร โดยจะเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเช้า ของวันทำการ

**คำชี้แจง ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้**

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็น อัมพฤกษ์ อัมพาต

ชุดที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

#### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย

ส่วนย่อยที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนย่อยที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนย่อยที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ

#### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) จำนวน 3 ข้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาก ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวอุมมาพร แซ่กอ



## ส่วนที่ 1

## ชุดที่ 1: แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข (สปสช, 2550)

ชื่อหน่วยบริการ ..... รหัสหน่วยบริการ ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ วันที่บริการ \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (ว/ด/ป)

ชื่อ.....นามสกุล ..... [ ]ชาย [ ]หญิง อายุ \_\_\_\_ ปี

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

สรุป: ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในระดับ

สูงมาก  ผิดปกติ > 5 ข้อ สูงปานกลาง  ผิดปกติ 3 - 5 ข้อ สูง  (ผิดปกติ 2 ข้อ)หรือ  ประวัติเป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจ หรือ  ระดับความดันโลหิตสูงมาก หรือ  เป็นเบาหวานมากกว่าสิบปีหรือ  เป็นเบาหวานมีปัญหารอคไต BP ≥ 170/100 2 ครั้งติดกัน หรือ  มีประวัติญาติสายตรงเป็นอัมพาตหรือ  ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก มากกว่า 2 ครั้งรอบการตรวจรักษา หรือหัวใจขาดเลือดก่อนวัยว่าเป็นกรรมพันธุ์ไขมันผิดปกติ หรือ  คคลเอสเตอรอล ≥ 309 มิลลิกรัม% หรือ  เบาหวานที่คุมไม่ได้ดี ติดต่อกัน

## ชุดที่ 2: แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

**คำชี้แจง :** โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อมูลทั่วไป	สำหรับผู้วิจัย
<p><b>ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป</b></p> <p>1.1 เพศ            ( ) ชาย                      ( ) หญิง</p> <p>1.2 อายุ            ( ) 18-29 ปี                      ( ) 30-39 ปี                      ( ) 40-49 ปี            ( ) 50-60 ปี                      ( ) มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป</p> <p>1.3 สถานภาพสมรส            ( ) โสด                      ( ) สมรส                      ( ) หม้าย            ( ) หย่าร้าง/แยกกันอยู่            .            .            .</p> <p>5. ขนาดรอบเอววัดได้.....นิ้ว (ข้อมูลจากด้านหน้ามาลงข้อมูล)</p>	<p>Sex <input type="checkbox"/></p> <p>Age <input type="checkbox"/></p> <p>Status <input type="checkbox"/></p> <p>WAIST <input type="checkbox"/></p>

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย

ส่วนย่อยที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ใช่หรือ ไม่ใช่

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าไม่เป็นจริง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1.โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคเกิดที่หลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง			K1 <input type="checkbox"/>
2.โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้			K2 <input type="checkbox"/>
.			
.			
.			
13. หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเสียชีวิตได้			K13 <input type="checkbox"/>

## ส่วนย่อยที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องว่างตามการรับรู้ที่ท่านเห็นว่าเป็นจริง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

- เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับเรื่องนั้นมากที่สุด  
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นแบบก้ำกึ่ง  
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
<b>ตอนที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</b>				B1 <input type="checkbox"/>
1. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคหัวใจขาดเลือด มีสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเหมือนกัน				
2. การลดการบริโภคอาหารแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์อัมพาต				B2 <input type="checkbox"/>
. . . 11.โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่ป้องกันได้				B11 <input type="checkbox"/>



ส่วนย่อยที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ ทุกวัน หรือ ทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นส่วเล็กน้อย หรือเป็นบางครั้งหรือนานๆครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซอส เกลือป่น ในอาหารที่ท่านรับประทาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P 1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านรับประทานอาหารมันๆ เช่น ขาหมู ไช้แดง ไก่ทอด กุ้งทอด หนังไก่ หมูสามชั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P 2 <input type="checkbox"/>
.				
.				
.				
9. เมื่อไม่สบายใจหรือกังวลใจท่านจะหา กิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P 9 <input type="checkbox"/>

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)**

**ชุดที่ 1: คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องว่างตามการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เคยได้รับ หรือ ไม่เคยได้รับ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและหากท่านตอบว่าเคยได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้ท่านตอบแหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง

ข้อคำถาม	เคยได้รับ	ไม่เคยได้รับ	แหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)
1. ประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เช่น เคยได้รับทราบหรือพบเห็นว่า ผู้ที่รับประทานอาหารไขมันสูง เค็ม หวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน			( ) โทรทัศน์ ( ) วิทยุ ( ) ใบปลิว ( ) ไปสเตอร์ ( ) อินเทอร์เน็ต ( ) แผ่นพับ ( ) หนังสือพิมพ์ ( ) หอกระจายข่าว ( ) บุคคลในครอบครัว ( ) เพื่อน ( ) ญาติ ( ) ครู, อาจารย์ ( ) แพทย์ ( ) พยาบาล ( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) เภสัชกร ( ) ผู้นำชุมชน อื่นๆ.....
3. ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เช่น รักษาโดยการใช้ยา หรือผ่าตัดเคยทราบว่าต้องมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง และต้องมารับการรักษาอย่างเร่งด่วน			( ) โทรทัศน์ ( ) วิทยุ ( ) ใบปลิว ( ) ไปสเตอร์ ( ) อินเทอร์เน็ต ( ) แผ่นพับ ( ) หนังสือพิมพ์ ( ) หอกระจายข่าว ( ) บุคคลในครอบครัว ( ) เพื่อน ( ) ญาติ ( ) ครู, อาจารย์ ( ) แพทย์ ( ) พยาบาล ( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) เภสัชกร ( ) ผู้นำชุมชน อื่นๆ.....



ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 3** แสดงผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 56 ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 57 และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 58

**ตารางที่ 56** จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ตอบถูกและผิดเรียงจากข้อที่มีผู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดขึ้น ควรโทรไปที่หมายเลข 1669	57	14.8	327	85.2
2.การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ	89	23.2	295	76.8
3.เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด	187	48.7	197	51.3
4.อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	228	59.4	156	40.6
5.อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต มักเกิดขึ้นทันทีทันใด	255	66.4	129	33.6
6.การเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	288	75.0	96	25.0
7.ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	295	76.8	89	23.2
8.ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต มากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย	299	77.9	85	22.1
9.ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ได้	304	79.2	80	20.8



ตารางที่ 56 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10.หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่วงที่ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจเสียชีวิตได้	317	82.6	67	17.4
11.โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดที่หลอดเลือดสมอง ไม่ใช่ที่เนื้อสมอง	325	84.6	59	15.4
12.ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	327	85.2	57	14.8
13.โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตเกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้	331	86.2	53	13.8

จากตารางที่ 56 แสดงร้อยละของผู้ที่ตอบ “ใช่” (มีความรู้ถูกต้อง) ในข้อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โดยข้อความรู้ที่มีผู้ตอบถูกได้มากที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้” อยู่ที่ร้อยละ 86.2 และข้อความรู้ที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่า เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดขึ้น ควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล” อยู่ที่ร้อยละ 14.8 รองลงมา คือ “ข้อที่กล่าวว่า การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ” อยู่ที่ร้อยละ 23.2

ตารางที่ 57 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรียงตามจำนวนร้อยละตามข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดจนถึงข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด

ข้อความ	ที่มีความเชื่อถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	153	39.8
2. ผู้หญิงไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	168	43.8
3. โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต มักเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป	180	46.9
4. โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม	226	58.9
5. อาการเตือนสำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต คือ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง	236	61.5
6. โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่ป้องกันได้	259	67.4
7. การดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆ ในปริมาณมาก (ปกติ ชาย ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน หญิง ไม่เกิน 1 แก้วต่อวัน) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	260	67.7
8. การลดการบริโภคอาหารแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	270	70.3
9. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	276	71.9
10. ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	279	72.7
11. โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจขาดเลือด มีสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเหมือนกัน	287	74.7

จากตารางที่ 57 แสดงร้อยละของผู้ที่ตอบ “เห็นด้วย” (มีความเชื่อที่ถูกต้อง) ในข้อความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ข้อที่ 1, 2, 3, 6, 7, 8 และ 11 และที่ตอบ “ไม่เห็น

ด้วย” (มีความเชื่อที่ถูกต้อง) ในข้อที่ 4, 5, 9 และ 10 (เรียงข้อตามแบบสอบถาม) โดยข้อความเชื่อที่มีผู้ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจขาดเลือด มีสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเหมือนกัน” อยู่ที่ร้อยละ 74.7 และข้อความเชื่อที่มีผู้ตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล” อยู่ที่ร้อยละ 39.8

**ตารางที่ 58** จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรียงตามจำนวนร้อยละตามข้อที่มีผู้ตอบถูกต้องน้อยที่สุดจนถึงข้อที่มีผู้ตอบถูกต้องมากที่สุด

ข้อความ	ที่มีการปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านรับประทานอาหารหวานจัด เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม เค้ก มะม่วง เงาะ ลำไย	26	6.8
2. ท่านเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซอส เกลือป่น ในอาหารที่ท่านรับประทาน	28	7.3
3. ท่านรับประทานอาหารมันๆ เช่น ขาหมู ไช้แดง ไก่ทอด กุ้งทอด หนังไก่ หมูสามชั้น กะทิ	30	7.8
4. ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ (หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด)	140	36.5
5. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	149	38.8
6. เมื่อไม่สบายใจหรือกังวลใจ ท่านจะหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด	222	57.8
7. เมื่อเผชิญกับเรื่องเครียด ท่านจะเก็บตัวนั่งเงียบคนเดียว	232	60.4
8. ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ	287	74.7
9. ท่านมาตรวจโรคประจำตัวตามแพทย์นัด	297	77.3

จากตารางที่ 58 แสดงร้อยละของผู้ที่ตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” (มีความประพฤติที่ถูกต้อง) ในข้อคำถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ข้อที่ 4,

5, 6, 7 และ 9 และ ที่ตอบ “ไม่ปฏิบัติ” (มีความประพฤติที่ถูกต้อง) ในข้อที่ 1, 2, 3 และ 8 (เรียงข้อตามแบบสอบถาม) โดยข้อคำถามการปฏิบัติตัวที่มีผู้ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่า ท่านมาตรวจโรคประจำตัวตามแพทย์นัด” อยู่ที่ร้อยละ 77.3 และ ข้อคำถามการปฏิบัติตัวที่มีผู้ตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือ “ข้อที่กล่าวว่า ท่านรับประทานอาหารหวานจัด เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม เค้ก มะม่วง เงาะ ลำไย” อยู่ที่ร้อยละ 6.8

**ตารางที่ 59** แสดงจำนวน ร้อยละของช่องทางการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

ช่องทางการได้รับข้อมูล	ที่ได้รับข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	242	63.0
วิทยุ	63	16.4
ใบปลิว	7	1.8
โปสเตอร์	20	5.2
อินเตอร์เน็ต	20	5.2
หนังสือพิมพ์	14	3.6
บุคคลในครอบครัว	114	29.7
เพื่อน	80	20.8
ญาติ	77	20.1
ครู อาจารย์	5	1.3
แพทย์	67	17.4
พยาบาล	31	8.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3	0.8
เภสัชกร	2	0.5
ผู้นำชุมชน	1	0.3



จากตารางที่ 59 เมื่อสำรวจถึงช่องทางประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน หรือ การรักษา พบว่า โทรศัพท์เป็นสื่อหลักในการได้รับข้อมูล (ร้อยละ 63.0) และยังมีบ้างที่ได้รับข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 29.7) เพื่อน (ร้อยละ 20.8) ญาติ (ร้อยละ 20.1) หรือ แพทย์ (ร้อยละ 17.4)

ตารางที่ 60 การทดสอบความแปรปรวนความตระหนักรู้ของตัวแปร (อายุ)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
2.068	3	380	.104

ตารางที่ 61 การทดสอบความแปรปรวนความตระหนักรู้ของตัวแปร (ระดับการศึกษา)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
3.148	4	379	.014

ตารางที่ 62 การทดสอบความแปรปรวนความตระหนักรู้ของตัวแปร (รายได้)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
.432	4	379	.786

ตารางที่ 63 การทดสอบความแปรปรวนด้านความรู้ของตัวแปร (อายุ)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
4.181	3	380	.006

ตารางที่ 64 การทดสอบความแปรปรวนด้านความรู้ของตัวแปร (ระดับการศึกษา)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
9.445	4	379	.000

ตารางที่ 65 การทดสอบความแปรปรวนด้านความรู้ของตัวแปร (รายได้)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
2.557	4	379	.038

ตารางที่ 66 การทดสอบความแปรปรวนด้านความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
1.253	3	380	.290

ตารางที่ 67 การทดสอบความแปรปรวนด้านความเชื่อของตัวแปร (ระดับการศึกษา)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
5.143	4	379	.000

ตารางที่ 68 การทดสอบความแปรปรวนด้านความเชื่อของตัวแปร (รายได้)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
2.809	4	379	.025

ตารางที่ 69 การทดสอบความแปรปรวนด้านการปฏิบัติตัวของตัวแปร (รายได้)

Levene Statistic	df 1	df 2	Sig.
1.020	4	379	.397

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว อูมาพร แซ่กอ เกิดเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2522 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จ การศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2545 ผ่านการ ฝึกอบรบหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2549 และได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2551 ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ระหว่างปี 2545 - 2546 ปฏิบัติงานสถานีอนามัยบ้านสามแยกจำปา อ.ทุ่งตะโก จ.ชุมพร และระหว่างปี 2546- จนถึงปัจจุบัน ย้ายมาปฏิบัติราชการในตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ ระดับ 6 ในหน่วยงานผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อ. เมือง จ.ชุมพร

ศูนย์วิทยพัทธพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย