ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

ดวงธิดา โสดาพรม

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

ดวงธิดา โสดาพรม

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก"

ของ ดวงธิดา โสดาพรม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชนา ใจดี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา)

อนุมัติ

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัย ดวงธิดา โสดาพรม

ประธานที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร

ประเภทสารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563

คำสำคัญ ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พฤติกรรมการป้องกันโรค, กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 313 คน เครื่องมือการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.29, S.D. = 0.19) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยเรียงตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

Title FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CEREBROVASCULAR DISEASE AMONG ELDERLY RISK GROUP IN THE ARANYIK TOW MUNICIPALITY MUEANG PHITSANULOK DISTRICT PHITSANULOK PROVINCE

Author DUANGTHIDA SODAPROM

Advisor Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit, Ph.D.

Academic Paper Thesis M.P.H. in Public Health Program, Naresuan University, 2020

Keywords Influencing factors, Preventive behaviors, Risk group of cerebrovascular disease, Health belief model

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional descriptive research study was to study preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group. The sample were 313 elderly, 60-79 years old, who were diagnosed with essential hypertension and/or diabetes mellitus, registered for treatment in the community health center, and health promotion hospital in the Aranyik town municipality, Mueang Phitsanulok district, Phitsanulok province. The tool used in the study was structured interview. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that most of elderly risk group had a high level of preventive behaviors for cerebrovascular disease ($\bar{X}$ = 3.29, S.D. = 0.19). Influencing factors of preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group were the social support from friend, the perceived barriers of preventive behaviors for cerebrovascular disease, the social support from public health officer, the social support from family, and underlying disease (hypertension and diabetes mellitus). The power of these predictors was 11.2 % ($p < .05$).

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ให้คำแนะนำและชี้แนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ในฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อทำให้เนื้อหาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์, และนางรินดา เจวประเสริฐพันธุ์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่าง ๆ ในตลอดระยะเวลาการศึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำและกำลังใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) และหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เป็นพื้นที่สำหรับศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ตลอดจนการอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือทุก ๆ ด้านอย่างดียิ่ง รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ทุก ๆ ท่าน และที่สำคัญอย่างยิ่งต้องขอขอบพระคุณประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนนิสิตทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ จนสามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ขอมอบให้แด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่านที่มีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

ดวงธิดา โสดาพรม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

ประกาศคุณูปการ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญภาพ ..... ฐ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 6

จุดมุ่งหมายของการศึกษา 6

ขอบเขตของการวิจัย 6

นิยามศัพท์เฉพาะ 7

สมมติฐานการวิจัย 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9

โรคหลอดเลือดสมอง 9

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 15

ผู้สูงอายุ 29

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 32

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) 34

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) 37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 39
กรอบแนวคิดในการวิจัย 42
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย 44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 47
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 52
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 54
การรวบรวมข้อมูล 55
การวิเคราะห์ข้อมูล 56
บทที่ 4 ผลการวิจัย 57
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล 57
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 59
ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล 61
ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม 67
ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 72
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 74
บทที่ 5 บทสรุป 79
สรุปผลการวิจัย 79
อภิปรายผลการวิจัย 80
ข้อเสนอแนะ 86
บรรณานุกรม 87

ภาคผนวก.....96

ประวัติผู้วิจัย 120

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....46

ตาราง 2 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของรายข้อคำถาม 53

ตาราง 3 แสดงค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ.....54

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (n = 313).....57

ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313).....59

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละคำตอบถูกต้องความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 313).....60

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313).....61

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313).....62

ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมอง (n = 313).....63

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้ความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313).....63

ตาราง 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313).....64

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313)65

ตาราง 13 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313).....66

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313)..66

ตาราง 15 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (n = 313).....67

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุน ทางสังคมจากสื่อ จำแนกตามรายข้อ (n = 313).....68

ตาราง 17 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n = 313).....69

ตาราง 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุน ทางสังคมจากครอบครัว จำแนกตามรายข้อ (n = 313).....69

ตาราง 19 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนบ้าน (n = 313).....70

ตาราง 20 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุน ทางสังคมจากเพื่อนบ้าน จำแนกตามรายข้อ (n = 313).....70

ตาราง 21 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 313).....71

ตาราง 22 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุน ทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายข้อ (n = 313).....71

ตาราง 23 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง (n = 313).....72

ตาราง 24 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามรายข้อ (n = 313).....72

ตาราง 25 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (n = 313) 75

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model).....35

ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย 43

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอัมพาตโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 ล้านคน ส่งผลทำให้เกิดความพิการ 5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 6.5 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุจากการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (World Stroke Organization, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization, 2017)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2558-2562 พบว่า มีอัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 43.3, 48.7, 47.8, 47.1, และ 53.0 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ส่วนอัตราป่วย พบว่าจากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 451.4, 467.5, 506.2 และ 542.5 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563) หากพิจารณาอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนตามเขตสุขภาพในภาคเหนือ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 สูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา เขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 เท่ากับ 79.9, 75.63 และ 60.79 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) เมื่อพิจารณาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุจราจร และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการในสภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง เมื่อ

เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกายย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะอารมณ์ไม่ปกติเป็นแบบสองขั้นกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติซึ่งใน พ.ศ. 2551 มีการสำรวจค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 129,571 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 5 แสน คนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2562 ตามกลุ่มอายุ (ต่ำกว่า 15 ปี, 15-39 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราป่วยตายเท่ากับ ร้อยละ 0.01, 0.07, 0.30, 0.74 และ 2.14 และมีอัตราป่วย เท่ากับ ร้อยละ 1.97, 2.47, 3.15, 3.34, และ3.34 ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พบในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุในโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) และองค์การเฮล์พเอจ อินเตอร์เนชั่นแนล (Help Age International) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในทั่วโลกจำนวน 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 1,402 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ได้มีการคาดประมาณไว้ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 2,092 ล้านคน หรือ ร้อยละ 21.5 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2593 องค์การสหประชาชาติได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมสูงอายุของแต่ละประเทศไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ต่อมาระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super aged society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ สำหรับประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งประเทศ เห็นได้ว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากการคาดประมาณประชากรของไทย พบว่า ภายในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์และในปี พ.ศ. 2575 จะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มที่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2560)

จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีโอกาสพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับองค์การณ์อนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ที่

พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ

ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง อัตราเสี่ยงโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติราว 4-6 เท่า และโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ โดยอัตราเสี่ยงของผู้ป่วยภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากข้อมูลความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปีพ.ศ. 2557 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และโรคเบาหวาน พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2557 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) เป็นข้อมูลที่ชัดเจนว่าทั้งสองโรคนี้มีความชุกที่เพิ่มขึ้นในประชากรไทยโดยเฉพาะประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ จากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011-2020) ได้จัดให้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสองในห้าโรคของกลุ่มโรควิถีชีวิต ภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นภาวะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดสมอง มีการหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดแดงจะตีบแคบลงจนถึงขั้นอุดตันได้ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองขาดเลือดจนถึงขั้นเนื้อสมองตาย และนอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ที่สมองโป่งพองออกเป็นกระเปาะเล็ก ๆ ถ้าระดับความดันโลหิตขึ้นสูงมาก ๆ ผลของหลอดเลือดแดงในสมองอุดตันหรือหลอดเลือดแดงในสมองแตกทั้ง 2 ภาวะดังกล่าวเรียกว่า โรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งถ้าเป็นแล้วจะส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้าง ปากเบี้ยวข้างใดข้างหนึ่ง ปวดศีรษะมาก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ความจำเสื่อม กลืนลำบาก ลิ้นแข็ง อารมณ์ซึม เกิดความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจ รู้สึกด้อยคุณคุณค่าในตนเอง เป็นภาระให้แก่ครอบครัวทำให้ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตลดลง ภาวะซึมเศร้าทำให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ผู้ที่ยังอยู่ในวัยทำงานมักไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้สูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน

โรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดในบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงไม่ดูแลตนเองด้านขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความอ้วน มีน้ำหนักตัวมาก เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นโรคเบาหวานตามมา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเสพสารเสพติด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการศึกษาของณฐกร นิลเนตร (2562) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจาก

หลายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่เป็นประจำ และการศึกษาของยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีด้านการควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ พบปัญหาการนอน การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ และการศึกษาของกานต์ธิชา กำแพงแก้ว วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวีนัส ลีฬหกุล (2558) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เคยปฏิบัติเลย คือการออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อาทิ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษุโลก (วาสนา เหมือนมี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, ชมนาด วรรณพรศิริ, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2558) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าจากรายงานการศึกษาได้มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) จึงนำมาประยุกต์ใช้การจัดทำกรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่า ความเชื่อนั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค คือ เมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) และรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ก็จะเกิดแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงไม่ให้ตนเองเกิดโรค และบุคคลนั้นจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมได้มากขึ้นหากเกิดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) มากว่าผลเสียหรือมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barriers) ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาหรืออุปสรรค

ต่าง ๆขัดขวางน้อย นอกจากนี้บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหากได้รับสิ่งกระตุ้นจำเป็นในกระบวนการตัดสินใจหรือเรียกว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งที่กระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค และปัจจัยร่วม (Modifying factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความรู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรค

จังหวัดพิษณุโลก เป็นอีกจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 ของภาคเหนือ ที่มีอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2562 เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาจังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดตาก เท่ากับ 77.73, 65.54, 57.77, 48.51, และ 36.15 ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก รองลงมาจังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก และจังหวัดเพชรบูรณ์ เท่ากับ 594.46, 504.65, 467.18, 400.26, และ 373.66 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563)

อำเภอเมืองพิษณุโลก เป็นอำเภอที่มีแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2558 สูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา อำเภอบางกระทุ่ม และอำเภอบางระกำ เท่ากับ ร้อยละ 86.56, 58.12 และ 20.18 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2559) ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2562 เท่ากับ 131.91, 56.72, และ 214.91 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในอำเภอเมืองพิษณุโลก มีตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือ ตำบลหัวรอ รองลงมา ตำบลงิ้วงาม ตำบลพลายชุมพล ตำบลอรัญญิก และตำบลจอมทอง เท่ากับ 103.36, 80.49, 77.41, 30.72, และ 26.82 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพิษณุโลก, 2560)

เทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก เขตรับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 29,896 คน จำนวนครัวเรือน 13,248 ครัวเรือน พื้นที่ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองและกึ่งชนบท มีศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองกระทรวง มหาดไทย, 2558) จากข้อมูลอัตราตายของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เท่ากับ ร้อยละ 6.7, 5.9, และ 9.4 ตามลำดับ ซึ่งมีเกณฑ์เกินกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ต้องไม่เกินร้อยละ 7 (กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก, 2561)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าในพื้นที่ที่ศึกษามีอัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏผลการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก รวมทั้งยังเป็นเขตชุมชนกึ่งเมือง กึ่งชนบท ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา

เนื่องจากต้องการที่จะหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทางผู้วิจัยจะนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการวางแผนการรักษาส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษาครั้งเป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ระยะเวลาการศึกษาระหว่าง พฤศจิกายน 2561 – พฤษภาคม 2562

ขอบเขตประชากร

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งหมด 1,062 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก โดยแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน

2. ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในเรื่องสาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการของโรค การรักษาโรค และการป้องกันโรค

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อผลของโรคหลอดเลือดสมองว่าถ้าเป็นโรคแล้วจะรุนแรงหรือเกิดผลกระทบมากน้อยแค่ไหน

5. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

6. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

7. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นสิ่งกระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกิดการแสดงพฤติกรรมการป้องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

7.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

7.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง คนในครอบครัวปรุงอาหาร และการให้กำลังใจ

7.3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน หมายถึง ได้รับการชักชวนไปออกกำลังกายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเพื่อนบ้าน

7.4 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการการรับประทานยา การพบแพทย์ อาการและการรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการตรวจคัดกรอง

8. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการกับความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

2. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

3. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา 8 ส่วน ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
3. ผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
5. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
6. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท มีสาเหตุจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองไม่เพียงพอเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ก่อให้เกิดอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โรคหลอดเลือดสมอง ยังก่อให้เกิดความพิการ และเสียชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลที่ดี อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 3)

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008) ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง อันเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการแสดงซึ่งคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต แต่ National lnstitute of Neurological Disorders and Stroke ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่

ว่าจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นถาวรก็ได้ จะเห็นได้ว่าคำจำกัดความของ National lnstitute of Neurological Disorders and Stroke ได้ครอบคลุมภาวะ Transient Ischemic Attack (TIA) ซึ่งอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 1)

2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้ 2 ชนิด คือ จำแนกตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยา (Pathological classification) และจำแนกตามระยะเวลาของการดำเนินโรค (Clinical classification) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.1.1 โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นภาวะที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดกั้น (Thrombosis) สามารถเกิดได้ทั้งในเส้นเลือดขนาดเล็ก (Intracranial and extracranial arteries) และเส้นเลือดขนาดใหญ่ การอุดตันอาจเกิดได้จากทั้งเกร็ดเลือดและลิ่มเลือด (White and red thrombi) นอกจากนี้ยังพบการอุดตันของเส้นเลือดที่มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจากเนื้อเยื่ออื่น ๆ ของร่างกายเข้าไปล่องลอยในหลอดเลือดแล้วไปอุดตันหลอดเลือดสมอง เช่น ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณลิ้นหัวใจ และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Aorta) ส่งผลให้ Oxygen และ Glucose ไปเลี้ยงเนื้อสมองไม่เพียงพอ เป็นผลให้เนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงตายและก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท พบร้อยละ 85 ของโรคหลอดเลือดสมอง (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553, หน้า 35) ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Thrombotic stroke) เป็นภาวะที่หลอดเลือดสมองถูกอุดกั้นจากลิ่มเลือด (Thrombi) ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่มักจะสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด (Atherosclerotic plaque)และการมีความดันเลือดสูง (Hypertension) เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) โดยภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวจะทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองตีบแคบลง มีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อสมองได้อย่างเพียงพอ เมื่อเนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด เซลล์ประสาทสมองจะค่อยๆ ตายลง การตีบตันของหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของร่างกาย โดยจะพบมากบริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติดส่วนใน (Internal carotid artery) รองลงมา คือ หลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle cerebral artery) และระบบเลือดเวอทีโบรบาซิลา (Vertebrobasilar system)

2) โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke) เป็นภาวะเกิดจากวัตถุหรือลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ซึ่งต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจ โดยส่วนมากจะพบชิ้นส่วนของลิ่มเลือดหรือเป็นชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยมาอุดกั้นหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เมื่อมีการอุดกั้นของหลอดเลือดอย่างทันทีทันใด (Sudden onset) เซลล์ประสาทสมองจะค่อย ๆ ตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง นอกจากนี้การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น ลิ่มเลือดจากปอด (Pulmonary thrombosis), สะเก็ด Atheroma จากหลอดเลือดแดงใหญ่, Lipid จากไขกระดูกเข้าสู่กระแสเลือด,และฟองอากาศ (Air embolism) เกิดจากก๊าซไนโตรเจนซึมออกจากเนื้อเยื่อเข้าสู่กระแสเลือดเป็นฟองอากาศที่อุดหลอดเลือด (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 118)

2.1.2 โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ลักษณะพยาธิสภาพการแตกของหลอดเลือดสมองตามบริเวณที่เกิด สามารถได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด มักเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ คือ ความดันเลือดสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบร่วมกับผนังหลอดลเอกขนาดเล็กอ่อนแอจนทำให้เกิดการฉีกขาดง่าย หรือเกิดการโป่งพองของหลอดเลือด เมื่อมีการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (Hematoma) เข้าไปกดเบียดแทนที่เนื้อสมองรอบ ๆ ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นบวมอักเสบและตาย ในกรณีถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง ทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองจะบวมมากจนกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง ส่งผลให้เกิดความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง และผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดจะค่อยๆสลายจนหมดภานในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งที่มีเลือดออกได้บ่อย ได้แก่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ,สมองส่วนเบซอล-แกงเกลีย (Basal ganglia), กลีบสมองของซีรีบรัลเฮมิสเฟียร์ (Cerebral hemisphere), สมองน้อยซีรีบลัม (Cerebellum) และสมองส่วนพอนส์ (Pons)

2) โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage หรือ SHA) มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการแตกของผนังหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณก้านสมอง (Ruptured aneurysm) เมื่อผนังหลอดเลือดแตกออก จึงเกิดเลือดออกในสมองหรือส่วนใต้เนื้อเยื่อชั้นอแรคนอยด์ของเยื่อหุ้มสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ สาเหตุการแตกของหลอดเลือดอาจจะเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุศีรษะกระแทก และความดันโลหิตสูง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 5-6)

2.2 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ

(Anatomical -localization) อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดสมอง ที่เกิดการตีบหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด ได้แก่ กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสาพของหลอดเลือด Carotid และกลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Vertebrobasilar โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

2.1.2 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระยะเวลาของการดำเนินโรค (Clinical classification) โรคหลอดเลือดสมองสามมารถจำแนกตามระยะเวลาของการดำเนินโรค หรืออีกนัยหนึ่งจำแนกตามลักษณะทางคลินิก ได้ดังต่อไปนี้

1) Transient Ischemic Attack หรือ TIA เป็นภาวะที่พบความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องมาจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยภาวะนี้ส่วนใหญ่จะเกิดอาการและหายไปภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาทีและหายภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง อาการแสดงที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ อาการพูดไม่ชัด (Dysarthria) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เห็นภาพซ้อน ชาครึ่งซีกของร่างกาย และอาการเป็นลม (Syncope) เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 174)

2) Reversible Ischemic Neurological Deficit หรือ (RIND) เป็นภาวะที่คล้ายกับ Transient Ischemic Attack แต่ผู้ป่วยจะเกิดอาการแสดงผิดปกติเกิดขึ้นและคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และหายได้ปกติภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

3) Stroke In Evolution หรือ (SIE) เป็นภาวะที่พบความผิดปกติของระบบประสาท ที่อาการแสดงเป็นมากขึ้นหรืออาการดำเนินไปเรื่อย ๆ สาเหตุเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงกำลังขยายตัว อุดกั้นการไหลเวียนเลือดมากขึ้น

4) Complete stroke เป็นกลุ่มอาการแสดงเกิดขึ้นเต็มที่หรือคงที่แล้ว โดยอาการจะไม่รุนแรงมากกว่าเดิม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 12)

3. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดเลือดจากการอุดตันหรือตีบแคบจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ ตำแหน่ง (Location) บริเวณ (Area) ความรุนแรง (Severity) และหลอดเลือดเชื่อมโยง (Collateral circulation) ที่จะกล่าวต่อไปเป็นอาการและอาการแสดงแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Carotid และกลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Vertebrobasilar โดยมีสาระสำคัญดังนี้

3.1 กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Carotid แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.1.1 กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองส่วนหน้า (Anterior Cerebral Artery หรือ ACA) หลอดเลือดนี้จะส่งเลือดไปเลี้ยงผิวสมองด้านในของ Parietal lobe และ Frontal อาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความผิดปกติของตำแหน่งและขนาดของรอยโรคที่มีการขาดเลือด นอกจากนี้การ

อุดกั้นของหลอดเลือดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการขาอ่อนแรงมากกว่าแขน ปลายขาและเท้าอ่อนแรงมากกว่าต้นขา บริเวณหัวไหล่อ่อนแรงมากกว่าที่ปลายแขนและมือ ในผู้ป่วยบางรายขยับแขนและขาไม่ได้เมื่อผู้อื่นบอกให้ขยับ แต่จะขยับได้เองตามสัญชาตญาณ และพบว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 161)

3.1.2 กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองส่วนกลาง (Middle Cerebral Artery หรือ MCA) หลอดเลือดนี้จะส่งเลือดไปเลี้ยงเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ซึ่งบริเวณของหลอดเลือดสมองส่วนกลางถูกอุดกั้นอยู่ที่ก้าน (Stem) หรือที่เปลือกสมอง รวมทั้งแขนงใหญ่แต่ละแขนงมักจะเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากหลอดเลือดอื่น จึงทำให้ส่วน Posterior limb ของ Internal capsule ขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการจากความผิดปกติ คือ กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก แขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการชา กลืนลำบาก ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และมีความผิดปกติของการมองเห็นแบบลานสายตาแคบลงครึ่งหนึ่ง (Homonymous hemianopia) จะเกิดในด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดกั้น นอกจากนี้ถ้าเกิดความผิดปกติของด้านสมองเด่น อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยพูดไม่ได้ (Aphasia) (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 8)

3.2 กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Vertebrobasilar แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.2.1 กลุ่มอาการหลอดเลือดที่อยู่บริเวณก้านสมอง (Vertebrobasilar artery) หลอดเลือดนี้เป็นแขนงของเส้นเลือดใหญ่ (Subclavian artery) ได้ทอดตัวทอดผ่าน Foramen transversarium ของกระดูกสันหลังส่วนคอขึ้นมาถึงก้านสมองบริเวณส่วนต่อระหว่าง Medulla และ Pons จากนั้นหลอดเลือด Vertebral ทั้งด้านซ้ายและขวาจะมารวมกันเป็น Basilar artery ซึ่งระบบนี้จะให้แขนงไปเลี้ยงก้านสมองและสมองน้อย (Cerebellum) การอุดกั้นของหลอดเลือด Basilar ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทสมองซีกเดียวกันกับรอยโรคและร่างกายซีกตรงข้ามอ่อนแรง นอกจากนี้ การอุดกั้นดังกล่าวทำให้มีอาการและอากการแสดงอื่น ๆ อีก เช่น หนังตาตก พูดไม่ชัด (Dysarthria) กลืนลำบาก ตาดำกระตุก (Nystagmus) เสียงเปลี่ยน (Dysphonia) คลื่นไส้อาเจียน และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายอาจถึงขั้นหมดสติ

1) กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองส่วนหลัง (Posterior Cerebral Artery หรือ PCA) หลอดเลือดนี้ทั้งสองข้างแตกแขนงแยกมาจากหลอดเลือด Basilar และส่งแขนงไปหล่อเลี้ยงสมองส่วน Thalamus, Occipital lobe, Temporal และ Lateral geniculate เมื่อมีการอุดกั้นของหลอดเลือด Posterior cerebral ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกได้น้องลง (Hypoesthesia) หรือการรับรู้ความรู้สึกมากกว่าปกติ (Hyperesthesia) และการรับรู้ผิดปกติ (Dysesthesia) ทั้งผู้ป่วยยังสูญเสียความสามารถในการมองเห็น หรือการแยกสี ความสามารถในการอ่านลดลงโดยยังเขียนได้ และอาจสูญเสียความทรงจำ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 10-12)

4. การรักษา

การตัดสินใจเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักมีการพิจารณาจากประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะอาการทางคลินิก ระยะของโรคที่เป็น ตลอดจนสภาวะทางสังคมและเศรษฐานะมาประกอบในการตัดสินใจในการรักษาด้วยเสมอ (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 831) โรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จากหลายลักษณะ ขึ้นกับว่าเป็นโรคสมองขาดเลือด หลอดเลือดในสมองแตก หรือสมองขาดเลือดชั่วคราว ก่อให้เกิดความรุนแรงต่อสมองแตกต่างกัน ส่งผลให้ความเร่งด่วนและรูปแบบในการรักษาแตกต่างกันด้วย โดยการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงจากโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย

4.1 การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน

4.1.1 การรักษาจำเพาะในโรคสมองขาดเลือด เมื่อเกิดการอุดกั้นของหลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนที่ขาดเลือดจะค่อย ๆ ตายไปในที่สุด บางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 4-5 ชั่วโมง เพื่อแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ เนื้อสมองจะสามารถกลับมาทำงานได้อีก นอกจากนี้ ยังมีการให้ยา Aspirin ภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2560)

4.1.2 การรักษาจำเพาะในในภาวะเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในโพรงน้ำสมอง (Hydrocephalus) ที่เกิดจากโพรงน้ำสมองอุดกั้น (Ventricular obstruction) หรือผู้ป่วยมีก้อนเลือดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดที่ผิดปกติ จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออก และระวังไม่ให้เกิดการสูญเสียเนื้อสมอง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 48) ซึ่งมีหลักฐานทางด้านการแพทย์ชัดเจน (Evidence based medicine) ว่าการผ่าตัดสมารถช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2560)

4.2 การดูแลรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วยการให้ยาป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ไขหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

4.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

จากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมองไม่ว่าจะเป็นลักษณะการอุดตัน ตีบหรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์ประสาทสมองตายหรือหยุดทำงาน การเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวนับเป็นปัญหาที่สำคัญ ก่อให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวารินทร์ , 2544, หน้า 870; กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 201)

5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง มักจะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงได้แก่ แขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ชัก สูญเสียความรู้สึกสัมผัส การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติไป เป็นต้น

5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความบกพร่องทางด้านร่างกายย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) ภาวะอารมณ์ไม่ปกติเป็นแบบสองขั้น (Bipolar disorder) ปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรง (Catastrophic reaction) เป็นต้น สำหรับด้านสติปัญญาพบว่าถ้าเป็นในระยะยาวอาจจะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 871)

5.3 ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเนื่องจากมีความบกพร่องทางกายและจิตใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นหลังจากได้ออกจากโรงพยาบาล ความบกพร่องดังกล่าวอาจจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป และมีบทบาททางสังคมเพื่อนและสังคมการทำงานลดลงตามไปด้วย

5.4 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการความพิการ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทั่วไป เกิดการสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้นอย่างเนื่อง สูญเสียทรัพยากรทั้งด้านบุคคล และมูลค่าทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 17)

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยที่บุคคลปกติเมื่อได้รับสิ่งนั้นเวลานานพอสมควรจะทำให้โรคเกิดขึ้น (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 39) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง มีดังต่อไปนี้

จากข้อมูลองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization, 2017) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไว้ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง
2. เบาหวาน
3. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
4. ประวัติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
6. ภาวะน้ำหนักเกิน
7. ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม
8. สูบบุหรี่

9. การบริโภคอาหาร

10. รายได้และการศึกษา

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

1. ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

2. เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

3. ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และระดับไขมันชนิดดีหรือ High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกรัน (Plague) เข้าไปเกาะหรืออุดตามหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด

4. ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

5. โรคหัวใจ เช่น โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด Atrial fibrillation (AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น

6. Homocysteine สูง Homocysteine เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติประมาณ 5-15 micromoles per liter เนื่องจาก Homocysteine จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับ Homocysteine สูง ทำได้โดยให้รับประทานอาหารที่มี Folic acid และหรือรับประทานวิตามินบี 6 และ 12 เสริม

7. บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนออกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ไม่สูบประมาณ 2 เท่า

8. แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

9. โคเคน แอมเฟตามีน (Amphetamines) และเฮโรอีน สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิตชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

10. การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้

11. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ภาวะเลือดหนืดข้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

1. อายุ ที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ 65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่าของคนที่อายุน้อย

2. เพศชาย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาตจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

4. เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประมาณ 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำมีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคนี้ง่ายกว่า

5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันเกล็ดเลือดจับกลุ่มกัน สามารถช่วยป้องกันโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล (2558) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ (Modifiable risk factor) ได้แก่

- ความดันโลหิตสูง (Hypertension) มากกว่า 165/95 มิลลิเมตรปรอท
- สูบบุหรี่มากกว่า 40 มวน/วัน
- ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)
- โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)
- โรคอ้วนและกลุ่มอาการเมตาบอลิก (Obesity and metabolic syndrome)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)
- Transient ischemic attack (TAI)
- ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มาก
- ใช้ยาเสพติดชนิด Cocaine
- ภาวะ Homocysteine และ Fibrinogen ในเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia and elevated fibrinogen)
- Erythrocytosis

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ ได้แก่
   - มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
   - ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี
   - เชื้อชาติ African American
   - เพศชาย
   - ประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากงานวิจัยของจุก สุวรรณโณ และและจอม สุวรรณโณ (2560) ศึกษาการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงและชาย พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด และการศึกษาของอารีรัตน์ เปสูงเนิน นันทวัน สุวรรณรูป, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล (2561) ศึกษาปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับที่ 1 นอกจากนี้ยังพบกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน

ดังนั้นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมาก มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นในประชากรต่างประเทศและประเทศไทย ที่มีอายุเกิน 40 วัยกลางคน พบมากในประชากรสูงอายุเกิน 65 ปี ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558, หน้า 1) ความดันโลหิตสูงเป็นโรคภัยเงียบ มักไม่มีอาการและอาการแสดง หากไม่ได้รับการรักษาหรือไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดแดงในสมองตีบแคบหรือแตก โรคไตวาย และโรคหัวใจวาย

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure หรือ SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure หรือ DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated Systolic Hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated Office Hypertension หรือ White-coat Hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (SBP ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทและ DBP ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต อัตโนมัติพบว่าไม่สูง (SBP < 135 มิลลิเมตรปรอท และ DBP < 85 มิลลิเมตรปรอท)

Masked Hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (SBP < 140 มิลลิเมตรปรอทและ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าสูง (SBP ≥ 135 มิลลิเมตรปรอท และDBP ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท)

2. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 90-95% แพทย์จะตรวจไม่พบภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ” (Primary hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” (Essential-hypertension) มักเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน ที่สำคัญ คือ อิทธิพลของเอนไซม์ (สารเคมีที่มีหน้าที่เร่งปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ) ที่เรียกว่า “เรนิน” (Renin) และฮอร์โมนแองจิโอเท็นซิน (Angiotensin) จากไต ซึ่งทั้งสองสารนี้ทำงานร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำ เกลือแร่โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย ทั้งหมดนี้ก็เพื่อเป็นการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (เพราะจะพบ

โรคนี้สูงขึ้นในบุคคลที่มีประวัติครอบครัวคือ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัวประมาณ 3 เท่า), เชื้อชาติ (เพราะจะพบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงในคนอเมริกันผิวดำเมื่อเปรียบเทียบกับคนอเมริกันผิวขาวและชาวแมกซิกันอเมริกัน), ความอ้วน, มีอายุมากขึ้น, การรับประทานอาหารรสเค็มจัดหรือมีเกลือโซเดียมสูง (เพราะเกลือโซเดียมหรือเกลือทะเลเป็นตัวอุ้มน้ำในเลือด จึงส่งผลเพิ่มปริมาตรของเลือดที่ไหลเวียน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้), การดื่มแอลกอฮอล์, กระบวนการของร่างกายที่ส่งผลต่อสมดุลและการทำงานของเกลือแร่แคลเซียมในร่างกาย นอกจากนี้บุคคลจะเริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุได้ประมาณ 25-55 ปี (พบได้มากในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) และยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นได้มากขึ้น

2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 5-10 % แพทย์อาจตรวจพบโรคหรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงได้ เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ” (Secondary hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ”

2.2.1 ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ความดันช่วงบนมีค่า ≥ 180 หรือความดันช่วงล่างมีค่า ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท
- ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นก่อนอายุ 30 ปี หรือหลังอายุ 50 ปี
- มีความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันที
- ควบคุมความดันไม่ได้หลังจากเคยคุมได้ดีมาก่อน หรือใช้ยาลดความดันมาหลายชนิดแล้วแต่ยังควบคุมความดันไม่ได้
- พบภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโต มีค่าครีอะตินีน (Creatinine) ในเลือด > 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- จอตาเสื่อม (Hypertension retinopathy) ระดับ 3 หรือ 4
- มีอาการที่สงสัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ

2.2.2 สาเหตุของความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุนั้นอาจเกิดได้จากหลายสภาวะ ได้แก่

- โรคไต เช่น กรวยไตอักเสบเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง หน่วยไตอักเสบ ฯลฯ
- หลอดเลือดแดงไตตีบ (Renal artery stenosis)
- หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta)
- เนื้องอกบางชนิดของต่อมหมวกไตหรือต่อมใต้สมอง
- โรคคุชชิง/การใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน
- โรคของต่อมไทรอยด์/พาราไทรอยด์

- ภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary aldosteronism)
- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)
- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์, ยาเม็ดคุมกำเนิด/เอสโตรเจน, ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์, อิริโทรมัยซิน, อะดรีนาลิน/ซูโดอีเฟดรีน, ไซโคลสปอริน, อีริโทรโพอิติน, และรวมไปถึงการใช้สารเสพติดอย่างแอมเฟตามีน/โคเคน

2.3 ความดันช่วงบนสูงเดี่ยว มักพบในผู้สูงอายุ (ยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าไหร่ยิ่งจะมีโอกาสพบได้มากขึ้นเท่านั้น), ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta), โรคคอพอกเป็นพิษ (Toxic goiter), และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic insufficiency)

2.4 ความดันโลหิตสูงเพียงชั่วคราว ความดันโลหิตอาจสูงเพียงชั่วคราวได้เมื่อมีภาวะที่ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เช่น ไข้ ซีด โกรธ ตื่นเต้น ออกกำลังกายใหม่ ๆ ฯลฯ ซึ่งไม่จำเป็นต้องรักษาแต่อย่างใด และความดันโลหิตจะกลับมาเป็นปกติได้เองเมื่อปัจจัยเหล่านี้ได้หมด (สุรเกียรติ อาชานุภาพ, 2551)

3. ชนิดความดันโลหิตสูง

3.1 ชนิดไม่พบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งเป็น ความดันโลหิต ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยทั่วไปมักไม่มีอาการผิดปกติ

3.2 ชนิดที่มีสาเหตุ เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ พบได้ ประมาณร้อยละ 50 โดยสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะหยุดหายใจ ขณะนอนหลับ (Obstructive sleep apnea) พบได้ถึงร้อยละ 50 (จันจิราภรณ์ วิจัย สายสมร ผลดงนอก, และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธ, 2558)

4. ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

4.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิตระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท

4.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ความดันโลหิตในระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิตระหว่าง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท

4.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 ความดันโลหิตในระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558, หน้า 3)

5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความโลหิตสูงเป็นเวลานาน ๆ มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ตามมา เช่น ประสาทตา สมอง ไต หัวใจ หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง

(Atherosclerosis) หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอหรือไม่ได้ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญนั้น ได้แก่

5.1 สมอง เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก กลายเป็นอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในบางรายที่เป็นเรื้อรังอาจจะกลายเป็นโรคความจำเป็นเสื่อม สมาธิลดลง นอกจากนี้ ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกอาจจะทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หรือในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันอาจจะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ซึม เพ้อ ชัก หรือหมดสติได้ ซึ่งเรียกว่า “Hypertensive encephalopathy”

5.2 หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) ถ้าปล่อยให้เป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ เกี่ยวกับหัวใจตามมาได้ และโรคนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากเป็นรุนแรงอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะทำให้มีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจตรวจพบหัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอจากหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว

5.3 ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ซึ่งในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ ต่อมาอาจจะแตกมีเลือดออกที่ตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตาบอดได้

5.4 ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ซึ่งไตที่วายจะยิ่งทำให้ความโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

5.5 หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หลอดเลือดแดงใหญ่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเซาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยงขาและปลายเท้าอาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ (โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย) ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ขาและปลายเท้าได้น้อย อาจเป็นตะคริวบ่อย หรือปวดน่องขณะเดินมาก ๆ หากหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันก็อาจจะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดจนกลายเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) ได้

6. การป้องกันความดันโลหิตสูง

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

6.1 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะทุกวัน หลีกเลี่ยงผักและผลไม้ชนิดหวานให้มาก ๆ และลดอาหารพวกไขมันชนิดอิ่มตัว ของหวาน แป้ง อาหารเค็ม และน้ำตาล

6.2 ควบคุมน้ำหนักตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อเมตร^2 ความยาวรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย และ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

6.3 ออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นประจำ เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ ครั้งละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง หรือวันเว้นวัน

6.4 พักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงและรักษาสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ

6.5 ลดปริมาณของเกลือโซเดียมที่บริโภคไม่ให้เกินวันละ 2.4 กรัม (เทียบเท่าเกลือแกง 6 กรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชา)

6.6 ถ้าเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว สำหรับผู้หญิงและผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยควรจำกัดปริมาณของการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกินวันละ 1 หน่วยการดื่ม (เทียบเท่ากับวิสกี้ 45 มิลลิลิตร ไวน์ 3150 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 360 มิลลิลิตร) ส่วนผู้ชายควรจำกัดปริมาณของแอลกอฮอล์ให้ไม่เกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (เทียบเท่ากับวิสกี้ 90 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 720 มิลลิลิตร)

6.7 ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เพราะอาจจะมียาบางตัวที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ส่วนการใช้ยาคุมกำเนิดแนะนำว่าควรปรึกษาแพทย์

6.8 ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ถึงแม้ว่าตนเองจะยังรู้สึกสบายดี ไม่พบความผิดปกติของร่างกายก็ควรไปตรวจสุขภาพซึ่งรวมถึงการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 2 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แนะนำว่าควรไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตรวจตามที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีรูปร่างอ้วนหรือมีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง (อาจเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านก็ได้ เช่น สถานีอนามัย คลินิกแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข) (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2551 หน้า 680-691)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันในหลอดเลือดที่สูงขึ้น มีชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดและชนิดทราบสาเหตุ ซึ่งหากเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ๆ มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น ประสาทตา สมอง ไต และหลอดเลือดแดงใหญ่ เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

โรคเบาหวาน

1. ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกนำไปใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับผิดปรกติ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

2. สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน ผู้ที่เป็นเบาหวานจะพบว่าตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยหรือผลิตไม่ได้เลย หรือผลิตได้ปกติ แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง เช่นที่พบในคนอ้วน ซึ่งเรียกว่า “ภาวะดื้อต่ออินซูลิน” (Insulin resistance) เมื่อขาดอินซูลินหรืออินซูลินทำหน้าที่ไม่ได้ น้ำตาลในเลือดจึงเข้าสู่เซลล์ต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ จึงทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลก็จะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก มักจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก เพราะน้ำตาลที่ออกมาทางไตจะดึงเอาน้ำออกมาด้วย จึงทำให้มีปัสสาวะออกมามากกว่าปกติ เมื่อผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะมากก็จะทำให้รู้สึกกระหายน้ำจนต้องดื่มน้ำบ่อย ๆ และเนื่องจากร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงานได้ ร่างกายจึงหันมาเผาผลาญกล้ามเนื้อและไขมันแทน จึงทำให้ร่างกายผอม กล้ามเนื้อฝ่อลีบ อ่อนเพลีย ไม่มีไขมัน นอกจากนี้ การมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ ยังทำให้อวัยวะต่าง ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงผิดปกติและนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อน

3. ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

3.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus, T1DM) เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน กระหายน้ำ มีอาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักลด อ่อนเพลีย อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ Ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น มักพบการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนคือ พบระดับ ซี-เป็ปไทด์ (C-peptide) ในเลือดต่ำมาก และ/หรือ ตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ท ได้แก่ Anti-GAD, islet cell autoantibody, IA-2

3.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักจะพบในคนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้อาการมักไม่รุนแรง

และค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ พี่ น้อง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุมากขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other Specific Types) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young)

3.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบจากการทำ Glucose tolerance test ในหญิงมีครรภ์ ภาวะนี้มักจะหายไปหลังคลอด ในกรณีมีระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยเบาหวาน ทั่วไปจากการตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์จะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วไป

4. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหรือพบได้บ่อย ได้แก่

4.1 ภาวะหมดสติจากเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยอาจเกิดจาก

4.1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานหรือฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ค่อนข้างดีอยู่เดิม แต่มักเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาเบาหวานมากเกินขนาด รับประทานอาหารน้อยเกินไป หรืออดอาหาร รับประทานอาหารผิดเวลานานเกินไป ดื่มแอลกอฮอล์มาก หรือมีการออกแรงกายหนักและนานเกินไป โดยระยะแรกผู้ป่วยจะรู้สึกหิว มือสั่น ใจสั่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย คลื่นไส้ หงุดหงิด ตัวเย็น เหงื่อออก ตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน ถ้าผู้ป่วยรีบกินน้ำตาลหรือน้ำหวานอาการต่าง ๆ จะทุเลาลงได้ในระยะเวลาสั้น ๆ แต่ถ้าไม่ทำการแก้ไขดังกล่าว ก็จะส่งผลให้มีอาการขากรรไกรแข็ง ชักเกร็ง ไม่ค่อยรู้สึกตัวหรือหมดสติ ตรวจพบน้ำตาลในเลือดต่ำ ตรวจปัสสาวะไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ

4.1.2 ภาวะคีโตแอซิโดซิส (Ketoacidosis) พบได้เฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ขาดการฉีดอินซูลินเป็นระยะเวลานาน หรือพบในภาวะติดเชื้อหรือได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้น ร่างกายจึงเผาผลาญไขมันแทนน้ำตาลทำให้เกิดการคั่งของสารคีโตนในเลือดจนเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Diabetic ketoacidosis) ผู้ป่วยจึงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก กระหายน้ำอย่างมาก ลมหายใจมีกลิ่นหอมจากสารคีโตน มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง (หนังเหี่ยว ตาโบ๋ ชีพจรเบาเร็ว ความดันต่ำ) อาจมีอาการท้องเสีย ปวดท้อง ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งหมดสติ

4.1.3 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Nonketotic hyperglycemic hyperosmolar coma: NKHHC) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นโรคโดยไม่รู้ตัวหรือขาดการรักษา หรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง (เช่น ปอดอักเสบ โลหิตเป็นพิษ กรวยไตอักเสบ) หรือมีการใช้ยาบางชนิดร่วมด้วย (เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ) ผู้ป่วยจึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ๆ (เกิน 600 มก./ดล. ขึ้นไป) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำรุนแรง เพ้อ ซึม ชัก หมดสติ โดยก่อนหน้าที่จะหมดสติเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย

4.2 ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท ได้แก่ ระบบประสาทเสื่อม (Neuropathy) ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่มาเลี้ยงระบบประสาทเกิดการแข็งและตีบ หากเกิดกับประสาทส่วนปลายที่เลี้ยงส่วนแขนและขา โดยในระยะแรกอาจมีอาการปลายมือปลายเท้าแสบร้อนหรือเจ็บเหมือนถูกเข็มทิ่มแทง ซึ่งมักเป็นมากตอนกลางคืนจนบางรายอาจนอนไม่หลับ อาการจะทุเลาได้เมื่อคุมเบาหวานได้ดี ถ้าปล่อยให้น้ำตาลในเลือดสูงต่อไปเวลานาน ๆ จะส่งผลให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า ซึ่งจะค่อย ๆ ลุกลามสูงขึ้นเรื่อย ๆ และอาการชาเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะไม่หายแม้ต่อมาจะควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นก็ตาม จนในที่สุดก็จะไม่มีความรู้สึก ทำให้เกิดบาดแผลที่เท้าได้ง่ายเมื่อเหยียบถูกของมีคมหรือของร้อน ๆ หากเมื่อเกิดบาดแผลก็จะมีโอกาสติดเชื้ออักเสบเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ และเนื่องจากมีภาวะขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ จึงทำให้แผลหายได้ยาก บางครั้งอาจลุกลามรุนแรงหรือเป็นเนื้อเน่าตาย (Gangrene) ซึ่งจำเป็นต้องตัดอวัยวะบริเวณนั้นทิ้ง เช่น ข้อเท้าหรือนิ้วเท้าทิ้ง ทำให้เกิดความพิการได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีความเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic neuropathy) ซึ่งควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะจากภาวะความดันตกในท่ายืน ปวดท้อง ท้องเสีย หรือท้องผูกเรื้อรังจากโรคลำไส้แปรปรวน อาการอาหารไม่ย่อยหรือแสบลิ้นปี่จากโรคกรดไหลย้อน กระเพาะปัสสาวะหย่อนสมรรถภาพ องคชาตไม่แข็งตัว ต่อมเหงื่อไม่ทำงาน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีประสาทเลี้ยงกล้ามเนื้อตาเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อตาเป็นอัมพาต เกิดอาการตาเหล่ หนังตาตก หลับตาไม่สนิท มองเห็นภาพซ้อน รูม่านตาขยาย แต่อาการเหล่านี้มักหายไปได้เองภายใน 6-12 สัปดาห์

4.3 ภาวะแทรกซ้อนของตา คือ จอประสาทตาเสื่อม หรือ ภาวะเบาหวานขึ้นตา (Retinopathy) ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่รู้สึกถึงความผิดปกติ กระทั่งเป็นมากแล้วจะเกิดอาการตาพร่ามัวจนตาบอดได้ ดังนั้นจึงควรไปพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจตาปีละ 1 ครั้ง (ผู้ป่วยเบาหวานตั้งครรภ์ควรตรวจตั้งแต่อายุครรภ์ 3 เดือนแรก และตรวจเป็นระยะจนกระทั่งหลังคลอด 1 ปี เนื่องจากการตั้งครรภ์อาจทำให้จอประสาทตาเสื่อมได้มากขึ้น) หากพบตั้งแต่ระยะแรกจะได้ให้การรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้ตาบอดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานอาจจะเป็นต้อกระจกก่อนวัย หรือต้อหินเรื้อรัง จอตาลอก เลือดออกในวุ้นลูกตา ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาก็อาจทำให้ตาบอดได้

4.4 ภาวะแทรกซ้อนของไต คือ ไตเสื่อม (Nephropathy) หรือไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) เกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่มาเลี้ยงไต ส่งผลให้ไตเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรก ๆ จะพบว่ามีสารไข่ขาวหลุดออกมาในปัสสาวะจำนวนน้อย ซึ่งระยะนี้ยังมีทางบำบัดเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจสารไข่ขาวในปัสสาวะอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หากละเลยจนไตเสื่อมถึงที่สุดก็จะกลายเป็นไตวายเรื้อรัง และในที่สุดอาจจะต้องทำการฟอกไตหรือผ่าตัดปลูกถ่ายไต

4.5 ภาวะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดตีบตันจนขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญในร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย (เช่น ไขมันในเลือดสูงหรือผิดปกติความดันโลหิตสูง) ทำให้ยิ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้มากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องควบคุมเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงไปพร้อม ๆ กัน รวมทั้งต้องรับประทานยาแอสไพรินเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ด้วย

4.6 การติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นกลุ่มที่ติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ โดยอาจเป็นการติดเชื้อซ้ำซาก (เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคเชื้อราแคนดิดา ช่องคลอดอักเสบ) เป็นการติดเชื้อเรื้อรัง (เช่น วัณโรคปอด) หรืออาจเป็นการติดเชื้อรุนแรง (เช่นหูชั้นนอกอักเสบรุนแรง กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ปอดอักเสบ เท้าเป็นแผลติดเชื้อซึ่งอาจลุกลามจนเท้าเน่า)

4.7 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น นิ่วน้ำดี การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบฟัน (มีโอกาสมากที่จะเป็นโรคปริทันต์หรือโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟัน) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจพิการซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ ภาวะไขมันสะสมในตับซึ่งอาจทำให้กลายเป็นตับแข็งหรือมะเร็งตับ ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เส้นประสาทมือถูกพังผืดรัดแน่น รวมทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับอ่อนได้มากขึ้นอีกด้วย

4.8 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ความมันโลหิตสูงในขณะที่ตั้งครรภ์ มีโอกาสแท้งบุตรมากขึ้นหรือทารกในครรภ์อาจจะเสียชีวิตได้ ทารกอาจมีน้ำหนักตัวมากจนทำให้คลอดลำบาก และมีโอกาสเกิดอันตรายในระหว่างการคลอดได้สูง (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2551 หน้า 777-791)

5. การป้องกันโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานในแต่ละชนิดสามารถป้องกันได้แตกต่างกัน ซึ่งโรคเบาหวานประเภทที่ 1 อาจหาทางป้องกันได้ยากหรือแทบไม่สามารถป้องกันมิให้เกิดโรคได้ (เพราะสาเหตุการเกิดมาจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้) ในขณะที่โรคเบาหวานประเภทที่ 2 สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินวิถีชีวิตให้เหมาะสม โดยหลักสำคัญในการป้องกันเบาหวานทุกชนิด คือ คอย

ระวังระดับน้ำตาลในเลือดและคอเลสเตอรอลให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งสามารถทำได้ตามคำแนะนำต่อไปนี้

5.1 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบทั้ง 5 หมู่ มีสารอาหารครบถ้วน และมีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ขนมปังโฮลวีต ข้าวกล้อง (อาจแบ่งมื้ออาหารหลักออกเป็นมื้อย่อย ๆ ในแต่ละวัน เพื่อช่วยรักษาความสมดุลของน้ำตาลและฮอร์โมนอินซูลิน)

5.2 ควบคุมอาหารโดยการลดของหวานและไขมัน รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เต้าหู้ ถั่วเหลืองเป็นประจำ และรับประทานผักผลไม้และเมล็ดธัญพืชให้มาก ๆ

5.3 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกายและลดระดับน้ำตาลในเลือดลง นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กับหลอดเลือดและระบบไหลเวียนเลือดให้ดียิ่งขึ้น

5.4 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่เกณฑ์ปกติ โดยที่ดัชนีมวลกายควรอยู่ที่ 18.5-22.9 กก./ม.2 ส่วนเส้นรอบเอวผู้ชายควรน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ส่วนผู้หญิงควรน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

5.5 ไม่ใช้ยาสเตียรอยด์อย่างพร่ำเพรื่อ และปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ยาใด ๆ เสมอหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์จัด (เพราะอาจทำให้ตับอ่อนอักเสบหรือตับแข็งจนทำให้เป็นโรคเบาหวานตามมาได้)

5.6 ผู้ที่มีความเสี่ยงควรเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

5.7 หญิงตั้งครรภ์ควรเข้ารับการฝากครรภ์ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และควรได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานเพื่อดูว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ อายุ 35 ปีขึ้นไป, ก่อนตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเกิน 23 กก./ม.2, ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ, เคยคลอดทารกพิการแต่กำเนิด, มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน, มีประวัติเป็นกลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่ชนิดหลายถุง, เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน, เคยคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 4 กิโลกรัม, มีภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ, เคยคลอดทารกที่เสียชีวิตในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุ) ถ้าพบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก็จะได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ร่วมกับอายุรแพทย์อย่างจริงจัง พร้อมทั้งควบคุมอาหารที่รับประทานและออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

5.8 โดยทั่วไปในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงแพทย์จะแนะนำให้ตรวจเลือดเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่อายุ 30 ปี (รวมถึงตรวจดูว่ามีไขมันในเลือดสูงและ/หรือมีความดันโลหิตสูงด้วยหรือไม่ เพราะทั้ง 3 โรคมักเกิดร่วมกันเสมอ) ส่วนคนทั่วไปการตรวจเลือดเพื่อดูค่าน้ำตาลควรเริ่มตรวจที่อายุประมาณ 40 ปี (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2551 หน้า 777-791 และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โรคเบาหวาน คือโรคที่เกิดจากความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งผลิตจากตับอ่อน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหว่าระดับปรกติ ซึ่งโรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้เกิดโรคนี้เป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะในร่างกายได้ เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ภาวะหมดสติ ไต ตา และระบบประสาท เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินวิถีชีวิตให้เหมาะสม และที่สำคัญคือ คอยระวังระดับน้ำตาลในเลือดและคอเลสเตอรอลให้อยู่ในระดับปกติ

การศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความสนใจในกลุ่มประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน

ผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547)

สาวิตรี พลทวี (2555) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นถึงความเสื่อม ความถดถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ

พจนานุกรมศัพท์ประชากรศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2557) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2559) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจ าตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536) (อ้างถึงใน พัชรี เขียวสอาด, 2550, หน้า 9) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีสุขภาพกาย และจิตสังคมค่อนข้างดี
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เริ่มพบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม

3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่าภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดเจน

3. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

โดยธรรมชาติของมนุษย์เมื่อมีอายุมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายก็จะเริ่มปรากฏการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ จินตนา สงค์ประเสริฐ (2538) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของทางร่างกายของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ผิวหนัง บางแห้ง ขาดความยืดหยุ่น สีผิวเปลี่ยนไป เกิดตกกระ และไขมันใต้ผิวหนังลดน้อยลง
2. ผมและขน จะเปลี่ยนเป็นสีขาว ผู้ชานศีรษะล้าน ผู้หญิงขนรักแร้จะไม่มีเลย
3. ตา สายตาเกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม การปรับสายตาช้าส่งผลให้เวียนศีรษะง่าย
4. หู ประสาทรับเสียงเสื่อม หูตึง
5. จมูก ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลง
6. ระบบทางเดินอาหาร ต่อมน้ำลายน้อยลง น้ำย่อยในทางเดินอาหารน้อยลง ย่อยอาหารไม่ดี ส่งผลให้ท้องอืด ท้องผูก เลือดจาง ตับอ่อนเสื่อมลงทำให้เกิดโรคเบาหวาน
7. ลิ้น รับรู้รสน้อยลง
8. กระดูก จะบาง เปราะง่าย รูปร่างกระดูกผิดไป ตัวเตี้ยลง
9. กล้ามเนื้อ จะอ่อนกำลังทำให้เชื่องช้า
10. ปอด ขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย ทำให้ระบบการหายใจไม่ดี
11. หัวใจ อ่อนกำลังไป
12. หลอดเลือด ตีบ แข็ง และความดันโลหิตสูงขึ้น
13. ระบบขับถ่าย ไตเสื่อม ขับของเสียได้น้อย ขับน้ำออกมาก จึงถ่ายปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดปัสสาวะหย่อน ผู้ชายต่อลูกหมากโตขึ้น
14. ข้อ ปวดเจ็บตามข้อต่าง ๆ มีข้ออักเสบ
15. ระบบประสาท สมองบกพร่อง ความรู้สึกช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมองกล้ามเนื้อข้อการทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย
16. ระบบต่อมไร้ท่อ เสื่อมท่อ ต่อมเพศก็เสื่อมไปด้วย

4. ปัญหาทางสุขภาพ

จากภาวะการณ์เสื่องของอวัยวะต่าง ๆ ข่องร่างกายมนุษย์ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ จึงทำให้เกิดการเสียสมดุลไม่ว่าจะเป็นร่างกายและจิตใจ ผลที่ตามมาคือการเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัญหาของสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะเป็นหลายๆโรคพร้อม ๆ กัน โรคที่พบบ่อยได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ (ทับทิม วงศ์ประยูร, พรทิพย์ คำพอ, และสมศรี เดชะสัจจา, 2551)

1. โรคอ้วน
2. โรคเบาหวาน
3. โรคความดันโลหิตสูง
4. โรคหัวใจขาดเลือด
5. โรคไขมันในเลือดสูง
6. โรคไขข้อเสื่อม
7. โรคสมองเสื่อม
8. ท้องผูก
9. นอนไม่หลับ
10. ตาเป็นต้อกระจก
11. ตาเป็นต้อหิน
12. สุขภาพจิตผิดปกติ

และจากการศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2557 พบว่า 5 อันดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานและโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556-2560 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 38.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2556 เป็น 43.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2560 และพบว่า อัตราการตาย จากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 35.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2556 เป็น 47.8 ต่อ ประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.3 ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคมะเร็ง และจากการศึกษาของ ปทิตตา ทรวงโพธิ์ และคณะ (2557) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 62.2 รองลงมา เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 34.1 และเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มที่เริ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีความชุกของการเป็นโรคส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง เพราะเป็นช่วงอายุที่เริ่มพบการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงสามารถส่งเสริม ป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปแบบของความรู้ ความเข้าใจ เรียกว่าพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็นที่บุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective domain) และในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor domain) (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) ได้กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมคือ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และภาวะอ้วน

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมอย่าให้อ้วน การออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรงมีการไหลเวียนโลหิตที่ดี การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายดี และยังช่วยลดความเครียด
2. งดสูบบุหรี่
3. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
4. ตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
5. ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว ต้องมีการรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาหรือปรับยาเองโดยเด็ดขาด เช่น ผู้มีปัญหา Atrial fibrillation หรือ Carotid artery disease
6. ในกรณีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอยู่เดิมแล้ว แพทย์จะรักษาโดยการให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
7. รักษาความสะอาดของช่องปากไม่ให้เหงือกอักเสบ เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ
8. ลดอาหารเค็ม อาหารประเภทไขมันทุกชนิด รวมทั้งอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2558) ได้อธิบายวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการลดความเสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยง

1.1 ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิต >140/90 มิลลิเมตรปรอท วิธีการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอให้หนักปานกลาง เช่น เดิน
- ลดน้ำหนัก
- ลดการรับประทานอาหารเค็ม
- ควรรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ (Low fat diet)
- งดเครื่องดื่มประเภทเหล้า สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์

1.2 เบาหวาน ควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานหรือฉีดยาเบาหวานหรือฉีดยาอินสุลินสม่ำเสมอ ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก รับประทานอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลให้น้อยลง

1.3 ไขมันในเลือดสูง จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าไขมันโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไขมันแอลดีแอล (LDL) ที่สูง จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ส่วนไขมันเอชดีแอล (HDL) เป็นไขมันที่ดี จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

- การควบคุมอาหารและรับประทานยา ควรมีระดับแอลดีแอลคลอเลสเตอรอลไม่เกิน 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่า
- ควรงดอาหารประเภทไขมัน เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง อาหารทะเล เช่น หอย ปลาหมึก
- น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหารควรเป็นน้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น

1.4 การออกกำลังกาย จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การมีกิจวัตรประจำวันที่ได้ใช้กำลังและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์, ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลง, ให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด, ช่วยทำให้สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น ควรออกกำลังกายตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล และไม่เป็นอันตราย โดยให้เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้นพอสมควร ออกกำลังกายที่เหมาะกับวัย เช่น ผู้สูงอายุควรเลือกวิธีการวิ่งเหยาะ โยคะ ขี่จักรยาน เป็นต้น

1.5 ทำจิตใจให้แจ่มใส หลีกเลี่ยงความเครียด พักผ่อนให้เพียงพอ

1.6 การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เริ่มต้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เพราะจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคพบว่า โดยส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

ในปี ค.ศ 1950 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาจากนักจิตวิทยาสังคมในประเทศสหรัฐอเมริกา 4 ท่าน ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบาย ความล้มเหลวในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรค กล่าวคือ ได้จัดโครงการตรวจคัดกรองวัณโรคขึ้น เป็นการบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แต่พบว่ามีประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือหรือมีจำนวนน้อยที่ไปรับบริการ นักจิตวิทยาสังคมจึงมีความสนใจว่าทำไมประชาชนถึงไม่ยอมรับวิธีการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในช่วงระยะ (ค.ศ 1950-1960) ได้เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา และเชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมได้มากขึ้น เมื่อประเมินแล้วพบว่าเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือกรณีที่เป็นโรคแล้วจะสามารถช่วยลดความรุนแรงได้ และเชื่อว่าได้รับผลประโยชน์มากกว่าผลเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย ความสะดวกและความเจ็บปวด ดังนั้น Rosenstock จึงได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

ต่อมา Becker และ Maiman ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและปัจจัยสิ่งชักนำหรือปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเข้าไป ซึ่งเป็นปัจจัยนอกเหนือจากการับรู้ของบุคคลแต่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ทั้งนี้ได้นำเสนอแบนแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเชื่อ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Becker and Maiman, 1975) ดังภาพ 1

ภาพ 1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model)
ที่มา : Becker and Maiman (1975)

1. องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนี้

1.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ประกอบด้วย

1.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนะด้านสุขภาพ แต่ละบุคคลมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องในการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดคะเนโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด

1.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลในการประเมินปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรค เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

1.2 ความเป็นไปในการปฏิบัติ (Likelihood of action) ประกอบด้วย

1.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคล ในการคาดคะเนเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ จากการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติตามจึงขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบผลดีมากกว่าผลเสีย

1.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived barrier) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลในการคาดคะเนเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย และการตรวจเลือดทำให้เกิดความไม่สุขสบาย

1.3 ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying factors) เป็นปัจจัยไม่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

1.3.1 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.3.2 ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ สถานภาพทางสังคม บุคลิกภาพ บรรทัดฐานทางสังคม เป็นต้น

1.3.3 ปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

1.4 ปัจจัยสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action**)** หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการแสดงออกมา ซึ่ง Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกิดความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่ง

ประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยกระตุ้นจากภายในบุคคล (Internal cues) ได้แก่ ความรู้สึกสนใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพหรือความรู้สึกถึงอาการผิดปกติภายในร่างกายของตนเอง และ 2) ปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพทางสื่อมวลชนต่าง ๆ คำแนะนำจากบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เป็นต้น

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

1. ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

แคพแพลน (Caplan, 1974 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548) ได้ให้ความหมาย แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจจะเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

กฤติกาพร ใยโนนตา (2542) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั่นคือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

รำไพวัลย์ นาครินทร์ (2553) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่หลายประเภท อาจจะมาจากการให้ข้อมูล ข่าวสาร เงิน และแรงงาน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยให้ความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ คำแนะนำหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน อาจมาจากพ่อ แม่ พี่ น้อง เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

สุปรียา ตันสกุล (2548) ได้จำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าในความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟังความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ให้ข้อมูลป้อนกลับ และการเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะแนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา รวมทั้งการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

3. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ , 2548) ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงเป้าหมายที่เขาต้องการ

4. แหล่งสนับสนุนทางสังคม

กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ (2548) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่มตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการหรือกลุ่มแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ

- บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง คือ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ เครือญาติ คู่สมรส
- บุคคลครอบครัวใกล้ชิด คือ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติย

ภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่ง

- กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทีมสุขภาพ
- องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วยชมรมสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ คือ สมาคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

5. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ Gottlieb (1985) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกว้าง เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งอาจวัดได้จากสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย เป็นการมองโครงสร้างและหน้าที่เครือข่ายทางสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจง ถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพกันอย่างสม่ำเสมอ คือ กลุ่มเพื่อน ซึ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตรและการสนับสนุนด้านอารมณ์
3. ระดับแคบหรือลึก เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้เชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ โดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมนี้ คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562)

อายุ พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ (กมลพรรณ จักรแก้ว, 2561)

อาชีพ พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาอาชีพอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ (ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2561)

รายได้ พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมารายได้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา (ปรารถนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย, 2560)

ระดับการศึกษา พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาระดับการศึกษาไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย (ปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิรินวล, เจษฎากร โนอินทร์, วิมาลา ชโยดม, และอรพินท์ สิงหเดช, 2560)

ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาการมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (สุริยา หล้าก่ำ และศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Komolafe, Obembe, Olaogun, Adebiyi, Ugalahi, Dada, Kanu, Adebiyi, Akilo, Ogunkoya, and Fawale (2015) พบว่า ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว เป็นตัวพยากรณ์ความตระหนักในสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปัณณทัต บนบุนทด, 2562)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาการรับรู้ความรุนแรงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแดงอุดตันในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, และวิภาวี หม้ายพิมาย, 2560)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน, 2559)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง (ขวัญฤทัย พันธุ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์, 2559) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) และสอดคล้องผลการศึกษาของวาสนา เหมือนมี, สมลักษณ์ เทพ

สุริยานนท์, ชมนาด วรรณพรศิริ, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ (2558) พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

สนับสนุนทางสังคมจากสื่อ พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ไม่ร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี (ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จารีศรี กุลศิริปัญโญ, อรุณ นุรักษ์เข, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา, 2561)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าวและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ปวิตรา จริยสกุลวงศ์, 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา (ปรารถนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย, 2560)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี (ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของโชฐิรส พลไชยมาตย์ และเสน่ห์ แสงเงิน (2562) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านการได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยต่อการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา (สายฝน เติบสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าการได้รับคำแนะนำจากแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร (สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ, และสุกัญญา เลาหรัตนาหิรัญ, 2556)

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 82.4 (กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวีนัส ลีฬหกุล, 2558) พฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลางอยู่ในระดับมาก (ขวัญฤทัย พันธุ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร โดยรวมอยู่ในระดับดี แตกต่างจากการศึกษาของ Wan, Zhao, Zhang, Deng, Li, He, and Ruan (2014) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจีนแผ่นดินใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, วีณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง (2561) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาว จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนักได้ไม่ดี ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายที่ไม่ถูกวิธี การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่เป็นประจำ และปัญหาการนอน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องโรค พบว่า มีปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงได้นำปัจจัยดังที่กล่าวมาไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker and Maiman (1975) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมาจากกรอบแนวคิดของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2558) และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2558) ดังภาพ 2

ตัวแปรอิสระ

ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก มีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ทั้งหมด 1,062 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ที่เป็นตัวแทนประชากรได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 313 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน
2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. เป็นผู้ไม่มีปัญหาด้านการพูดหรือการฟัง
4. เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่เสียชีวิตหรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น
2. เป็นผู้ที่มีความต้องการยกเลิกระหว่างเข้าร่วมดำเนินการวิจัย
3. เป็นผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 313 คน ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (Finite population mean) กรณีทราบขนาดของประชากร (Wayne, 1995; Ngamjarus and Chongsuvivatwong, 2014) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) และระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มร้อยละ 5 ดังนี้

จากสูตร

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากรทั้งหมดที่ต้องการศึกษา **(1,062 คน)** (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก; ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์); โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก, 2561)

Z แทน สัมประสิทธิ์ความมั่นใจ ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด (1-α/2) **(1.96)**

σ^2 แทน ความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงใช้คำนวนขนาดตัวอย่างได้จากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานยกกำลังสอง **(0.53)** (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557)

d แทน ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างไม่เกินร้อยละ 5 **(0.05)**

α แทน ค่าระดับนัยสำคัญ **(0.05)**

แทนค่า $n = \frac{1{,}062(0.53)^2(1.96)^2}{(0.05)^2(1{,}062-1) + (0.53)^2(1.96)^2}$

$n = 308$ คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Missing data) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 5% (พรรณิภา ภูกองพลอย, 2561)

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 313 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้ มีขั้นตอนดังนี้

1. ใช้สูตรคำนวณหากลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านให้ขนาดได้สัดส่วนกัน (บุญใจ ศรี-

สถิตนรากูล, 2550)

จากสูตร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้น = $\frac{n \times N1}{N}$

เมื่อ N แทน จำนวนประชากรรวมทั้งหมด

n แทน ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมดของการวิจัย

N1 แทน ขนาดของประชากรแต่ละชั้น

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หมู่บ้าน	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก		
หมู่ 4	91	27
หมู่ 5	137	40
หมู่ 6	78	23
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก		
หมู่ 7	87	26
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์)		
หมู่ 3	207	61
หมู่ 8	216	64
หมู่ 9	176	52
หมู่ 10	70	21
รวม	**1,062**	**313**

ที่มา: งานทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลเมืองอรัญญิก, 2559

2. การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) เป็นแผนการสุ่มให้หน่วยตัวอย่างแต่ละหน่วยมีโอกาสถูกเลือกเข้าไปเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กัน (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560)

2.1 กำหนดหมายเลขประจำตัวในทะเบียนรายชื่อให้สมาชิกทุกหน่วยในประชากร

และคำนวณหาช่วงของการสุ่ม จากสูตร

$$k = \frac{N}{n}$$

เมื่อ k แทน ช่วงของการสุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ทั้งหมด (1,062 คน)

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย (313 คน)

แทนค่า $k = \frac{1,062}{313}$

$k = 3.3 \approx 3$

ดังนั้น ช่วงของการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3

2.2 นับหมายเลขประจำตัวในทะเบียนรายชื่อของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อกำหนดสมาชิกคนแรก (Random start) ของกลุ่มตัวอย่าง จากวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ซึ่งสมาชิกคนต่อไปจะถูกสุ่มอย่างเป็นระบบตามระยะห่างของช่วงที่คำนวณได้ โดยนำตัวเลขเริ่มต้นมาคิดช่วงห่าง (R, R+k, R+2k, R+3k,.....R+nk)

2.3 เมื่อนับหมายเลขประจำตัวจากทะเบียนรายชื่อได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบให้ใช้วิธีวนกลับไปสุ่มซ้ำในทะเบียนเดิม โดยข้ามรายชื่อที่ได้สุ่มไปแล้วจนกว่าจะครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 313 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาหลักแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 9 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 4, ข้อ 7, และข้อ 9) ลักษณะคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ค่าพิสัยเท่ากับ 12 โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก		**ข้อความด้านบวก**	**ข้อความด้านลบ**
ถูก	ให้คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
ผิด	ให้คะแนน	0 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2541) สามารถแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับมาก ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับน้อย สำหรับการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนน			
9-12	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับมาก
5-8	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
0-4	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย คำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ (ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 6 และข้อ 7) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ (ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ โดยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 23 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ท (Likert scale) ซึ่งใช้เกณฑ์ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ตัวเลือก		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหาย โดยการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2541) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ รับรู้ระดับมาก รับรู้ระดับปานกลาง และรับรู้ระดับน้อย สำหรับการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ย

3.68 - 5.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ย

3.68 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ย

3.68 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ย

3.68 - 5.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม คำถามประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งใช้เกณฑ์ 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้ง ไม่ได้รับ ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนแนะนำจากผู้อื่นมาก

ได้รับบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนแนะนำจากผู้อื่นปานกลาง

ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนแนะนำจากผู้อื่นเลย

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ได้รับบางครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่ได้รับ	ให้คะแนน	1	คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหาย โดยการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2541) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ รับรู้ระดับมาก รับรู้ระดับปานกลาง และรับรู้ระดับน้อย สำหรับการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ

คะแนนเฉลี่ย

2.34 - 3.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่ออยู่ในระดับมาก

1.67 - 2.33 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่ออยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 1.66 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่ออยู่ในระดับน้อย

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คะแนนเฉลี่ย

2.34 - 3.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก

1.67 - 2.33 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 1.66 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

คะแนนเฉลี่ย

2.34 - 3.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับมาก

1.67 - 2.33 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 1.66 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับน้อย

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คะแนนเฉลี่ย

2.34 - 3.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก

1.67 - 2.33 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 1.66 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คำถามประกอบด้วยการรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาการ การจัดการกับความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 15 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 2, ข้อ 9, ข้อ 12, ข้อ 15, ข้อ 16, ข้อ 18, และข้อ 20) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอทุกวัน หรือสัปดาห์ละ 5-7 วัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ หรือสัปดาห์ละ 3-4 วัน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนน้อย หรือสัปดาห์ละ 1-2 วัน
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลย

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ตัวเลือก	**ข้อความด้านบวก**	**ข้อความด้านลบ**
ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้คะแนน	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหาย โดยการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2541) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ รับรู้ระดับมาก รับรู้ระดับปานกลาง และรับรู้ระดับน้อย สำหรับการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ย

3.02 - 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก
2.01 - 3.01 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีตัวแปร และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective

Congruence: IOC) โดยนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้คะแนนความคิดเห็น มีเกณฑ์กำหนดคะแนนความคิดเห็นดังนี้

+1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่

-1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรของ Rovinelli and Hambleton (1977, หน้า 49-60)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีเกณฑ์การพิจารณาคือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้ แต่ถ้าข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรตัดทิ้งหรือพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ผลดังนี้

ตาราง 2 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของรายข้อคำถาม

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง	ค่า IOC
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	0.67 - 1
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.67 - 1
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.67 - 1
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1
แรงสนับสนุนทางสังคม	1
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.67-1

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับแก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ในเขตชุมชนพระองค์ขาว อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน คำนวนหาค่าความเที่ยงของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างความรู้โรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.71 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาวิเคราะห์ความเที่ยงของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) สำหรับเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (DeVeliis, 2012) ได้ผลดังนี้

ตาราง 3 แสดงค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง	Reliability
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	0.71
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.81
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.72
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.77
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.73
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.93
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.73

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนทำหนังสือขอรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 669/2018 วันที่ 14 ธันวาคม 2561) ผู้วิจัยจัดทำเอกสารและแจ้งข้อมูลให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อคำถาม พร้อมทั้งแจ้งสิทธิต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบในการตอบรับหรือปฏิเสธร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือบำบัดรักษาของแพทย์แต่อย่างใด และข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและ

ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจะถือเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในทางการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำวิจัยดำเนินการทำหนังสือขอรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการอนุมัติรับรอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ทำวิจัยดำเนินการขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงกองสาธารณสุข เทศบาลเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ.2562
2. หลังจากได้รับการอนุมัติจากเทศบาลเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) ผู้ทำวิจัยเข้าพบหัวหน้ากองสาธารณะสุข เทศบาลเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญ ญิก (เขื่อนขันธ์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอความร่วมมือ
3. ผู้ทำวิจัยได้ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก ในการช่วยตรวจสอบและคัดเลือกรายชื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน มีอายุ 60-79 ปี และสุ่มเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
4. ผู้ทำวิจัยจัดประชุมกับทีมเก็บข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์และอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล
5. ผู้ทำวิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย แจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมชี้แจงการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเซ็นชื่อหรือประทับลายนิ้วมือยินยอมเข้าร่วมการโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้อธิบายรายละเอียดข้อมูล ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยและทีมเก็บข้อมูลจะอ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบคำถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ 45 นาที/คน หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อมูลสามารถซักถามผู้ทำวิจัยได้ตลอด
7. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จ ผู้ทำวิจัยเก็บแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบ

ความครบถ้วน ถูกต้องข้อมูล หากข้อมูลยังไม่ครบสมบูรณ์ ผู้ทำวิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม และนำมาตรวจสอบอีกครั้ง

8. ผู้ทำวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการตอบแบบสัมภาษณ์งานวิจัยครั้งนี้

9. นำแบบสัมภาษณ์ที่ครบถ้วน ถูกต้อง ลงรหัสคะแนนและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้ง ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 22 คำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน จำนวน 313 ราย จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (n = 313)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	113	36.1
หญิง	200	63.9

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	192	61.3
70-79 ปี	121	38.7
($\overline{X}$ = 68.5, S.D.= 5.2, Min= 60, Max= 79)		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	47	15.0
ประถมศึกษา	205	65.5
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา (ปวช.)	41	13.1
อนุปริญญา/ปวส.	5	1.6
ปริญญาตรี	11	3.5
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.3
อาชีพ		
เกษตรกรรม	28	8.9
รับจ้าง	65	20.8
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	48	15.3
ข้าราชการบำนาญ	33	10.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	139	44.4
รายได้เฉลี่ยของตนเอง (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	233	74.4
5,001-10,000 บาท	42	13.4
10,001-15,000 บาท	12	3.8
15,001-20,000 บาท	14	4.5
20,001-25,000 บาท	5	1.6
25,001-30,000 บาท	7	2.2
($\overline{X}$ = 4,845.5, S.D.= 6,302.8, Min= 600, Max= 30,000)		

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	189	60.4
โรคเบาหวาน	33	10.5
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	91	29.1
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว		
บิดา	11	3.5
มารดา	7	2.2
พี่	4	1.3
น้อง	3	0.6
ไม่มี	289	92.3

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.3 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.5 ปี ด้านระดับการศึกษา พบว่า มีระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.4 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 74.4 รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,845.5 บาท มีประวัติโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 92.3

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313)

ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	(0-4 คะแนน)	2	0.6
ระดับปานกลาง	(5-8 คะแนน)	95	30.4
ระดับมาก	(9-12 คะแนน)	216	69.0

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.4 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 0.6

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละคำตอบถูกต้องความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน มีสาเหตุมาจากภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดสมอง	253	80.8
2. หากไม่ได้รับการรักษาอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างทันท่วงทีอาจจะทำให้เสียชีวิตได้	272	86.9
3. โรคหลอดเลือดสมองทำให้พูดไม่ชัดหรือพูดลำบากเห็นภาพพร่ามัวหรือตาข้างหนึ่งมองเห็นได้ลดลงโดยเฉียบพลัน	279	89.1
4. โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น	205	65.5
5. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครองครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	205	65.5
6. ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย	247	78.9
7. ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	231	73.8
8. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	259	82.7
9. เมื่อมีอาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า ปากเบี้ยว เดินเซ ปวดศีรษะ น้ำลายไหล ต้องนำส่งโรงพยาบาลภายใน 6 ชั่วโมง	143	45.7
10. การผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การท่องเที่ยวเต้นรำ ฟังเพลง ฯลฯ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	247	78.9

ตาราง 6 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
11. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานควรงดรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	267	85.3
12. วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานคือการแกว่งแขนและยืดกล้ามเนื้อ	282	90.1

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ ข้อ 12. วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานคือการแกว่งแขนและยืดกล้ามเนื้ออยู่ที่ร้อยละ 90.1 รองลงมา คือ ข้อ 3. โรคหลอดเลือดสมองทำให้พูดไม่ชัดหรือพูดลำบากเห็นภาพพร่ามัวหรือตาข้างหนึ่งมองเห็นได้ลดลงโดยเฉียบพลัน ร้อยละ 89.1 และ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 9. เมื่อมีอาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า ปากเบี้ยว เดินเซ ปวดศีรษะ น้ำลายไหล ต้องนำส่งโรงพยาบาลภายใน 6 ชั่วโมง ร้อยละ 45.7

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0
ปานกลาง	(2.34 – 3.67 คะแนน)	76	24.3
มาก	(3.68 – 5.00 คะแนน)	237	75.7

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.3

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
การรับประทานยา			
1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย	4.40	0.67	มาก
2. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง	3.86	0.87	มาก
3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานหากไม่มีบิดา มารดาหรือญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะไม่มีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.54	0.95	ปานกลาง
4. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น	4.01	0.73	มาก
5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น	4.15	0.70	มาก
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานรับประทานอาหารรสเค็มจัด อาหารรสหวานจัด รวมทั้งขนมหวานจัด จะไม่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.66	0.90	ปานกลาง
7. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานมีความเครียดเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ๆ จะไม่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	3.79	0.91	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	**3.92**	**0.39**	**มาก**

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.92, S.D.= 0.39) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอด

เลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย ($\overline{X}$ = 4.40, S.D.= 0.67) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน หากไม่มีบิดา มารดาหรือญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะไม่มีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\overline{X}$ = 3.54, S.D.= 0.95)

ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313)

ระดับการรับรู้ความรุนแรง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0
ปานกลาง	(2.34 – 3.67 คะแนน)	22	7.0
มาก	(3.68 – 5.00 คะแนน)	291	93.0

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
การรับประทานยา			
1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตเดินไม่ได้	4.56	0.59	มาก
2. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4.28	0.71	มาก
3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า	4.26	0.68	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
4. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล	4.53	0.63	มาก
5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก	4.00	0.80	มาก
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง	4.35	0.68	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	**4.33**	**0.38**	**มาก**

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.33, S.D.= 0.38) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตเดินไม่ได้ ($\overline{X}$ = 4.56, S.D.= 0.59) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ($\overline{X}$ = 4.00, S.D.= 0.80)

ตาราง 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313)

ระดับการรับรู้ประโยชน์		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0
ปานกลาง	(2.34 – 3.67 คะแนน)	54	17.3
มาก	(3.68 – 5.00 คะแนน)	259	82.7

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.3

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.58	0.60	มาก
2. การกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.35	0.65	มาก
3. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด ขนมหวานจัด กะทิและไขมันสูงไม่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	3.52	0.91	ปานกลาง
4. การควบคุมอารมณ์ ไม่ให้โมโหง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.10	0.77	มาก
5. การงดสูบบุหรี่ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	4.13	0.75	มาก
6. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	4.10	0.79	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	**4.13**	**0.40**	**มาก**

จากตาราง 12 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, S.D.= 0.40) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\overline{X}$ = 4.58, S.D.= 0.60) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4. การควบคุมอารมณ์ ไม่ให้โมโหง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\overline{X}$ = 4.10, S.D.= 0.77) และ ข้อ 6. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\overline{X}$ = 4.10, S.D.= 0.79)

ตาราง 13 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313)

ระดับการรับรู้อุปสรรค		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 2.33 คะแนน)	59	18.8
ปานกลาง	(2.34 – 3.67 คะแนน)	226	72.2
มาก	(3.68 – 5.00 คะแนน)	28	8.9

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.2 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 18.8 และน้อยที่สุดคือ ระดับมาก ร้อยละ 8.9

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่งได้ เนื่องจาก ชอบลืม ไม่มีใครช่วยเตือน	2.99	1.10	ปานกลาง
2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากมีกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ มากให้ทำในแต่ละวัน	3.21	1.04	ปานกลาง
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด รสหวานจัดหรือขนมหวานจัดไม่ได้ เนื่องจากติดรสชาติ	2.81	1.02	ปานกลาง
4. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารลดเค็ม รสหวานไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ทำอาหารเอง	3.03	1.03	ปานกลาง
5. การที่จะไม่ให้วิตกกังวล เครียด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาต่าง ๆ ให้คิดหรือต้องแก้ไข	3.46	0.98	ปานกลาง

ตาราง 14 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
6. การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากเป็นการผ่อนคลายความเครียด	2.50	1.11	ปานกลาง
7. ท่านหลีกเลี่ยงดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ไม่ได้ เพราะเพื่อนในกลุ่มชักชวน	2.23	0.93	น้อย
รวมค่าเฉลี่ย	**2.88**	**0.63**	**ปานกลาง**

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 2.88, S.D.= 0.63) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 5. การที่จะไม่ให้วิตกกังวล เครียด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาต่าง ๆ ให้คิดหรือต้องแก้ไข ($\overline{X}$= 3.46, S.D.= 0.98) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 7. ท่านหลีกเลี่ยงดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ไม่ได้ เพราะเพื่อนในกลุ่มชักชวน ($\overline{X}$= 2.23, S.D.= 0.93)

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 15 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (n = 313)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 1.66 คะแนน)	0	0
ปานกลาง	(1.67 – 2.33 คะแนน)	120	38.3
มาก	(2.34 – 3.00 คะแนน)	193	61.7

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่ออยู่ในระดับปานมาก ร้อยละ 61.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการบริโภคอาหารรสเค็ม รสหวาน และอาหารไขมันสูงจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	2.53	0.56	มาก
2. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์อินเตอร์เน็ต	2.37	0.61	มาก
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	2.49	0.56	มาก
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	2.30	0.62	ปานกลาง
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	2.58	0.53	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	2.46	0.39	มาก

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.46, S.D.= 0.39) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต ($\overline{X}$ = 2.58, S.D.= 0.53) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต ($\overline{X}$ = 2.30, S.D.= 0.62)

ตาราง 17 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n = 313)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 1.66 คะแนน)	3	1.0
ปานกลาง	(1.67 – 2.33 คะแนน)	169	54.0
มาก	(2.34 – 3.00 คะแนน)	141	45.0

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 45.0 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 1.0

ตาราง 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสไม่เค็ม ไม่หวาน ไม่มีกะทิ	2.32	0.53	ปานกลาง
2. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากรำข้าว ถั่วเหลือง	2.42	0.57	มาก
3. ครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล เครียด	2.60	0.53	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	**2.45**	**0.37**	**มาก**

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.45, S.D.= 0.37) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3. ครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล เครียด ($\overline{X}$ = 2.60, S.D.= 0.53) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสไม่เค็ม ไม่หวาน ไม่มีกะทิ ($\overline{X}$ = 2.32, S.D.= 0.53)

ตาราง 19 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน (n = 313)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 1.66 คะแนน)	86	27.5
ปานกลาง	(1.67 – 2.33 คะแนน)	193	61.7
มาก	(2.34 – 3.00 คะแนน)	34	10.9

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.7 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 27.5 และน้อยที่สุดคือ ระดับมาก ร้อยละ 10.9

ตาราง 20 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. เพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง รำไทเก๊ก	2.05	0.72	ปานกลาง
2. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	1.77	0.63	ปานกลาง
3. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1.78	0.64	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	**1.87**	**0.54**	**ปานกลาง**

จากตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.84, S.D.= 0.54) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. เพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง รำไทเก๊ก ($\overline{X}$ = 2.05, S.D.= 0.72) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ($\overline{X}$ = 1.77, S.D.= 0.63)

ตาราง 21 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 313)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 1.66 คะแนน)	0	0
ปานกลาง	(1.67 – 2.33 คะแนน)	13	4.2
มาก	(2.34 – 3.00 คะแนน)	299	95.8

จากตาราง 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.2

ตาราง 22 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายข้อ (n = 313)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง	2.99	0.14	มาก
2. เจ้าหน้าสาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาพบแพทย์ตามนัด	2.96	0.22	มาก
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.71	0.46	มาก
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองให้กับท่าน	2.47	0.60	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	**2.78**	**0.24**	**มาก**

จากตาราง 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 2.78, S.D.= 0.24) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ($\overline{X}$= 2.99, S.D.= 0.14) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองให้กับท่าน ($\overline{X}$= 2.47, S.D.= 0.60)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 23 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 313)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	(1.00 – 2.00 คะแนน)	0	0
ปานกลาง	(2.01 – 3.01 คะแนน)	32	10.2
มาก	(3.02 – 4.00 คะแนน)	281	89.8

จากตาราง 23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 89.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2

ตาราง 24 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามรายข้อ (n = 313)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
การรับประทานยา			
1. ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง	3.89	0.32	มาก
2. ท่านลด/เพิ่มขนาดของยาด้วยตนเอง	3.71	0.50	มาก
3. ท่านตรวจสอบฉลากยาก่อนใช้ยา	3.71	0.47	มาก
4. ท่านประเมินอาการข้างเคียงของยา	3.40	0.67	มาก
5. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด	3.72	0.46	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	**3.68**	**0.32**	**มาก**
การออกกำลังกาย			
6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	2.93	0.78	ปานกลาง
7. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 3-5 นาที	2.56	0.75	ปานกลาง

ตาราง 24 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
8. ท่านผ่อนคลายยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย 3-5 นาที	2.62	0.79	ปานกลาง
9. ท่านออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬา เช่น ปั่นจักรยาน ชกมวย กระโดดเชือก	3.28	0.72	มาก
10. ท่านออกกำลังกายโดยทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูพื้น	3.30	0.70	มาก
11. ท่านออกกำลังกายโดยทำงานในสวน เช่น ขุดดิน ตัดหญ้า กวาดใบไม้	2.74	0.82	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	**2.90**	**0.40**	**ปานกลาง**
การควบคุมอาหาร			
12. ท่านรับประทานข้าวมื้อละ 2 ทัพพีหรือมากว่า	2.95	0.68	ปานกลาง
13. ท่านงด/หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ต้มข่าไก่ ขนมกล้วย บวชชี ขนมบัวลอย ฯลฯ	3.39	0.57	มาก
14. ท่านงด/หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ พะโล้ขาหมู	3.38	0.55	มาก
15. ท่านรับประทานอาหารประเภทของทอดและมัน เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด กล้วยทอด	3.04	0.60	มาก
16. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเพิ่มจากที่ปรุงแล้วเช่น น้ำปลา น้ำตาล เกลือป่น ฯลฯ	3.10	0.71	มาก
17. ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัดเช่น ฝรั่ง ชมพู่ แก้วมังกร ส้มเขียวหวาน ฯลฯ	2.80	0.76	ปานกลาง
การจัดการกับความเครียด			
18. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะอยู่คนเดียว ไม่คุยกับใคร	3.21	0.73	มาก
19. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการร้องเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านนิตยสาร เต้นรำ นั่งสมาธิ ฯลฯ	3.47	0.57	มาก
20. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 5 ชั่วโมง	1.35	0.48	น้อย
รวมค่าเฉลี่ย	**2.68**	**0.33**	**ปานกลาง**

ตาราง 24 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 21. ท่านดื่มเครื่องที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ไวน์ เบียร์	3.80	0.59	มาก
การสูบบุหรี่ 22. ท่านสูบบุหรี่	3.83	0.66	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	**3.29**	**0.19**	**มาก**

จากตาราง 24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.29, S.D.= 0.19) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับประทานยา ($\overline{X}$ = 3.68, S.D.= 0.32) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดการกับความเครียด ($\overline{X}$= 2.68, S.D.= 0.33) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 1. ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง ($\overline{X}$ = 3.89, S.D.= 0.32) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 20. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 5 ชั่วโมง ($\overline{X}$= 1.35, S.D.= 0.48)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยครั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

1.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

1.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.901 (เกณฑ์คือ 1.50 – 2.50)

1.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.992 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

1.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

1.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าตั้งแต่ - 0.424 ถึง 0.773 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.001 ถึง 1.080 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.926 ถึง 0.999 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ตาราง 25 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (n = 313)

ตัวแปร	R Square	R Square Change	b	Beta	t	P-value
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	0.041	0.041	0.055	0.163	2.913	0.004*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.067	0.026	-0.045	-0.155	-2.865	0.004*
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.086	0.019	0.098	0.130	2.386	0.018*
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.100	0.014	0.059	0.120	2.155	0.032*
การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	0.112	0.012	-0.044	-0.108	-2.003	0.046*
Constant (a) = 2.813, R square= 0.112, Adjust R square= 0.098, F= 7.868, P-value < 0.001						

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.041 แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 4.1 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 2 คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.026 แสดงว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 2.6 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.019 แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 1.9 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 4 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.014 แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 1.4 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 5 คือ การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.012 แสดงว่า การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 1.2 แต่เมื่อตัวแปรทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรทำนาย จึงยุติลงในขั้นตอนที่ 5 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 11.2 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

สมการทำนาย $\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$

เมื่อ

$\hat{Y}$ = พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของ การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

x_1 = แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน

x_2 = การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

x_3 = แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

x_4 = แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

x_5 = การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = 2.813 + 0.055 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน) - 0.045 (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.098 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) + 0.059 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว) - 0.044 (การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน)

จากสมการ แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.055 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.055 หน่วย

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ - 0.045 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะลดลงเท่ากับ 0.045 หน่วย

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.098 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.098 หน่วย

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.059 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.059 หน่วย

การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ - 0.044 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะลดลงเท่ากับ 0.044 หน่วย

บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก จำนวนทั้งหมด 313 คน งานวิจัยนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker and Maiman (1975) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.3 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.48 ปี ด้านระดับการศึกษาพบว่า มีระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.4 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 74.4 รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,845.50 บาท มีประวัติโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 92.3 และมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.0

2. ผลการศึกษาปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.92, S.D.= 0.39) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.33, S.D.= 0.38) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, S.D.= 0.40) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.88, S.D.= 0.63)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.46, S.D.= 0.39) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.45, S.D.= 0.37) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.84, S.D.= 0.54) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.78, S.D.= 0.24)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.29, S.D.= 0.19)

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 3.29, S.D.= 0.19) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสถานบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษาได้จัดคลินิกบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกสัปดาห์ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้าน ตา ไต และฟัน เมื่อพบผิดปกติจะมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย พันธุ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wan, Zhao, Zhang, Deng, Li, He, and Ruan (2014) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจีนแผ่นดินใหญ่ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, วีณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง (ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่ และคณะ, 2561) อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความแตกต่างกัน โดยพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้เป็นภาคเหนือ ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่ภาคอีสาน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 18 ตัวแปร พบมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบ 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ 5) การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ทั้ง 5 ตัวแปร ที่กล่าวมาข้างต้น สามารถอภิปรายรายละเอียด ได้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นไปตามแนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่า การกระตุ้นจากภายนอกบุคคล ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน การเตือนและให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับคำแนะนำอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การชักชวนไปออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อปฏิบัติหรือการมีพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และสอดคล้องกับการศึกษาของโชฐิรส พลไชยมาตย์ และเสน่ห์ แสงเงิน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นไปตามแนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รับรู้อุปสรรคด้านความยุ่งยากในการรับประทานยา การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด หวานจัด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก มีความยากลำบากใจ และเสียเวลา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย พันธุ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต้องเชื่อฟัง ปฏิบัติตามเพื่อให้พ้นจากการเจ็บป่วยและมีชีวิตที่ยืนยาว (พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ, 2559) ดังนั้น เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน เติบสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2560) ที่ศึกษาระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยต่อการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ, และสุกัญญา เลาหรัตนาหิรัญ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เชื่อว่าคนในครอบครัวโดยเฉพาะคู่ครองคือมิตรแท้ และเชื่อฟังซึ่งกันและกันด้วยความจริงใจ เป็นที่รับฟัง เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งทางใจ (พยาม การดี, และคณะ, 2559) ดังนั้น การให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เมื่อมีปัญหา การแจ้งเตือนรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การชักชวนออกกำลังกาย รวมทั้งเรื่องการออกกำลังกายและการจัดการดูแลด้านอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รับฟังและปฏิบัติตาม จึงมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปวิตรา จริยสกุลวงศ์ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าวและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อาจเนื่องมาจาก ผู้ที่มีโรคประจำตัวมาก ทำให้ไม่อยากปฏิบัติตัว เนื่องจากเกิดความท้อแท้ สังเกตได้จากข้อมูลจากงานวิจัยด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา ชนะพันธ์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดหนึ่ง พบว่า โรคประจำตัวที่เป็นโรคความดันโลหิตร่วมกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้พบว่า ตัวแปรเพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายดังนี้

1) เพศ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) อายุ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพรรณ จักรแกว (2561) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3) อาชีพ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) รายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า รายได้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 5) ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิรินวล, เจษฎากร โนอินทร์, วิมาลา ชโยดม, และอรพินท์ สิงหเดช (2560) ที่

ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6) ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Komolafe, Obembe, Olaogun, Adebiyi, Ugalahi, Dada, Kanu, Adebiyi, Akilo, Ogunkoya, and Fawale (2015) ศึกษาการรับรู้ถึงปัจจัยความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนในผู้ใหญ่ พบว่า ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว เป็นตัวพยากรณ์ความตระหนักในสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของสมองสุริยา หล้าก่ำ และศิราณีย์ อินธรหนองไผ่ (2560) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างการวิจัยมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 7) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์ และปัณณทัต บนบุนทด (2562) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 8) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, และวิภาวี หม้ายพิมาย (2560) ได้ศึกษาทำนายความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแดงอุดตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 9) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต 10) สนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จารีศรี กุลศิริปัญโญ, อรุณ นุรักษ์เข, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัด

สุพรรณบุรี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ไม่ร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านนโยบาย

1.1.1 ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการออกนโยบาย ควรมีนโยบายให้บุคลากรสาธารณสุขเน้นกิจกรรมให้คำแนะนำกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานเกี่ยวกับการรับประทานยา การพบแพทย์ และการสังเกตอาการเตือน

1.1.2 ควรมีนโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน เพราะการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อยกว่าพฤติกรรมด้านอื่น ๆ

1.2 ด้านการปฏิบัติการ

1.2.1 บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นกิจกรรมให้ความรู้ ให้การสนับสนุนเพื่อนบ้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะเรื่องอาการเตือน และด้านอาหาร เพื่อสามารถนำไปให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบของการสร้างเสริม สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข

2.2 ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กมลพรรณ จักรแก้ว. (2561). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *แผนกลยุทธกรมกิจการผูสูงอายุ พ.ศ.2560-2564*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพเทพเพ็ญวานิสย์.

กฤติกาพร ใยโนนตาด. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กลุ่มยุทธศาตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ (2563). *จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559-2562 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอักเสบถุงลมโปร่งพอง)*. สืบค้น 24 มีนาคม 2563, จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติการสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ. (2548). *คู่มือเวชกรรมป้องกัน.* เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรเทคนิค เวชกรรมป้องกัน. กรุงเทพฯ: กองเวชกรรมป้องกันกรมการแพทย์ทหารเรือ.

กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก. (2561). *อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.* สืบค้น 3 มกราคม 2561, จาก https://www.muangaranyik.go.th/index.php

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.

กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: สามลดา.

กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวีนัส ลีฬหกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่าง

การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 40-56.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส.

เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2553). *โรคหลอดเลือดสมอง*. เชียงใหม่: ทรีโอแอดเวอร์ไท ซิ่งแอนด์มีเดีย.

ขวัญฤทัย พันธุ, และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 22(1), 93-107.

จันจิราภรณ์ วิจัย, สายสมร ผลดงนอก, และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์. (2558). *ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง*. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.

จินตนา สงค์ประเสริฐ. (2538). *ผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: ฝ่ายจิตวิทยาโรงพยาบาลสวนปรุง.

จิราวรรณ เจนจบ, และสุพัฒนา คำสอน. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร.* การประชุมวิชาการนเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ.

จุก สุวรรณโณ, และจอม สุวรรณโณ. (2560). การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงและชาย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 23(2), 160-177.

โชฐิรส พลไชยมาตย์, และเสน่ห์ แสงเงิน. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสหวิทยาการจัดการ*, 3(1), 65-70.

ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขศึกษา*, 41(1), 62-75.

ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 51-57.

ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จารีศรี กุลศิริปัญโญ, อรุณ นุรักษ์เข, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 43-44(22), 55-69.

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, และวิภาวี หม้ายพิมาย. (2560). ปัจจัยทำนาย

ความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(2), 23-33.

ณรงค์กร ชัยวงศ์, และปัณณทัต บนบุนทด. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,* 37(2), 6-15.

ทับทิม วงศ์ประยูร, พรทิพย์ คำพอ, และสมศรี เดชะสัจจา. (2551). *การอภิบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2560). *การวิจัยทางสาธารณสุขจากหลักการสู่การปฏิบัติ*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 122-134.

ปรารถนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-231.

ปวิตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, และวีรนุช รอบสันติสุข. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(3), 27-34.

ปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิรินวล, เจษฎากร โนอินทร์, วิมาลา ชโยดม, และอรพินท์ สิงหเดช. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำรดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(1), 211-223.

พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 40-51.

พรรณิภา ภูกองพลอย. (2561). *การพัฒนาวิธีการประมาณค่าข้อมูลสูญหายสำหรับการวัดซ้ำ* (ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

พัชรี เขียวสอาด. (2550). *ปัญหาและความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขต เทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยุทธนา ชนะพันธ์, และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109-119.

ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพิษณุโลก. (2560). *อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก.* สืบค้น 2 กันยายน 2560, จาก http://203. 157. 118.7/chronic/reportmain.php# fragment-5

ราชบัณฑิตยสถาน. (2557). *พจนานุกรมศัพท์ประชากรศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.

รำไพวัลย์ นาครินทร์. (2553). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถานีอนามัย บ้านโพธิ์น้อย ตำบลกระหวัน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก. (2561). *ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก.

วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. (2558). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

วาสนา เหมือนมี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, ชมนาด วรรณพรศิริ, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(2), 156-164.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2541). *การวิจัยเชิงปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, วีณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(0), 573-582.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราการ

ป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้น 8 มกราคม 2563, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์) จังหวัดพิษณุโลก. (2561). *ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน*. พิษณุโลก: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธ์).

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก. (2561). *ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน*. พิษณุโลก: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การทบทวนวรรณกรรม: *สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562*. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย.

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2560). *โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต).* สืบค้น 19 สิงหาคม 2560, จาก https://thaistrokesociety.org/

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2557*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). *ดัชนีพฤฒพลังผู้สูงอายุไทย (Active Ageing Index of Thai Elderly)*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. สืบค้น 9 มกราคม 2561, จาก http://www.plkhealth.go.th/www/news.php?NewsID=3

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองกระทรวง มหาดไทย. (2558). *ระบบสถิติทางการทะเบียน.* สืบค้น 9 มกราคม 2561, จาก http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/ home.php

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2557 (ปีงบประมาณ 2558).* นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

สายฝน เติบสูงเนิน, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2560). ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(5), 482-490.

สาวิตรี พลทวี. (2555). *ลักษณะและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดสิงห์บุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต*

สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ, และสุกัญญา เลาหรัตนาหิรัญ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 75-84.

สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สุปรียา ตันสกุล. (2548). *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สุรเกียรติ อาชานุภาพ. (2551). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

สุริยา หล้าก่ำ, และศิราณีย์ อินธรหนองไผ่. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 9*(2), 85-94.

(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

อารีรัตน์ เปสูงเนิน, นันทวัน สุวรรณรูป, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(1), 40-56.

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2, 336-385.

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*: New York. Behavioral Publicatiems.

DeVellis, R . F. (2012). *Scale Development: Theory and Application*. California, Thousands Oak: Sag Publication lnc.

Gottlieb, B. (1985). *Social support and community mental health*. See Cohen & Syme 1985, 303-26.

Komolafe, M. A., Obembe, A. O., Olaogun, M. O., Adebiyi, A. M., Ugalahi, T., Dada, O., Kanu, A., Adebiyi, O. C., Akilo, F., Ogunkoya, B., & Fawale, B. (2015). Awareness of stroke risk factors and warning signs in Nigerian adolescents compared with adults. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases,* 24(3), 687-693.

Likert, R. (1967). *The Method of Constructing and Attitude Scale*. In Reading in Fishbeic,M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.

Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2016). n4Studies: Sample Size Calculation for an Epide-miological Study on a Smart Device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-170.

Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Duch Journal of Education Research*, 2, 49-60.

Wan, L-H., Zhao, J., Zhang, X-P., Deng, S-F., Li, L., He, S-Z., & Ruan, H-R. (2014). Stroke Prevention Knowledge and Prestroke Health Behaviors Among Hypertensive Stroke Patients in Mainland China. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(2), 1-9.

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6 th ed.)*. New York: John Wiley & Sons.

World Health Organization. (2008). *World health statistics*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *Prevent brain stroke*. Retrieved 29 August 2017 from https://www.who.int/southeastasia/news/detail/29-10-2016-prevent-brain-stroke

World Health Organization. (2017). *Stroke, Cerebrovascular accident*. Retrieved 29

August 2017 from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases*. Retrieved 29 August 2018 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

World Stroke Organization. (2017). *Face the Facts: Stroke is Treatable*. Retrieved 29 August 2017 from https://www.worldstrokecampaign.org/learn.html

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 669/2018
IRB No. 0866/61

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

Study Title : Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among Elderly Risk Group in The Aranyik Town Municipality Mueang Phitsanulok District Phitsanulok Province

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวดวงธิดา โสดาพรม

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2561
2. AF 02-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2561
3. AF 03-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2561
4. AF 04-10 เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
5. AF 05-10 เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2561
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2561
9. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2561
10. ตารางกิจกรรมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2561
11. งบประมาณ เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2561

ลงนาม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวัลย์ ดาตี้)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 14 ธันวาคม 2561
Date of Approval : December 14, 2018
วันหมดอายุ : 14 ธันวาคม 2562
Approval Expire Date : December 14, 2019

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

ขอให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่านตอบคำถามทุกข้อและแสดงความคิดเห็นในการตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านแต่อย่างใด หากมีข้อสงสัยประการใดสามารถซักถามผู้สัมภาษณ์เพิ่มเติมจนกว่าจะเข้าใจ โดยแบบสัมภาษณ์ชุดนี้จะประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่	1	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่	2	ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่	3	ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล	
		การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 7 ข้อ
		การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 6 ข้อ
		การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 6 ข้อ
		การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่	4	แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่	5	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 22 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ส่วนรวมในการส่งเสริมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ต่อไป

นางสาวดวงธิดา โสดาพรม
นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่หน้าข้อความในแต่ละข้อตามความเป็นจริงและกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. เพศ

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่สำเร็จการศึกษา

☐ 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ 4. อนุปริญญา/ปวส.

☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

☐ 1. เกษตรกรรม ☐ 2. รับจ้าง

☐ 3. ค้าขาย/ทำธุรกิจ ☐ 4. ข้าราชการบำนาญ

☐ 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. รายได้ต่อเดือน.....บาท

6. ประวัติโรคประจำตัว

☐ 1. โรคความดันโลหิตสูง ☐ 2. โรคเบาหวาน

☐ 3. โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

7. ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ญาติสายตรง)

☐ 1. มี โปรดระบุ..... ☐ 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยเลือกตอบให้ตรงกับ ความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดและเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน มีสาเหตุมาจากภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดสมอง		
2. หากไม่ได้รับการรักษาอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างทันท่วงทีอาจจะทำให้เสียชีวิตได้		
3. โรคหลอดเลือดสมองทำให้พูดไม่ชัด หรือ พูดลำบาก เห็นภาพพร่ามัวหรือตาข้างหนึ่งมองเห็นได้ลดลงโดยเฉียบพลัน		
4. โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น		
5. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครองครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
6. ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย		
7. ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่		
8. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
9. เมื่อมีอาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า ปากเบี้ยว เดินเซ ปวดศีรษะ น้ำลายไหล ต้องนำส่งโรงพยาบาลภายใน 6 ชั่วโมง		
10. การผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การท่องเที่ยวเต้นรำ ฟังเพลง ฯลฯ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้		
11. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ควรงดรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
12. วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน คือการแกว่งแขนและยืดกล้ามเนื้อ		

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบโดยเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดและเลือกเพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย					
2. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง					
3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน หากไม่มีบิดา มารดาหรือญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่มีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
4. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น					
5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถ					

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น					
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน รับประทานอาหารรสเค็มจัด อาหารรสหวานจัด รวมทั้งขนมหวานจัด จะไม่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
7. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน มีความเครียดเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ๆ จะไม่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้					

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องคำตอบโดยเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดและเลือกเพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตเดินไม่ได้					
2. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า					
4. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล					
5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก					
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง					

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบโดยเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดและเลือกเพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
2. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
3. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด ขนมหวานจัด กะทิและไขมันสูงไม่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
4. การควบคุมอารมณ์ ไม่ให้โมโหง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
5. การงดสูบบุหรี่ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
6. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องคำตอบโดยเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดและเลือกเพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเห็นด้วย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่งได้เนื่องจาก ชอบลืม ไม่มีใครช่วยเตือน					
2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากมีกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ มากให้ทำในแต่ละวัน					
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด รสหวานจัดหรือขนมหวานจัดไม่ได้ เนื่องจากติดรสชาติ					
4. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารลดเค็ม รสหวานไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ทำอาหารเอง					
5. การที่จะไม่ให้วิตกกังวล เครียด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาต่าง ๆ ให้คิดหรือต้องแก้ไข					
6. การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากเป็นการผ่อนคลายความเครียด					
7. ท่านหลีกเลี่ยงดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ไม่ได้ เนื่องจากเพื่อนในกลุ่มชักชวน					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องคำตอบโดยเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดและเลือกเพียงคำตอบเดียว

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนแนะนำจากผู้อื่นมาก
ได้รับบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนแนะนำจากผู้อื่นปานกลาง
ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนแนะนำจากผู้อื่นเลย

ข้อคำถาม	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่ได้รับ
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ 1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการบริโภคอาหารรสเค็ม รสหวาน และอาหารไขมันสูงจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต			
2. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต			
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต			
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต			
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต			
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 6. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสไม่เค็ม ไม่หวาน ไม่มีกะทิ			
7. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากรำข้าว ถั่วเหลือง			
8. ครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล เครียด			
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน 9. เพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง รำไทเก๊ก			
10. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง			
11. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

ข้อคำถาม	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่ได้รับ
12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง			
13. เจ้าหน้าสาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาพบแพทย์ตามนัด			
14. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองให้กับท่าน			

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบโดยเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดและเลือกเพียงคำตอบเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอทุกวัน หรือสัปดาห์ละ 5-7 วัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ หรือสัปดาห์ละ 3-4 วัน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนน้อย หรือสัปดาห์ละ 1-2 วัน
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
การรับประทานยา 1. ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง				
2. ท่านลด/เพิ่มขนาดของยาด้วยตนเอง				
3. ท่านตรวจสอบฉลากยาก่อนใช้ยา				
4. ท่านประเมินอาการข้างเคียงของยา				
5. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด				

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
การออกกำลังกาย 6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที				
7. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 3-5 นาที				
8. ท่านผ่อนคลายยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย 3-5 นาที				
9. ท่านออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬา เช่น ปั่นจักรยาน ชกมวย กระโดดเชือก				
10. ท่านออกกำลังกายโดยทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูพื้น				
11. ท่านออกกำลังกายโดยทำงานในสวน เช่น ขุดดิน ตัดหญ้า กวาดใบไม้				
การควบคุมอาหาร 12. ท่านรับประทานข้าวมื้อละ 2 ทัพพีหรือมากว่า				
13. ท่านงด/หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ต้มข่าไก่ ขนมกล้วยบวชชี ขนมบัวลอย ฯลฯ				
14. ท่านงด/หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ พะโล้ขาหมู				
15. ท่านรับประทานอาหารประเภทของทอดและมัน เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด กล้วยทอด				
16. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเพิ่มจากที่ปรุงแล้วเช่น น้ำปลา น้ำตาล เกลือป่น ฯลฯ				
17. ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัดเช่น ฝรั่ง ชมพู่ แก้วมังกร ส้มเขียวหวาน ฯลฯ				
การจัดการกับความเครียด 18. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะอยู่คนเดียว ไม่คุยกับใคร				
19. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียด				

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
ด้วยการร้องเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านนิตยสาร เต้นรำ นั่งสมาธิ ฯลฯ				
20. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 5 ชั่วโมง				
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 21. ท่านดื่มเครื่องที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ไวน์ เบียร์				
การสูบบุหรี่ 22. ท่านสูบบุหรี่				

ภาคผนวก ค การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

สรุปค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. เพศ	+1	+1	+1	1.00
2. อายุ	+1	+1	+1	1.00
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่สำเร็จการศึกษา	+1	+1	+1	1.00
4. อาชีพ	+1	+1	+1	1.00
5. รายได้ต่อเดือน	+1	+1	+1	1.00
6. ประวัติโรคประจำตัว	+1	+1	+1	1.00
7. ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน มีสาเหตุมาจากภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดสมอง	0	+1	+1	0.67
2. หากไม่ได้รับการรักษาอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างทันท่วงทีอาจจะทำให้เสียชีวิตได้	+1	+1	+1	1.00
3. โรคหลอดเลือดสมองทำให้พูดไม่ชัด หรือ พูดลำบาก เห็นภาพพร่ามัวหรือตาข้างหนึ่งมองเห็นได้ลดลงโดยเฉียบพลัน	0	+1	+1	0.67
4. โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น	+1	+1	+1	1.00
5. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือด	+1	+1	+1	1.00

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
สมองมาก่อนมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครองครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				
6. ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย	+1	+1	+1	1.00
7. ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	+1	+1	+1	1.00
8. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
9. เมื่อมีอาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า ปากเบี้ยว เดินเซ ปวดศีรษะ น้ำลายไหล ต้องนำส่งโรงพยาบาลภายใน 6 ชั่วโมง	+1	+1	+1	1.00
10. การผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การท่องเที่ยวเต้นรำ ฟังเพลง ฯลฯ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00
11. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ควรงดรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
12. วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน คือ การแกว่งแขนและยืดกล้ามเนื้อ	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย	+1	+1	+1	1.00

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
2. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง	+1	+1	+1	1.00
3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน หากไม่มีบิดา มารดาหรือญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะไม่มีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
4. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น	+1	+1	+1	1.00
5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น	+1	+1	+1	1.00
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน รับประทานอาหารรสเค็มจัด อาหารรสหวานจัด รวมทั้งขนมหวานจัด จะไม่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0	+1	+1	0.67
7. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน มีความเครียดเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ๆ จะไม่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	0	+1	+1	0.67

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตเดินไม่ได้	+1	+1	0	0.67
2. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	+1	+1	0	0.67

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า	+1	+1	+1	1.00
4. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล	+1	+1	+1	1.00
5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก	+1	+1	+1	1.00
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00
2. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00
3. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด ขนมหวานจัด กะทิและไขมันสูงไม่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00
4. การควบคุมอารมณ์ ไม่ให้โมโหง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00
5. การงดสูบบุหรี่ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00
6. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ท่านไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่งได้เนื่องจาก ชอบลืม ไม่มีใครช่วยเตือน	+1	+1	+1	1.00
2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากมีกิจวัตรประจำวันอื่น ๆมากให้ทำในแต่ละวัน	+1	+1	+1	1.00
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด รสหวานจัดหรือขนมหวานจัดไม่ได้ เนื่องจากติดรสชาติ	+1	+1	+1	1.00
4. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารลดเค็ม รสหวานไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ทำอาหารเอง	+1	+1	+1	1.00
5. การที่จะไม่ให้วิตกกังวล เครียด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาต่าง ๆ ให้คิดหรือต้องแก้ไข	+1	+1	+1	1.00
6. การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากเป็นการผ่อนคลายความเครียด	+1	+1	+1	1.00
7. ท่านหลีกเลี่ยงดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ไม่ได้ เนื่องจากเพื่อนในกลุ่มชักชวน	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ 1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการบริโภคอาหารรสเค็ม รสหวาน และอาหารไขมันสูงจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	+1	+1	+1	1.00
2. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการเตือนโรค	+1	+1	+1	1.00

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
หลอดเลือดสมองจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์อินเตอร์เน็ต				
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	+1	+1	+1	1.00
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดจากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	+1	+1	+1	1.00
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จากโทรทัศน์ แผนพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	+1	+1	+1	1.00
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 6. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสไม่เค็ม ไม่หวาน ไม่มีกะทิ	+1	+1	+1	1.00
7. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากรำข้าว ถั่วเหลือง	+1	+1	+1	1.00
8. ครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล เครียด	+1	+1	+1	1.00
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน 9. เพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง รำไทเก๊ก	+1	+1	+1	1.00
10. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
11. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง	+1	+1	+1	1.00

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
13. เจ้าหน้าสาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาพบแพทย์ตามนัด	+1	+1	+1	1.00
14. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองให้กับท่าน	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
การรับประทานยา 1. ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง	+1	+1	+1	1.00
2. ท่านลด/เพิ่มขนาดของยาด้วยตนเอง	+1	+1	+1	1.00
3. ท่านตรวจสอบฉลากยาก่อนใช้ยา	+1	+1	+1	1.00
4. ท่านประเมินอาการข้างเคียงของยา	+1	+1	+1	1.00
5. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด	+1	+1	+1	1.00
การออกกำลังกาย 6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	+1	+1	+1	1.00
7. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 3-5 นาที	+1	+1	+1	1.00
8. ท่านผ่อนคลายยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย 3-5 นาที	+1	+1	+1	1.00
9. ท่านออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬา เช่น ปั่นจักรยาน ชกมวย กระโดดเชือก	+1	0	+1	0.67
10. ท่านออกกำลังกายโดยทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูพื้น	+1	+1	+1	1.00
11. ท่านออกกำลังกายโดยทำงานในสวน เช่น ขุดดิน ตัดหญ้า กวาดใบไม้	+1	+1	+1	1.00

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
การควบคุมอาหาร 12. ท่านรับประทานข้าวมื้อละ 2 ทัพพีหรือมากว่า	+1	+1	+1	1.00
13. ท่านงด/หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ต้มข่าไก่ ขนมกล้วยบวชชี ขนมบัวลอย ฯลฯ	+1	+1	+1	1.00
14. ท่านงด/หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ พะโล้ขาหมู	+1	+1	+1	1.00
15. ท่านรับประทานอาหารประเภทของทอดและมัน เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด กล้วยทอด	+1	+1	+1	1.00
16. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเพิ่มจากที่ปรุงแล้วเช่น น้ำปลา น้ำตาล เกลือป่น ฯลฯ	+1	+1	+1	1.00
17. ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัดเช่น ฝรั่ง ชมพู่ แก้วมังกร ส้มเขียวหวาน ฯลฯ	+1	+1	+1	1.00
การจัดการกับความเครียด 18. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะอยู่คนเดียว ไม่คุยกับใคร	+1	+1	+1	1.00
19. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการร้องเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านนิตยสาร เต้นรำ นั่งสมาธิ ฯลฯ	+1	+1	+1	1.00
20. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 5 ชั่วโมง	+1	+1	+1	1.00
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 21. ท่านดื่มเครื่องที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ไวน์ เบียร์	+1	+1	+1	1.00
การสูบบุหรี่ 22. ท่านสูบบุหรี่	+1	+1	+1	1.00

ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน
   อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์
   อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. นางรินดา เจวประเสริฐพันธุ์
   พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก