



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์



สายสุณี เจริญศิลป์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์"
ของ สายสุณี เจริญศิลป์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.อัสนี วันชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ กীরติสิโรจน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิพรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
ผู้วิจัย	สายสุนี เจริญศิลป์
สถานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรพรรณ กীরติสิโรจน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา- มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	ปัจจัย, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35 - 59 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 420 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่า KR-20 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76, 0.878, 0.916 และ 0.850 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = 0.12) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.259$, $p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = 0.184$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = -0.179$, $p < 0.001$) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = 0.171$, $p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.154$, $p = 0.001$) และระยะเวลาที่ป่วย ($\beta = 0.151$, $p < 0.001$)

Title	FACTORS AFFECTINGS STROKE PREVENTION BEHAVIOR IN HYPERTENTION PATIENTS, MUEANG DISTRICT, NAKHON SAWAN PROVINCE
Author	SAISUNEE CHAREONSIN
Advisor	Assistant Professor Orawan Keeratisiroj, Ph.D.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2021
Keywords	Factor, Stroke prevention behaviors, hypertensive patients

ABSTRACT

This predictive research aimed to study behaviors and factors influencing stroke prevention behaviors of hypertensive patients in Muang District, Nakhon Sawan Province. The sample consisted of 420 hypertensive patients who ages ranged 35 - 59 years who enrolled to health promotion hospital in Muang District. Data were collected between December 2020 and February 2021. The tools used for data collection were knowledge, perception, social support questionnaires and stroke prevention behaviors which KR-20 and Alpha Kronbach Coefficients were 0.76, 0.878, 0.916 and 0.850, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple linear regression statistics.

The results showed that stroke prevention behaviors were at a high level ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = 0.12). The factors that predicted the stroke prevention behavior in hypertensive patients at statistically significant level 0.05 including the perceived benefit of stroke prevention behavior ($\beta = 0.259$, $p < 0.001$); warning from family ($\beta = 0.184$, $p < 0.001$); the perceived barriers ($\beta = -0.179$, $p < 0.001$); induction of stroke prevention behavior ($\beta = 0.171$, $p < 0.001$); perceived risk of stroke ($\beta = 0.154$, $p = 0.001$) and duration of illness ($\beta = 0.151$, $p < 0.001$).

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก ผศ. ดร.อรวรรณ กীরติสิโรจน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่ง ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ดร.สุพัฒน์ คำสอน จากมหาวิทยาลัยนเรศวร ดร.วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์ จากศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และดร.สมนึก หงษ์ยิ้ม จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และศูนย์สุขภาพชุมชน ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดียิ่งเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

สายสุณี เจริญศิลป์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุณูปการ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
จุดมุ่งหมายของการวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคความดันโลหิตสูง	12
โรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง.....	24
พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	46
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	65
กรอบแนวคิดการวิจัย	68

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	73
การสร้างเครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	82
บทที่ 4 ผลการวิจัย	83
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	84
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	86
ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ใน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่ง ชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	88
ส่วนที่ 4 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุข การ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ	95
ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมมาพบแพทย์ ตามนัด	98
ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression).....	101
บทที่ 5 บทสรุป	108
สรุปผลการวิจัย	108
อภิปรายผล	110
ข้อเสนอแนะ	120

บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก.....	132
ประวัติผู้วิจัย	153



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	72
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 420)	84
ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง (n = 420)	86
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง จำแนกตามรายข้อ (n=420)	86
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้ โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420).....	88
ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 420)	88
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้ความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)	89
ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 420).....	90
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420).....	91
ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 420).....	91
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้ อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)	92
ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ อุปสรรคของ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 420)	92
ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของสิ่งชักนำที่ ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)	93

ตาราง 14	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 420).....	94
ตาราง 15	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว (n = 420)	95
ตาราง 16	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ (n = 420).....	95
ตาราง 17	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว (n = 420)	96
ตาราง 18	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการได้รับการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)	96
ตาราง 19	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)	97
ตาราง 20	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)	97
ตาราง 21	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำแนกเป็นรายชื่อ (n = 420)	98
ตาราง 22	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	104
ตาราง 23	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ อาชีพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....	105
ตาราง 24	แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 420).....	106
ตาราง 25	แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร	134

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วยตารางสี (Color chart) ในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง กรณีไม่ทราบผลคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด	33
ภาพ 2 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วยตารางสี (Color chart) ในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง กรณีทราบผลคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด	34
ภาพ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	53
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	68



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Stroke Organization, 2017) นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย หากพิจารณาอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนตามเขตสุขภาพในภาคเหนือ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 สูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา เขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 เท่ากับ 79.9, 75.63 และ 60.79 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2561) และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะ

คุณภาพชีวิตและความพิการขั้นรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการเกิดความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อสาร ถึงร้อยละ 70 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้ถึงร้อยละ 30 แม้ผู้ป่วยจะสามารถรักษาตนเองจนหาย แต่พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 25 ในช่วง 5 ปีแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งจะส่งผลให้อัตราความพิการและการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยกว่า ร้อยละ 30-50 อาจเกิดภาวะซึมเศร้า อับอาย หดห้วงกับชีวิต ไม่ยอมพบปะพูดคุยกับผู้อื่น หรือพยายามแยกตัว ออกจากสังคม ตลอดจนการกลายเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลและยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ ยังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านเฉลี่ย 151,428 บาทต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้นเกือบ 3,000 ล้านบาทต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ทั้งนี้ ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกรณีที่ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ หลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้

โรคหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ แบ่งเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของโรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งอายุเพิ่มขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นด้วย (สุภา เกตุสถิต, 2554) เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ (Modifiable risk factors) เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 รองลงมาจากอายุ และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2008 อ้างอิงใน พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2560 พบว่า สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจาก โรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.2 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการป่วยเป็นโรค

ความดันโลหิตสูง อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น โดยโรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นโรคที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน ก็จะทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตตามมา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าปี 2568 จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน และเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปีพ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิง ร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชาย ร้อยละ 25.6 และผู้หญิง ร้อยละ 23.9) และมีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาท ต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (วิชัย เอกพลการ, 2559)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคน จำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่ข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ ซึ่งภาวะที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติเป็นระยะเวลาานานจะเร่งให้ผนังหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองมีการหนาตัว หลอดเลือดแดงตีบแคบจนถึงขั้นอุดตันหรือแตก ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมอง ทำให้

สมองขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ตามมา (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 7 เท่าของคนที่มีความดันปกติ โดยการเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัวหรือทุก 10 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น 2 เท่า (กันยารัตน์ ชูยศกุล, 2554)

จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในเขตสุขภาพที่ 3 ของภาคเหนือ พบว่าพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด (62.7 ต่อ 100,000) รองลงมา คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 (50.6 ต่อ 100,000), และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 (49.8 ต่อ 100,000) ในระหว่างปี 2555 - 2558 นี้ พบจำนวนผู้เสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง, อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง, อัตราตายก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นทุกพื้นที่เขตสุขภาพ สำหรับสัดส่วนการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปีจากโรคหลอดเลือดสมองลดลงทุกในพื้นที่เขตสุขภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และเริ่มลดลงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2559-2563) ลดลงเป็น 15.95, 13.38, 14.48, 13.89, 12.40 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และยังพบว่า ในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2560-2562) เพิ่มขึ้นเป็น 16.01, 16.59, 16.97 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งมีเกณฑ์เกินกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ต้องไม่เกินร้อยละ 7 ซึ่งทางจังหวัดนครสวรรค์ได้มีการขับเคลื่อนโครงการ ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs และมีการขับเคลื่อน ชุมชนลดเค็ม ลดโรค ทั้งทั้งจังหวัด แต่ก็ยังพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาอีกด้วย

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่า เป็นฆาตกรเงียบ (Silent killer) จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีเพียงร้อยละ 20.9 และไม่ทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.9 โดยมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ (วรศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์, 2561) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความ

ดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ทำให้ทุพพลภาพเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว แม้โรคความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลงได้หากควบคุมความดันให้ปกติ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 25 และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 36 (วิศร่า ปันทองกลาง และคณะ, 2561)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันการเกิดโรค ได้ถึงร้อยละ 80 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสามารถกระทำได้ 2 วิธี คือ การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนอกจากสามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตได้แล้ว ยังช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ยังคงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (ปฐญาภรณ์ ลาลูน, 2554) อีกทั้งเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง (อรุณี หล้าเขียว, 2558) ด้านพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) รสเค็มจัด (ปฐญาภรณ์ ลาลูน, 2554; อุไรพร คล้าฉิม, 2554) และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารประเภทผัดและทอด (อุไรพร คล้าฉิม, 2554) ด้านพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (อุไรพร คล้าฉิม, 2554) ครั้งละไม่ถึง 30 นาที (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์, 2559) สูบบุหรี่ และไม่สามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (อุไรพร คล้าฉิม, 2554) รวมถึง ด้านพฤติกรรมกรพบแพทย์ ผู้ป่วยยังคงไม่ไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด (ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์, 2559) ซึ่งหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้ดีขึ้น จะยิ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น แต่ถ้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตั้งแต่มีระดับความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก นอกจาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้แล้ว ยังช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ถึงร้อยละ 40 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้นั้น จำเป็นต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยเหตุสำคัญที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง

ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นแรงจูงใจที่ช่วยปลุกเร้าให้ตนเองนั้นเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Maiman, & Becker, 1974) ได้กล่าวว่า ความเชื่อนั้น จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค คือ เมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) และรับรู้ความรุนแรง ของโรค (Perceived severity) ที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ก็จะทำให้เกิดแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงไม่ให้เกิดโรค และบุคคลนั้นจะมี โอกาสปฏิบัติพฤติกรรมได้มากขึ้นหากเกิดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) มากกว่าผลเสียหรือมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barriers) ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาหรืออุปสรรค 5 ต่าง ๆ ขัดขวางน้อย นอกจากนี้ บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหากได้รับสิ่งกระตุ้นจำเป็นใน กระบวนการตัดสินใจหรือเรียกว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งที่กระตุ้น และร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งประกอบไปด้วย การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากรสาธารณสุข จากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะร่วมกันเป็นแรงจูงใจให้เกิด การแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเหตุอื่นๆ ได้แก่ เพศ (ปรารธนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย, 2560) อายุ (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556; พิชามญชุ์ คำแพรวดี, และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2558) ระดับการศึกษา (ปรารธนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย, 2560) สถานภาพสมรส (พิชามญชุ์ คำแพรวดี, และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2558; สุริยา หล้าก่า, 2560) อาชีพ (ณัฐกร นิลเนตร, ชันัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2561) รายได้ (รุ่งอรุณ จันทร์น้อย, 2555; สุริยา หล้าก่า, 2560) ระยะเวลาที่ป่วย (กฤษฎา จอดนอก, และณิตชาธร ภาโนมัย, 2563; วาสนา เหมือนมี, 2557) และความรู้เกี่ยวกับโรค (ดวงธิดา โสดาพรม, 2563; นพดล คำภิโล, 2559) ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเหตุสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคตลอดเลื้อยตมอง จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่บุคคลเกิดการรับรู้ มีความเชื่อด้านสุขภาพ และมีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับปัจจัยเหตุอื่นๆ ดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้

จากสถานการณ์ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแล แก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลายตัวแปร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Maiman, & Becker, 1974) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการมารับการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โลหิตสูง

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ป่วย มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

4. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 11,835 คน ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 35-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประเมินระดับความดันโลหิตแล้วพบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทและเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน เกิดแรงดันหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นหรือมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะต่างๆ ลดลง ซึ่งพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความจำ ความรู้รอบตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา, และการมาตรวจตามนัด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี หรือมีการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น หรือมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

การรับรู้ในความรุนแรงของพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อผลของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าเกิดแล้วจะความรุนแรง ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิตและการดำรงชีวิตอยู่ของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการกำบังโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับเมื่อแสดงพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง โดยบุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิด

โรค สามารถควบคุมโรค รวมทั้ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง และผลรวมจากการได้รับคำแนะนำ จากการกระตุ้นเตือนของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการแสดงพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากรสาธารณสุข จากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุข หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุขในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัด โดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัด

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้ชม หรือฟัง เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์ หรือสื่อสาธารณะอื่นๆ ที่มีเจตนาให้ผู้ป่วยได้รับข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 แนวทางป้องกันและรักษา
2. โรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.5 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.6 แนวทางป้องกันและรักษา
 - 2.7 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 แนวคิดความรู้
 - 4.2 แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามสุขภาพของประชากรทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้มีอาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และยังเพิ่มโอกาสในการนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนร้ายแรงต่างๆ ตามมา อันจะส่งผลที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) เป็นแรงดันเลือดบริเวณผนังของหลอดเลือดแดงเกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว เพื่อสูบฉีดเลือดแดงที่มีออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายทางหลอดเลือดแดงใหญ่ หลอดเลือดแดงเล็ก รวมไปถึงหลอดเลือดแดงฝอย ส่งต่อไปสู่ระบบหลอดเลือดดำเล็กและหลอดเลือดดำใหญ่ จากนั้นนำกลับไปยังหัวใจห้องบนขวา ก่อนที่จะเริ่มสูบฉีดเลือดใหม่อีกครั้งต่อไป (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยในแต่ละครั้งที่หัวใจมีการบีบตัวและคลายตัว ทำให้เกิดค่าความดันโลหิต 2 ค่า ดังนี้

1. ค่าความดันสูงสุดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจบีบตัว หรือค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) เป็นค่าของแรงดันเลือดสูงสุดขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายเกิดการหดตัวเพื่อบีบให้เลือดแดงออกมาตามเส้นเลือดแดง แล้วนำเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ที่ร่างกาย โดยความดันโลหิตตัวบนมีค่าปกติอยู่ระหว่าง 110-120 มิลลิเมตรปรอท

2. ค่าความดันต่ำในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจคลายตัว หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) เป็นค่าของแรงดันเลือดต่ำสุดขณะที่หัวใจมีการคลายตัวเพื่อรับเลือดดำที่ส่งกลับมาจากอวัยวะต่างๆ ที่ร่างกาย โดยค่าความดันโลหิตตัวล่างมีค่าปกติอยู่ระหว่าง 60-80 มิลลิเมตรปรอท

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ให้ความหมายว่า ความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

โดยสรุป ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันเลือดที่ในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic pressure: SBP) โดยที่ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าผู้ป่วยเหล่านั้นเป็น โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถจำแนกเป็น 4 ประเภท ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee 7-Complete Version, 2003) ได้กำหนดไว้ ดังนี้

1. ปกติ (Normal) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2. ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Stage 1 Hypertension) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140 - 159 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

4. ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Stage 2 Hypertension) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

สรุปได้ว่า ความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 4 ประเภท ในส่วนของงานวิจัยนี้เลือกใช้ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 จึงจะถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Primary or Idiopathic Hypertension) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (นิชาภัทร วัตบุญเลี้ยง, 2561) จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยสามารถแบ่งชนิดของโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) ความดันโลหิตสูงที่พบส่วนมากเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความดันโลหิตชนิดนี้ มักไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดแต่มีปัจจัยเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน ความเครียด อาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดของสาเหตุการเกิดโรคได้ ดังนี้

สำหรับปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แบ่งได้ 2 ประการ คือ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Wilstrand, 1987 อ้างอิงใน เมตตา ธีระนิธิ, 2549) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ ประวัติครอบครัว เพศ อายุ และเชื้อชาติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 ประวัติครอบครัว การถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ชัดเจน เข้าใจว่ามีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันมากกว่า (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553) แต่ความเชื่อที่ว่า

กรรมพันธุ์ มีอิทธิพลในการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงมีมานานแล้วและได้มีผู้พยายามศึกษาทั้งในสัตว์ทดลองและคนอย่างมากมาย พอสรุปได้ว่า กรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงได้ มีผู้รายงานโอกาสที่เด็กซึ่งมีสายเลือดเดียวกันเกิดโรคความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าเด็กที่ขอมาเลี้ยงไว้ในครอบครัวที่มีโรคความดันโลหิตสูง บุคคลในครอบครัวเดียวกันมัก จะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน ไม่พบความสัมพันธ์กันระหว่างโรคความดันโลหิตสูงของบุตรบุญธรรมและพ่อแม่บุญธรรม อย่างไรก็ตามอิทธิพลของพันธุกรรมนี้ ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัดว่าเป็นไปตามกฎของเมนเดล (Mendelian Dominant Inheritance) เข้าใจว่าคงมีอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ แฝงเข้ามาด้วย เช่น การเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุ อาชีพ ขนาดของครอบครัว การออกกำลังกาย ความอ้วน ความเค็มในอาหาร ซึ่งล้วนแต่เป็นอิทธิพลที่สำคัญที่อาจเสริมพันธุกรรมอยู่ด้วย

1.1.2 เพศ เพศชายมักจะมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) นอกจากนี้ เพศชายจะมีอัตราการตายหรือความพิการจากโรคหลอดเลือดและสมองมากกว่าเพศหญิง แต่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาดีกว่า ส่วนเพศหญิงมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเผชิญภาวะวิกฤต เป็นต้น

1.1.3 อายุ พบว่า อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะเกิดการแข็งตัวจากกระบวนการเสื่อมของร่างกาย ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มักจะมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และยังพบว่าการพยากรณ์โรคไม่ดี ในผู้ป่วยความดันโลหิตที่เป็นหนุ่มสาว (วริศรา บันทองกลาง และคณะ, 2561)

1.1.4 เชื้อชาติ อัตราการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่ำสุดในผู้หญิง ผิวขาว คือ ร้อยละ 4.7 ตามด้วยผู้ชายผิวขาว ร้อยละ 6.3 ผู้ชายผิวดำ ร้อยละ 22.5 และสูงสุดในผู้หญิงผิวดำ คือ ร้อยละ 29.3 สาเหตุที่ทำให้ความชุกของโรคพบมากในคนผิวดำนั้นไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการมีระดับเรนินที่ต่ำลง (ณิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1.2.1 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic Risk Factors)

ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต คือ ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และในขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลงความดัน

โลหิตก็ลดลงด้วย มีการศึกษาความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง พบว่า ประมาณร้อยละ 46 ของ คนอ้วนจะพบความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังพบว่า ในผู้ป่วยที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็น ครั้งแรกประมาณร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากความอ้วน (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) น้ำหนักตัว มีผลต่อความดันโลหิตแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ เชื้อชาติ

จากการสำรวจสุขภาพของชาวอเมริกัน พบว่า ผู้หญิงที่อ้วนจะมี โอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วน 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายอ้วนมีความเสี่ยง เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วนและผู้ชายที่อ้วนจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิต สูงมากกว่าผู้หญิง (ณิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านอาหาร (Dietary Risk Factors)

การได้รับอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับอัตรา อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ชนิดของอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ

1) การบริโภคเกลือ ชนิดของเกลือที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต คือ โซเดียม โปแตสเซียม แคลเซียม และแมกนีเซียม การรับประทานเกลือโซเดียมมากเกินไปเกินความ ต้องการ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ การเพิ่มขึ้นของโซเดียมในเซลล์สามารถยับยั้งการ แลกเปลี่ยนโซเดียมและแคลเซียม เป็นสาเหตุให้เกิดการสะสมแคลเซียมในหลอดเลือดและระบบ กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) เพิ่มขึ้น และเพิ่มความ ต้านทานของหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2553)

2) การได้รับแคลเซียมของร่างกาย แคลเซียมนอกจากจะช่วยลด ความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูง ปริมาณที่ร่างกายควรได้รับคือ 1,500 - 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน จากการศึกษาวิจัยทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า ระดับแคลเซียมที่ลดลงจะสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) และ หากรับประทานแคลเซียมในปริมาณที่น้อยร่วมกับการรับประทานอาหารเค็มจะเสริมให้ระดับ ความดันโลหิตสูงขึ้น (ณิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

3) การได้รับโปแตสเซียม (Potassium) เมื่อได้รับโปแตสเซียมเข้าสู่ ระบบหลอดเลือด จะมีผลขยายหลอดเลือดโดยตรง และระงับการหลั่งเรนิน แองจิโอเทนซิน ลด การหลั่งอะดรีเนอร์จิกโทน (Adrenergic tone) กระตุ้นกระบวนการโซเดียมและโปแตสเซียมปั๊ม (Sodium-potassium pump) การขาดโปแตสเซียมทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงได้ ดังนั้น การบริโภค โปแตสเซียมอย่างเพียงพอจากผักและผลไม้ สามารถช่วยป้องกันความดันโลหิตสูงได้ (ณิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

4) อาหารที่มีไขมัน การรับประทานอาหารที่มีไขมันประเภทอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ทำให้มีการสะสมของไขมันในเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดได้น้อยและเกิดความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากน้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัว เมื่อรับประทานจะมีผลต่อการขจัดไขมันของไตและทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (มันทนา ประทีปะเสน, และวงเดือน บันดี, 2542)

5) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

5.1) ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ ผลแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิตยังไม่ชัดเจน แต่จากแนวทางการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของ Joint National Committee 7-Complete Version (2003) แนะนำว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้วต่อวันในผู้ชายและ ไม่เกิน 1 แก้วต่อวันในผู้หญิงและคนน้ำหนักน้อย (1 แก้วเทียบเท่า 44 มล.ของสุรา 355 มล. ของเบียร์ หรือ 148 มล.ของเหล้าอุ่น) เนื่องจากแอลกอฮอล์ปริมาณมากมีผลต่อการรักษา หรือควบคุมความดันโลหิต และส่งผลกระทบต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ประสิทธิภาพลดลง โดยสามารถลดระดับความดันซิสโตลิกได้ ประมาณ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee 7-Complete Version, 2003)

5.1) การออกกำลังกายเป็นประจำ จะทำให้ความดันโลหิตลดลง การออกกำลังกายช่วยลดความดันโลหิตประมาณ 3/2 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และลดได้โดยเฉลี่ยประมาณ 7/6 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจะมีผลอยู่ยาวนานประมาณ 22 ชั่วโมงหลังการออกกำลังกาย (เนติมา คูณีย์, 2555)

5.2) ความเครียด ความเครียดก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบความดันโลหิต เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนสองตัวที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยตรงคือ อะดรีนาลีน และคอร์ติซอล ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะไปเพิ่มความดันเลือดในร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำให้ผนังหลอดเลือดหดเกร็งขึ้นด้วย การกระทำสองทางนี้ เร่งให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

5.3) การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและเรื่องการป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายปล่อย สารคาทีคอลลามีน (Catecholamine) เข้าสู่ร่างกายมากขึ้นทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงทำให้หลอดเลือดตีบตัน มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึง 25 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 2-3 วินาที หลังจากสูดควันบุหรี่เข้าไปหนึ่งครั้ง การสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (วรศรา ปันทองกลาง และคณะ, 2561)

2. ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เรียกว่า ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) พบได้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ และสามารถรักษาให้หายได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) สาเหตุของโรคเกิดจากสิ่งต่างๆ ดังนี้

2.1 ความดันโลหิตสูงจากไต เช่น ไตอักเสบ ไตวายเรื้อรัง

2.2 ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากหลอดเลือดไต คือ หลอดเลือดแดงของไตมีการตีบตัน ซึ่งการตีบตันของหลอดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดงของไตแข็งตัว หลอดเลือดอักเสบ หลอดเลือดผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ซึ่งไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น สาเหตุเหล่านี้เมื่อรักษาโดยการผ่าตัดแล้วความดันโลหิตสูงก็จะหายไป

2.3 ความดันโลหิตสูงเกิดจากฮอร์โมน เป็นความผิดปกติของฮอร์โมนที่หลั่งออกจากอวัยวะภายในต่างๆ เช่น ต่อมหมวกไต และโรค Cushing' s Syndrome

2.4 ความดันโลหิตสูงจากหลอดเลือดหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว หลอดเลือดแดงใหญ่หดตัว

2.5 ความดันโลหิตสูงจากประสาท เนื่องจากประสาทส่วนกลางผิดปกติ เช่น ฝีในสมอง สมองอักเสบ สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดแรก คือโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านสรีระวิทยา และปัจจัยด้านอาหาร ชนิดที่สองคือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เกิดจากภาวะไตวาย เกิดจากหลอดเลือดไตตีบตัน เกิดจากฮอร์โมนที่หลั่งออกมาจากต่อมหมวกไต เกิดจากหลอดเลือดหัวใจและเกิดจากประสาทส่วนกลางผิดปกติ

3. อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจจะพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกันคือ

กรณีที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก

กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ หลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวาย ถึงร้อยละ 60 - 75 เสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตก ร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังร้อยละ 5 - 10 ดังนั้น เมื่อเกิดอาการผิดปกติ จึงควรปรึกษาแพทย์ เพราะถ้าพบภาวะความดันโลหิตสูงมาก จะได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้องและทันที่ซึ่งเมื่อความดันโลหิตลดลงมาเป็นปกติ อาการดังกล่าวข้างต้นก็จะหายไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

การดำเนินโรคของภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา จะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มากขึ้น เข้าสู่ความรุนแรงของโรคมากยิ่งขึ้นเป็นระยะตามลำดับ ดังนี้

1. ระยะ Pre-hypertension วัยเฉลี่ยของกลุ่มนี้อยู่ประมาณ 10 - 30 ปี มีลักษณะที่สำคัญคือ มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ในระดับปกติ และมี cardiac output เพิ่มขึ้น พบว่า ในเด็กที่มีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงและถ้าเป็นในช่วงอายุ 20 - 30 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้กลุ่มบุคคลปกติที่มีความดันโลหิตปกติ หรืออยู่ในเกณฑ์กำกึ่ง ถ้าทำ exercise test แล้วมี การตอบสนองต่อการทดสอบ แสดงว่ามีความดันโลหิตสูง (hypertension response) ก็อาจทำนายว่าในอนาคตอาจเกิด sustained hypertension ได้

2. ระยะ Early hypertension เป็นช่วงอายุ ต่อเนื่องจากระยะ pre-hypertension อาจพบได้อายุประมาณ 40 ปี มีลักษณะสำคัญคือ ความดันโลหิตสูงและมีความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ อาจมีความดันโลหิตกลับเข้าสู่สภาวะปกติ หรือกลายเป็นความดันโลหิตที่รุนแรง ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1

3. ระยะ Established hypertension เป็นช่วงของการดำเนินโรคในระยะต่อมา ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาใดๆ เป็นเวลา 7 - 10 ปี จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของหลอดเลือดอย่างรวดเร็วจนเกิดภาวะแทรกซ้อนประมาณร้อยละ 30 และพบว่าส่วนใหญ่เกินร้อยละ 50 ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมของอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดแดง สมอง ตา และไต

4. ระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า เมื่อวัยสูงขึ้นประมาณ 40 - 60 ปี และความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับ

อวัยวะสำคัญ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เกิด cerebral hemorrhage encephalopathy ตาเกิด flame-shaped hemorrhages

4. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่นานและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและรูเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญเสื่อม ได้แก่ (นิชมัทธ วัตบุญเลี้ยง, 2561)

1. หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ มีอาการบวมที่ข้อเท้า ถ้ารุนแรงมากจะมีอาการไอรุนแรง เสมหะเป็นฟอง ตัวเขียวริมฝีปากเขียว ใจสั่น กระสับกระส่าย ถ้าหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบตันก็จะทำให้หัวใจขาดเลือดจนกระทั่งเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งผู้ป่วยจะมี อาการเจ็บหน้าอกหรือจุกแน่นตรงกลางหน้าอกหรือยอดอก มักจะเจ็บร้าวมาที่ไหล่ซ้าย ด้านในของแขนซ้าย บางคนอาจร้าวมาที่คอ ขากรรไกร หลังหรือแขนขวา

2. สมอง จะเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแตก จะกลายเป็นอัมพาตครึ่งซีก ถ้ามีเส้นเลือดโลหิตฝอยในสมองส่วนสำคัญแตก ก็อาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว จะมีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชีพ สับสน ชัก และอาจหมดสติได้

3. ไต จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงที่ไตเกิดภาวะเสื่อม รูหลอดเลือดตีบ หรือแคบลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่ไตไม่เพียงพอ การทำงานของไตเสื่อมลง ถ้าเสื่อมลงมาก อาจเกิดภาวะไตวาย มีการคั่งของของเสียเป็นพิษต่อร่างกายทำให้เสียชีวิตได้

4. จอรับภavnัยน์ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยง จอรับภาพแข็งตัวและตีบลง อาจมีเลือดออกที่จอรับภาพ ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวเรื่อยๆ จนบอดได้ ซึ่งจะอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้ามีความดันโลหิตสูงมากและสูงเป็นเวลานาน ก็จะมีอาการแทรกซ้อนจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นการควบคุมและการรักษาความดันโลหิตให้ลดลงจนเป็นปกติจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

5. แนวทางป้องกันและรักษา

5.1 การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

5.1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือ ไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง โดยอาจตั้งเป้าหมายการลดน้ำหนักในระยะสั้นให้ได้ประมาณ 1 กิโลกรัม ต่อ สัปดาห์ และในระยะยาวประมาณร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว จะมีประสิทธิภาพในการลดค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) ได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัวลง 10 กิโลกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

5.1.2 การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย และแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับ โปแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตรา การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของผลิตภัณฑ์เสริม อาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จากแพทย์หรือนักกำหนดอาหาร ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาสวง, ชะเอมเทศ, ชะเอม, ส้มขม, โยฮิมบี เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

5.1.3 การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350 – 500 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก. (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

5.1.4 การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที

การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้อาจได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1. SBP ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มม.ปรอทขึ้นไป
2. มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย
3. โรคหัวใจล้มเหลว
4. มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
5. มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
6. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ
7. มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

5.1.5 การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือ ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

5.1.6 การเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

5.2 การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

5.2.1 การรักษาด้วยยา ปัจจุบันมียาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงหลายชนิด โดยแต่ละชนิดมีข้อดีข้อเสีย และประสิทธิภาพแตกต่างกันออกไป ในระยะแรกของการให้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines on the treatment of hypertension) ให้คำแนะนำว่า การให้ยาควรประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตและโรคเบาหวานร่วมด้วยจากนั้นจึงวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ณิชาภัทร วัตบุญเลี้ยง, 2561)

จากยาในกลุ่มต่างๆ นี้ แพทย์จะเลือกยาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย มีข้อที่ควรทราบ คือ ยาขับปัสสาวะทำให้ผู้ที่รับประทานยานั้นเข้าห้องน้ำบ่อยกว่าปกติเพราะยาขับปัสสาวะมีฤทธิ์ ขับน้ำออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรเลือดในหลอดเลือดลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง ขนาดยาโดยทั่วไป คือ รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยบางรายก็จำเป็นต้องรับประทานวันละ 2 ครั้ง ในกรณีหลังนี้ให้รับประทานยาหลังอาหารเช้าและเที่ยง ห้ามรับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน เพราะจะทำให้ปวดปัสสาวะตอนกลางคืน และต้องลุกมาเข้าห้องน้ำตลอดคืน ยาลดความดันโลหิตอีกกลุ่มหนึ่งที่ใช้กันบ่อยคือ ยาเอซีอีอินฮิบิเตอร์ (ACE inhibitors) ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzymes) เช่น อีนาลาพริล (enalapril) ไลซิโนพริล (lisinopril) และรามิพริล (ramipril) (บุษบา จินดาวงษ์, 2556) อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่ก่อความรำคาญแก่ผู้ใช้ยา คือ อาการไอแห้งๆ ได้ ซึ่งไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใดและไม่ใช่อาการแพ้ยา อาการนี้ อาจทำให้รู้สึกรำคาญ ซึ่งสามารถบรรเทาได้ด้วยการหมั่นจิบน้ำหรือรับประทานยาชนิดที่ทำให้ชุ่มคอร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ แต่ในกรณีที่อาการเป็นมากจนรบกวนคุณภาพชีวิตอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนยา แต่ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาด้วยตนเอง ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยบางรายใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียวก็ลดความดันโลหิตได้ดีและสามารถควบคุมให้มีค่า

อยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยา 2 ชนิดหรือมากกว่านั้น ความดันโลหิตจึงจะลดลงมาอยู่ในระดับที่พอใจ ในกรณีนี้ผู้ป่วยมักจะได้รับยามื้อละหลายเม็ด อาจรู้สึกเบื่อและหยุดยาเพราะเบื่อที่จะรับประทานยาทุกวันหรือเพราะคิดว่าไม่มีอาการผิดปกติ การหยุดยาจะเป็นผลเสียเพราะทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นมาอีกและอาจสูงมากจนหลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ตามมาได้ ข้อสำคัญในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดี ก็คือจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องกันทุกวันและรับประทานยาตรงเวลา หากลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้จะรับประทานยามื้อต่อไปให้รับประทานยาของมื้อนั้นก็พอและห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า มิฉะนั้นความดันโลหิตจะลดต่ำลงอย่างมากเกิดอาการหน้ามืดล้มลงหมดสติ เป็นอันตรายได้ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปเป็นยาเม็ดที่ปลดปล่อยตัวยาแบบปกติ ซึ่งรับประทานวันละครั้งเดียว นอกจากนี้ก็เป็นยาเม็ดที่ออกแบบเป็นพิเศษให้ค่อยๆ ปลดปล่อยตัวยาออกมา เพื่อให้ออกฤทธิ์ได้ยาวนานและลดจำนวนครั้งของการรับประทานยาได้เหลือเพียงรับประทานวันละ 1-2 ครั้ง ยาเม็ดที่ออกแบบเป็นพิเศษนี้ มักมีขนาดโตกว่าปกติทำให้กลืนยาได้ลำบาก แต่แม้ว่ายาจะเม็ดใหญ่ก็ห้ามบดเคี้ยวหรือหักเม็ดเพราะจะทำให้รูปแบบยาที่ออกแบบเป็นพิเศษนั้นเสียไปที่ อันตรายก็คือ หากเคี้ยวหรือบดยาแล้วกลืนยาลงไป จะได้ตัวยาเข้าร่างกายในปริมาณสูงมากภายในการกลืนยาครั้งเดียวแทนที่ตัวยาจะค่อยๆ ออกมาทีละน้อยฤทธิ์ยา ก็จะสูงมากและความดันโลหิตจะตกลงอย่างมากจนอาจทำให้หน้ามืดล้มลงและหมดสติได้ (ณิชากัทธ วัตบุญเลี้ยง, 2561)

5.2.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ในการป้องกันความดันโลหิตสูงการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันให้สามารถป้องกันความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคอื่นๆ ให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุด การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจะรวมถึงการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องลดการรับประทานอาหารเค็ม นั่นคือ ปริมาณเกลือต้องไม่เกิน วันละ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกินวันละ 3 - 4 ช้อนชา หากอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ก็ต้องลดความอ้วน ซึ่งหากต้องการใช้วิธีออกกำลังกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ก็ตาม ควรทำแต่พอประมาณให้มีเหงื่อออกไม่หักโหม ออกกำลังกายประมาณครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำชา กาแฟ หยุดดื่มเหล้า หยุดสูบบุหรี่ รวมทั้งทำจิตใจให้สบายไม่เครียด การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ณิชาภัทร วัตบุญเลี้ยง, 2561)

โรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease: CVD, Cerebrovascular accident: CVA) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นภัยคุกคามสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ไม่เพียงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต แต่ยังนำมาซึ่งความพิการและทุพพลภาพ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล รวมไปถึงค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่รัฐจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ แต่อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒน์ คำสอน, 2562)

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (World Health Organization, 2008) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงแสดงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต แต่ National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงถาวรก็ได้ ซึ่งจะเห็นว่าคำจำกัดความของ National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ครอบคลุมภาวะ Transient Ischemic Attack (TIA) คือได้รวมถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมงไว้ด้วย

2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมอง เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยจะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ประเภท ได้แก่

1.1 Ischemic Stroke เป็น “ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน” หรือ “ภาวะสมองขาดเลือด” พบได้ประมาณ 80% ของโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในจนหนาแน่น แข็ง ขาดความยืดหยุ่น ทำให้รูของหลอดเลือดค่อยๆ ตีบแคบลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการลำเลียงเลือดลดลง หรืออาจเกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ หรือการปริแตกของผนังหลอดเลือดหลุดมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง

1.2 Hemorrhagic Stroke เป็น “ภาวะหลอดเลือดสมองแตก” หรือ “ภาวะเลือดออกในสมอง” ส่งผลให้เซลล์สมองได้รับบาดเจ็บจากการมีเลือดคั่งในเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองตายมักพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดมีความเปราะและโป่งพอง และสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ภาวะโป่งพองของหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคเลือด โรคตับ การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การได้รับสารพิษ การใช้สารเสพติด เป็นต้น

1.3 Transient ischemic attack (TIA) เป็น “ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว” มีอาการคล้ายโรคสมองขาดเลือด แต่มีอาการชั่วคราวมักเป็นไม่เกิน 24 ชั่วโมง ประมาณ 15% ของผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว จะมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตามมาจึงถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพราะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

2. โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทางคลินิก

2.1 TIA (Transient Ischemic Attack) หรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เกิดจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ชั่วคราว หรือเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงสมองในชั่วขณะ ซึ่งส่งผลให้สมองขาดสารอาหารและออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง แต่ต่างกันตรงที่ TIA จะผิดปกตินานประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง โดยทุกคนจะหายปกติภายในระยะเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง และมักไม่ทำให้สมองเกิดความเสียหายอย่างถาวร อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้อาจเป็นสัญญาณเตือนก่อนเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันได้ อาการของ TIA ขึ้นอยู่กับบริเวณสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาเป็นเหน็บทรงตัวลำบาก หรือเป็นอัมพาตครึ่งซีกบริเวณใบหน้าและแขนขา พูดไม่รู้เรื่อง พูดลำบาก มองเห็นภาพซ้อน ตาบอดข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง เวียนศีรษะหรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง ไม่มีสติ สับสน ความจำเสื่อมชั่วคราว บุคลิกภาพเปลี่ยนไป

2.2 Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND) เป็นภาวะคล้าย TIA แต่มีความผิดปกติเกิดขึ้นเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงแต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้เนื่องจากสมองขาดเลือดเป็นบริเวณเล็กๆ ในเนื้อที่อยู่ลึกลงไปโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ภาวะนี้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (วาสนา เหมือนมี, 2557)

2.3 Stroke in Evolution (SIE) หรือ Progressive stroke เป็นภาวะที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ กล่าวคือเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ขึ้นไป เกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ขยายตัว อุดตันหรือสกัดกั้นการไหลเวียนของเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ มีผลให้สมองบวม สมองขยับ

เคลื่อน หรือมีพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10-20 ใน 2-3 สัปดาห์แรก

2.4 Complete stroke เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่มีอาการแสดงของโรค เป็นอยู่นานกว่า 24-72 ชั่วโมง หรือโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่ไม่มากขึ้น แต่จะต้องสังเกตอาการอย่างน้อย 2-7 วัน หลังจากโรคมีอาการคงที่แล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพ (วาสนา เหมือนมี, 2557)

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) แล้วทำให้เกิดการอุดตันโดยตรงหรือเกิดจากการมีการปริแตกของผนังหลอดเลือดที่หนาตัว (atherosclerotic plaque) แล้วทำให้เกิดลิ่มเลือดมาเกาะทำให้เกิดการอุดตันหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแล้วทำให้มีลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมองตามมา ดังนั้นปัจจัยที่ก่อให้เกิด atherosclerosis จึงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น เป็นปัจจัยไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในขณะที่ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือด เบาหวาน และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่หากควบคุมได้ดีจะมีผลลดอัตราการเกิดซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญจาก 2 สาเหตุหลัก ดังนี้ (บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒน์ คำสอน, 2562)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้ ได้แก่

1.1 อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของโรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดก็จะเกิดการเสื่อม โดยผิวชั้นในของหลอดเลือดจะหนาและแข็งตัวขึ้นจากการที่มีไขมันและหินปูนมาเกาะ ทำให้อายุของหลอดเลือดที่เลือดไหลผ่านแคบลง ส่งผลให้ระดับความดันเลือดเพิ่มสูงมากขึ้น (เยาวลักษณ์ วงศ์ชาญศรี, 2550) โดยเฉพาะในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป จะพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในทุกๆ 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (สุภา เกตุสถิต, 2554)

1.2 เพศ เกือบทุกช่วงอายุของเพศชาย มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ถึงร้อยละ 44-76 นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่เมื่อเข้าสู่วัยทองกลับ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1.3 พันธุกรรม บุคคลที่มีบิดา หรือมารดา หรือญาติสายตรงในครอบครัว มีประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าคนปกติ โดยบุคคลที่มีประวัติบิดาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 24 เท่า และบุคคลที่มีประวัติมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 1.4 เท่า (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560)

1.4 เชื้อชาติ ชนผิวดำ จะมีอัตราการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าชนผิวขาว ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยพบว่า ชนผิวขาวจะพบการเกิดหลอดเลือดตีบบริเวณหลอดเลือดคาโรติดได้บ่อย นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มชนชาติเอเชียพบการตีบบริเวณหลอดเลือดสมองได้บ่อย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

2.1 โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับที่ 2 รองลงมาจากอายุ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2008 อ้างอิงใน พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงสมองสูญเสียความยืดหยุ่นและตีบแคบ ก่อให้เกิดการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกและอาจทำให้หลอดเลือดบางส่วนเกิดการแตก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองตามมา จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับความดันตัวบนระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และหรือมีระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4.9 เท่าของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ ผู้ที่มีระดับความดันตัวบนระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอท และหรือมีระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 100-109 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 11.6 เท่าของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ และผู้ที่มีระดับความดันตัวบนมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และหรือมีระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 109 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 28.8 เท่าของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ (ณรงค์เดช เวชกามา, 2557)

2.2 โรคเบาหวาน แม้ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรง แต่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลา 12 ปี จะมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกัน (สุทัตสา ทิจะยัง, 2557)

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดจะมีไขมันสะสมอยู่บริเวณผนังหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองจนเกิดการอุดตัน เกิดการขัดขวางการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงที่สมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีไขมันเลว (Low Density Lipoprotein: LDL) สะสมอยู่จำนวนมาก จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2.4 โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ โดยในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่หากผู้ป่วยมีอาการหัวใจเต้นสั่นพักร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic heart disease) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติสูงถึง 17 เท่า (สุทิสสา ทิจะยัง, 2557)

2.5 หลอดเลือดคอโรติดที่บริเวณคอตีบ โดยที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic carotid artery stenosis) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือด ร้อยละ 1.3 ในขณะที่ผู้ที่มีอาการตีบของหลอดเลือด มากกว่าร้อยละ 75 จะมีความเสี่ยง ถึงร้อยละ 3.3 โดยผู้ที่มีหลอดเลือดคอโรติดตีบมากกว่า ร้อยละ 75 มีความเสี่ยง ถึงร้อยละ 10.5 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

2.6 โรคอ้วน หรือภาวะอ้วนลงพุง โดยปกติดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ควรมีค่าระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) แต่เพศชายที่มีขนาดรอบเอวและรอบสะโพกมากกว่าปกติหรือมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีความรอบเอวและรอบสะโพกปกติ ในกลุ่มอายุเดียวกันถึง 2.3 เท่า และพบว่า ผู้หญิงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 11 กิโลกรัม แต่ไม่ถึง 20 กิโลกรัม จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.7 เท่า ของบุคคลที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กิโลกรัม และถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินกว่า 20 กิโลกรัมขึ้นไป จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า ของบุคคลที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กิโลกรัม ซึ่งอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีภาวะอ้วนมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นด้วย (สุภา เกตุสถิต, 2554)

2.7 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีการสูดดมสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์เข้าไปในปอด ทำให้ปริมาณออกซิเจนลดลง เป็นตัวทำลายผนังหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

และการสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 3.5 ในผู้ที่สูบบุหรี่จัดมากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่าของผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน และสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.8 การดื่มสุรา ผู้ใหญ่ที่อายุน้อยที่ดื่มสุราจะมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น ของการเกิด cerebral infraction ในผู้หญิงวัยกลางคน และในผู้ชายอายุน้อยที่ดื่มสุราอย่างหนักเป็นประจำ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด subarachnoid hemorrhage และการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสูงให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่รับประทานอาหารมีความเสี่ยงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (สุภา เกตุสถิต, 2554)

2.9 การขาดการออกกำลังกาย ทำให้ไขมันดีลดลง (High Density Lipoprotein: HDL) เกิดการสะสมของไขมันชนิดไม่ดีที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Low Density Lipoprotein: LDL) สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 50 (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556)

2.10 ความเครียด การแยกตัวออกจากสังคม การวิตกกังวล สามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาวะเครียดมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ (สุภา เกตุสถิต, 2554)

3. อาการเตือนและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทอย่างเฉียบพลันทันทีทันใด มีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โดยจะแสดงอาการออกมาเป็นระยะเวลาสั้นๆ ราว 5-10 นาที และจะหายเป็นปกติภายในเวลา 24 ชั่วโมง (พรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560) องค์กรมมากมาย จึงออกมาจัดกลุ่มอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการจัดกลุ่มอาการไว้คล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่จัดกลุ่มอาการตามสถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา จัดอาการออกเป็น 5 กลุ่มอาการหลัก ดังต่อไปนี้

1. อาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณแขน ขา หรือใบหน้า โดยจะมีอาการที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง อย่างทันทีทันใด
2. การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็น อย่างทันทีทันใด

3. การสับสน พุดผิดปกติ เช่น พุดลำบาก พุดตะกุกตะกัก หรือพุดไม่ได้ อย่างทันทีทันใด

4. มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง โดยไม่มีสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน อย่างทันทีทันใด

5. เวียนศีรษะ เดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย หรือมีอาการมึนงง บ้านหมุน

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดความรุนแรงของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งเกิดจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแขน ขา ชาหรืออ่อนแรง อย่างทันทีทันใด ตามัว มองเห็นภาพซ้อน พุดไม่ได้ พุดไม่ชัดหรือพุดอ้อแอ้ ปากเบี้ยวหรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย หรืออาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หรือมีความรู้สึกสับสน นานาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขน ขา ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น กล่าวคือถ้าผู้ป่วยเกิดการตีบตันของหลอดเลือดในสมองซีกซ้าย ร่างกายซีกขวาจะแสดงอาการอัมพาต โดยผู้ป่วยอาจมีอาการพุดไม่ได้ เนื่องจากศูนย์ควบคุมการพุดอยู่ในสมองซีกซ้ายและถ้าหากผู้ป่วยเกิดการตีบตันของหลอดเลือดในสมองซีกขวา ร่างกายซีกซ้ายก็จะแสดงอาการอัมพาตเช่นเดียวกัน ซึ่งอาการเหล่านี้ผู้ป่วยมักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไปหรือตลอดชีวิต

2. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันทีทันใด ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจเคยมีประวัติป่วยเป็นโรคหัวใจ ผ่าตัดหัวใจ หรือกระดูกหักมาก่อน

3. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในกลุ่มวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน มักมีอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ขณะทำงานที่ต้องออกแรงมากๆ ผู้ป่วยอาจพบอาการปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ปากเบี้ยว พุดไม่ได้ แขน ขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงลงทีละน้อย นอกจากนี้ อาจมีอาการชักและหมดสติในเวลารวดเร็ว ในกรณีมีอาการตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติ ตัวเกร็ง รูม่านตาเล็กลงทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมักเสียชีวิตใน 1-2 วัน หากตกเลือดไม่รุนแรงอาจมีโอกาสรอดฟื้นขึ้นมาและค่อยๆ เริ่มมีอาการดีขึ้น หรือหากได้รับการผ่าตัดได้อย่างทันถ่วงทีก็อาจรอดชีวิตได้

บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรพึงระวังและสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเป็นสำคัญ เพื่อที่จะได้สามารถจัดการกับอาการเตือน

ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เพราะการได้เข้ารับการรักษาโดยแพทย์อย่างทันที่วงที่นั้นจะสามารถลดความพิการและการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

5. การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ถึงร้อยละ 60 ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นมาตรการสำคัญที่จำเป็นต้องกระทำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย เพื่อช่วยในป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

บุคคลที่ตรวจวัดความดันโลหิตแล้วพบว่า มีระดับความดันโลหิตตัวบน เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกคน (นิตยา พันธุเวช, 2559) โดยขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2559) ซึ่งดัดแปลงมาจากองค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยใช้การสัมภาษณ์ (Verbal screening) และการตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว โดยเป็นการตรวจคัดกรองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย เพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยง 10 ด้าน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การบริโภค การรับประทานอาหารหวาน การอนามัยเจริญพันธุ์ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วนลงพุง

2. การตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง (Confirm screening) ในรายที่มีผลการคัดกรองด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ (Verbal screening) การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วยวาจา 9 ข้อ ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.1 ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พ่อ แม่ พี่หรือน้อง
 ท้องเดียวกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรค
 กล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ใช้บอลลูนหลอดเลือดหัวใจ เสียชีวิตจากโรค
 หลอดเลือดหัวใจ ก่อนอายุ 55 ปีในเพศชาย หรือก่อนอายุ 65 ปี ในเพศหญิง หรือกำลังรับการ
 รักษาอยู่หรือไม่ก็ได้

2.2 มีประวัติเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
 โรคหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 ขนาดรอบเอว หมายถึง เมื่อวัดรอบเอวแล้วพบว่าขนาดรอบเอวมากกว่าหรือ
 เท่ากับ 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) ในผู้ชาย และขนาดรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร
 (32 นิ้ว) ในผู้หญิง หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) หมายถึง ค่าที่คำนวณได้จากน้ำหนัก (กิโลกรัม)
 หารด้วยส่วนสูง (เมตรยกกำลังสอง) ได้ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ในผู้ชาย หรือค่า
 ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ในผู้หญิง

2.4 ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่วัดได้โดย
 บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระบวนการ
 คัดกรองความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานการคัดกรองของประเทศไทย ได้แก่ มีการเตรียมตัวก่อน
 วัดความดันโลหิต ให้ผู้ป่วยนั่งพักก่อนวัดทุกครั้ง วัดในท่านั่งอย่างถูกต้องโดยเครื่องวัดความดัน
 โลหิตมาตรฐาน วัดความดันโลหิตซ้ำสองครั้ง ห่างกัน อย่างน้อย 3-5 นาที และตรวจพบว่า บุคคล
 อายุน้อยกว่า 40 ปี มีระดับความดันซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ
 ระดับความดันไดแอสโตลิก มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท หรือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่
 40 ปีขึ้นไป ตรวจพบว่ามีระดับความดันซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/
 หรือระดับความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือเคยได้รับการวินิจฉัย
 ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.5 ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้จากการเจาะ
 เลือดจากหลอดเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว หรือการวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่าง
 น้อย 8 ชั่วโมง ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในกรณีนี้ที่สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน คือ ค่า DTX มากกว่าหรือเท่ากับ
 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งจะเทียบเท่ากับผล FPG ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อ
 เดซิลิตร หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

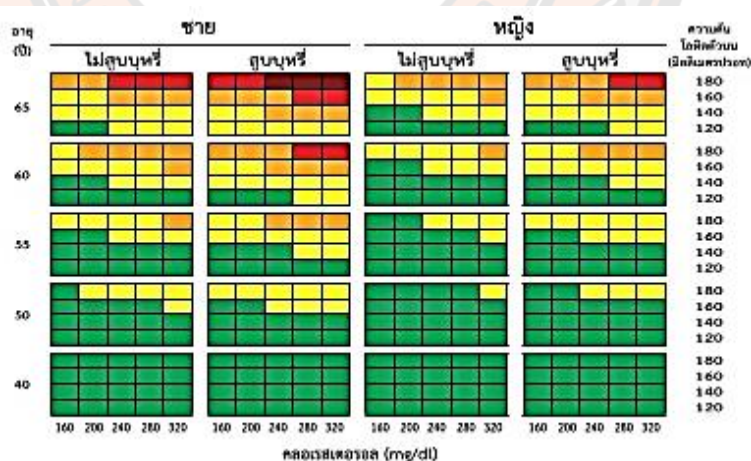
2.6 การสูบบุหรี่ หมายถึง ณ วันที่สัมภาษณ์ ผู้ถูกสัมภาษณ์ยังคงสูบบุหรี่อยู่หรือ หากหยุดสูบบุหรี่ ต้องหมายถึงการเลิกสูบบุหรี่มาแล้วไม่เกิน 1 ปี รวมถึงการได้รับควันหรือสูดดม ควันบุหรี่เป็นประจำ

2.7 ขาดการออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที ไม่ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์

2.8 มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ หรือมีอัตราส่วนของคอเลสเตอรอล ต่อไขมันดี (High Density Lipoprotein: HDL) มากกว่า 5

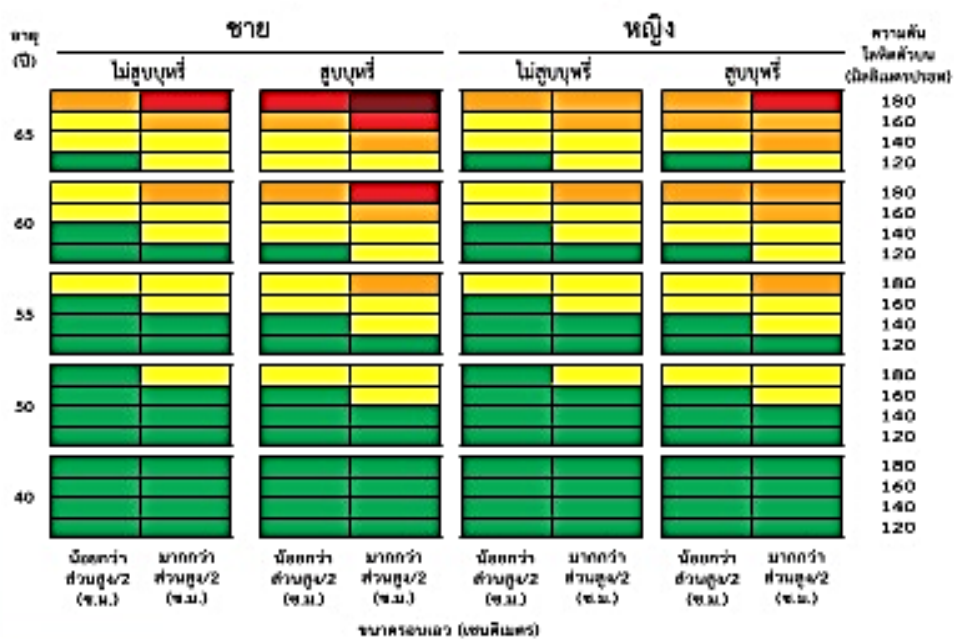
2.9 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม หมายถึง รับประทานรสหวานจัด รสเค็มจัด ไขมันสูง รวมถึงการรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (รับประทานผักและผลไม้ น้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน)

เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวาจา 9 ข้อ แล้วพบว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยง ตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป พิจารณาให้ได้รับการประเมิน ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วยตารางสี (Color chart) ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก โดยแถบสีจะบ่งบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในอีก 10 ปีข้างหน้า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



ภาพ 1 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วยตารางสี (Color chart) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีไม่ทราบผลคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด

ที่มา: (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



ภาพ 2 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วยตารางสี (Color chart) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีทราบผลคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด

ที่มา: (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วยตารางสี (Color chart) แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาแปลผลเป็นระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ (นิตยา พันธุเวทย์, 2559)

1. สีเขียว (ระดับความเสี่ยงต่ำ) หมายถึง เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่า มีค่าน้อยกว่าร้อยละ 10
2. สีเหลือง (ระดับความเสี่ยงปานกลาง) หมายถึง เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่า มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 20
3. สีส้ม (ระดับความเสี่ยงสูง) หมายถึง เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่า มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 20 แต่ไม่เกินร้อยละ 30
4. สีแดง (ระดับความเสี่ยงสูงมาก) หมายถึง เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่า มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 40
5. สีแดงเข้ม (ระดับความเสี่ยงสูงอันตราย) หมายถึง เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่า มีค่ามากกว่าร้อยละ 40

แนวทางในการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560)

1. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงลักษณะของอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

2. ประเมินโอกาสเสี่ยงตาม Check Life's Simple 7 ได้แก่

2.1 ค่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้ครั้งสุดท้าย

2.2 ค่าระดับไขมันในเส้นเลือด (ค่าคอเลสเตอรอลในเลือด) ที่วัดได้ครั้งสุดท้าย

2.3 ค่าระดับน้ำตาลในเส้นเลือดที่วัดได้ครั้งสุดท้าย

2.4 ประวัติการสูบบุหรี่

2.5 น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย

2.6 การออกกำลังกาย (สัปดาห์ละกี่ครั้ง ครั้งละกี่นาที)

2.7 การรับประทานอาหาร (รสหวาน รสเค็ม ไขมันสูง ผัก ผลไม้ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)

นอกจากนั้น ยังมีการให้คำแนะนำเฉพาะกลุ่มตามการจัดลำดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำถึงปานกลาง (น้อยกว่าร้อยละ) มีแนวทางการให้บริการดังนี้

1.1 ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 บันทึกในแบบบันทึก น.ค.ร. สุขภาพ (น้ำหนัก ค่าความดันโลหิต และรอบเอว) หรือบันทึกในแบบบันทึกรูปแบบอื่น

1.3 ให้รับประทานยาตามข้อบ่งชี้ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555

1.4 ติดตามการลดความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกปี

1.5 นัดตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทุกปี

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง (ร้อยละ 20-30) มีแนวทางการให้บริการดังนี้

2.1 ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 บันทึกในแบบบันทึก น.ค.ร. สุขภาพ (น้ำหนัก ค่าความดันโลหิต และรอบเอว) หรือบันทึกในแบบบันทึกรูปแบบอื่น

2.3 ให้รับประทานยาตามข้อบ่งชี้ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555

2.4 ติดตามการลดความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุก 6-12 เดือน

2.5 นัดตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทุกปี

3. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงมาก (ร้อยละ 30-40) มีแนวทางการให้บริการดังนี้

3.1 ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 บันทึกในแบบบันทึก น.ค.ร. สุขภาพ (น้ำหนัก ค่าความดันโลหิต และรอบเอว) หรือบันทึกในแบบบันทึกรูปแบบอื่น

3.3 ให้รับประทานยาตามข้อบ่งชี้ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555

3.4 ติดตามการลดความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุก 3-6 เดือน

3.5 นัดตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทุก 6-12 เดือน

4. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงอันตราย (มากกว่าร้อยละ 40) มีแนวทางการให้บริการเพิ่มเติม ดังนี้

4.1 ส่งพบแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยละเอียด และ/หรือวินิจฉัยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและรักษาอย่างเร่งด่วน

4.2 บันทึกในแบบบันทึก น.ค.ร. สุขภาพ (น้ำหนัก ค่าความดันโลหิต และรอบเอว) หรือบันทึกในแบบบันทึกรูปแบบอื่น

4.3 ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างเข้มงวดและเร่งด่วน

4.4 ให้รับประทานยาตามข้อบ่งชี้ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555

4.5 ติดตามการลดความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุก 1-3 เดือน

4.6 นัดตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทุก 3-6 เดือน ภายหลังจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วนำคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้ปฏิบัติด้วยตนเอง จะมีการวัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมโดยกำหนดเป้าหมายจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1. ค่าความดันโลหิตตัวบน ลดลงน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท
2. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารตามระดับการควบคุม มีค่าระหว่าง 70-99 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4. ไขมันในเลือด แบ่งออกเป็น
 - 4.1 คอเลสเตอรอล (ไขมันรวม) ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง วัดค่าได้ไม่เกิน 280 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก วัดค่าได้ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

- 4.2 Low Density Lipoprotein: LDL (ไขมันเลว) ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง วัดค่าได้ไม่เกิน 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในกลุ่มเสี่ยงสูง วัดค่าได้ไม่เกิน 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก วัดค่าได้ไม่เกิน 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

- 4.3 High Density Lipoprotein: HDL (ไขมันดี) ในเพศหญิง วัดค่าได้ไม่ควรสูงกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในเพศชาย วัดค่าได้ไม่ควรสูงกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

- 4.4 ไตรกลีเซอไรด์ วัดค่าได้ไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

5. การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่

6. การควบคุมน้ำหนักและรอบเอว วัดค่าดัชนีมวลกาย มีค่าระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือใกล้เคียง โดยเพศหญิง วัดรอบเอวควรมีค่าไม่เกิน 32 นิ้ว (ประมาณ 80 เซนติเมตร) และในเพศชาย วัดรอบเอวควรมีค่าไม่เกิน 36 นิ้ว (ประมาณ 90 เซนติเมตร)

7. การออกกำลังกาย ออกกำลังกายในระดับปานกลางเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที

8. การรับประทานอาหาร ลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน รสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก รวมทั้งผลไม้ที่มีรสหวานน้อย

9. การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับในรายที่หยุดดื่มไม่ได้ควรลดปริมาณให้น้อยลง โดยในเพศชายควรลดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 หน่วยมาตรฐาน และในเพศหญิงควรลดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หน่วยมาตรฐาน

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเองและปัจจัยเสี่ยงที่ต้องเร่งปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลงได้ในอนาคต

6. แนวทางการป้องกันและรักษา

6.1 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงให้เร็วที่สุด ซึ่งการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรกจะช่วย ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2560) และพบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้ดังนี้

6.1.1 การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic therapy) พบว่า ยาที่ใช้ในการรักษาเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Urokinase, Streptokinase, recombinant tissue-Plasminogen activator (rt-PA) และ recombinant pro urokinase (r-proUK) ในส่วนของคุณสมบัติของยาพบว่า Urokinase และ Streptokinase ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อการสลายของไฟบิน (Fibin) ที่ตำแหน่งลิ่มเลือด (non fibin selective) จึงทำให้เกิดระดับไฟบินโนเจน (Fibrinogen) ในเลือดต่ำได้ทั่วร่างกาย ซึ่งแตกต่างจากยา recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA) และ recombinant prourokinase (rproUK) ที่ออกฤทธิ์ต่อการสลายของไฟบินเฉพาะตำแหน่งที่มีลิ่มเลือดอุดตันเท่านั้น (Fibin selective) (ดิษยา รัตนากร, 2551) ในปัจจุบันยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้และเป็นมาตรฐานในการรักษา คือ recombinant tissue-Plasminogen Activator (rt-PA) ภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการ โดยให้ยาในขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 90

มิลลิกรัม โดยแบ่งฉีดร้อยละ 10 จากขนาดที่คำนวณได้เข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 นาที และที่เหลือหยดเข้าทาง หลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง การให้ยาจะต้องปฏิบัติตามข้อบ่งชี้และข้อห้ามใช้อย่างเคร่งครัดตาม แนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อลดผลข้างเคียงที่รุนแรงคือ ภาวะเลือดออกในสมอง และในระบบอื่นๆ ของ ร่างกาย (ก้องเกียรติ ฤทธิ์กันทรากกร, 2553) แต่ถ้าหากให้ยา recombinant tissue-Plasminogen Activator (rt-PA) ระหว่าง 3-4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการจะมีเกณฑ์ข้อห้ามเพิ่มอีก 4 ประการคือ 1) ผู้ป่วยได้รับยา Warfarin 2) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี 3) ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน ร่วมกับมีสมองขาดเลือด จากโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 4) มีระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) มากกว่า 25 คะแนน (พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2560)

6.1.2 การให้ยาด้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets) โดยการให้ยา แอสไพริน (Aspirin) ควรให้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายในเวลา 48 ชั่วโมง หลังจากมีอาการ พบว่า สามารถลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ และอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้นใน 14 วัน แรก ได้ ขนาดของแอสไพรินที่ให้คือ 160-325 มิลลิกรัมต่อวัน (พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2560)

6.1.3 การให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้คือ unfractionated heparin และ low-molecular weight heparin (LMWH) ผู้ป่วยที่ควรได้รับยาในกลุ่มนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีเนื้อสมองตาย (Cerebral infarction) สาเหตุจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจาก หัวใจ (Cardiac embolism) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบประสาทยังไม่สมบูรณ์ หรือยังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Stroke in evaluation) และในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมอง เส้นบาสิลาร์ (Basilar) ตีบ (พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2560)

6.1.4 ยาอื่นๆ ได้แก่ ยาด้านเกล็ดเลือดกลุ่ม glycoprotein IIb/IIIa antagonist มีฤทธิ์ในการยับยั้งตัวรับที่ทำหน้าที่ในการจับตัวกันของไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ด้วย ซึ่งน่าจะ ช่วยในการสลายลิ่มเลือดของร่างกาย ยากลุ่มนี้มักใช้บ่อยในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน แต่ข้อมูลในโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ และมีอันตรายจากภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นจึง ไม่นิยมใช้ ส่วนยาในกลุ่มที่ใช้เพื่อปกป้องเซลล์ประสาท (Neuroprotection) ไม่ว่าจะเป็นสารที่จับ กับ อ นู มู ล อี ส ระ Magnesium sulfate, Citicoline, Lubeluzole, Piracetam, Vinpocetine, Methyl-xanthines ไม่พบว่ามีประโยชน์จึงไม่นิยมให้ใช้เป็นมาตรฐาน (พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2560)

6.1.5 การผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรุนแรงที่เกิดจากการตีบหรือ อุดตันของหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรัล (Middle cerebral artery) โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อย

จะเกิดการบวมหรือเลือดออกได้ง่าย ทำให้สมองบริเวณนั้นมีลักษณะก้อนไปกดสมองบริเวณข้างเคียง จึงก่อให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเสียชีวิตและเกิดความพิการในระยะยาวได้สูง ดังนั้นจึงมีการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Decompressive craniectomy) เพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่เกิดขึ้น

6.1.6 การรับผู้ป่วยไว้ดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) คือ การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีพบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งความสำคัญของที่ตั้งและลักษณะทางกายภาพของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่มากเท่ากับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้จากการรักษา อาจจะมีความแตกต่างกันตามบริบทของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละแห่ง ดังนั้นจำนวนของความต้องการการรักษาจึงแตกต่างกัน (Number needed to treat)(Cabral, Moro, Silva, Scola, & Werneck, 2003; Langhorne, & Dennis, 1998) และประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา อาจจะแตกต่างกันบ้างในบางกลุ่มย่อยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดใหญ่จะได้ประโยชน์จากการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชัดเจนกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทลานูนาร์

6.2 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

6.2.1 การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่เป็นคนนั้นยังไม่เคยโรคเป็นมาก่อน ก็คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงแบ่งได้เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ โรคหัวใจซึ่งรวมภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดกล้ำมเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจรั่ว สำหรับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่เป็นปัจจัยรอง ได้แก่ ยาคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก การใช้ยากลุ่ม แอมเฟตามีน การออกกำลังกาย ความอ้วน ระดับความเข้มข้นของเลือดสูง ภาวะที่เกิดลิ่มเลือดง่าย และภาวะที่มีระดับโฮโมซิสตีอิน (Homocysteine) ในเลือดสูง ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองนี้ มีบทบาทสำคัญในการป้องกันแบบปฐมภูมิและ การป้องกันแบบทุติยภูมิ

6.2.2 การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคดังกล่าวแล้วในการป้องกันแบบปฐมภูมิ ในส่วนของการป้องกันแบบทุติยภูมิของโรคที่สำคัญคือ การใช้ยาต้านการจับตัวของ เกล็ดเลือด ได้แก่ aspirin, Ticlopidine, การใช้ Aspirin ร่วมกับ Dipyridamole, Clopidogrel และ Cilostazole และการผ่าตัดหลอดเลือด (Carotid endarterectomy: CEA)

7. ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง ไม่ว่าจะเป็นการตีบ อุดตันหรือแตกจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน เซลล์สมองตายหรือหยุดทำงาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการสูญเสียหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยอาการและอาการแสดงของโรค ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด ผู้ป่วยมักได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยในระยะยาวสามารถสรุปได้ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การเกิดพยาธิสภาพของสมองในส่วนต่าง ๆ จะทำให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายในหลายระบบ (มณี รัตนไชยานนท์, และธีระพงษ์ ตันทวีเชียร, 2552) ดังนี้

7.1.1 ความบกพร่องของการรับรู้ (Cognitive impairment) การกำหนดรู้เป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ มีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงข้อมูลเพื่อการแสดงออกอย่างเหมาะสม ความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดได้หลายประเภท ที่สำคัญได้แก่

1) ความบกพร่องของการสื่อสารขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคถ้ามีการอุดตันบริเวณสวนต้นของหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรัล (Middle Cerebral Artery: MCA) ของสมองซีกเด่น มักทำให้มีความบกพร่องทั้งในการรับรู้ และการส่งภาษา (global aphasia) ถ้ามีความผิดปกติในสมองซีกที่ไม่เด่น ผู้ป่วยก็อาจจะมีปัญหาเรื่องภาษาได้เช่นกัน โดยผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงอารมณ์ออกทางน้ำเสียง สีหน้าท่าทางและไม่สามารถรับรู้อารมณ์ของคู่สนทนาได้ (aprosody) ถ้ามีลิ้มเลือดอุดตันที่แขนงบนของหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรัล (MCA) ในสมองซีกเด่น ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของภาษาแบบ Broca's (motor) aphasia คือ มีปัญหาในการส่งภาษา แต่ถ้าความผิดปกติเกิดที่สมองซีกที่ไม่เด่น ผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงอารมณ์ได้ ในกรณีที่มีการอุดตันที่แขนงล่างของหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรัล (MCA) ผู้ป่วยจะมี Wernicke's (sensory) aphasia คือ มีปัญหาในการรับรู้ภาษา แต่ถ้าความผิดปกติเกิดบริเวณสมองซีกไม่เด่น จะมีปัญหาในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น

ในรายที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงแอนทีเรียรีริบรัล (Anterior Cerebral Artery: ACA) อาจมีความผิดปกติของการพูดโดยไม่สามารถพูดตามที่ผู้อื่นบอกให้พูด แต่พูดได้เองตามสัญชาตญาณหรือความเคยชิน เรียกว่า ภาวะ apraxia

รอยโรคบริเวณก้านสมอง (brain stem) มักทำให้มีความผิดปกติในการพูดเนื่องจากบกพร่องในการควบคุมจังหวะการหายใจและการเปล่งเสียง ทำให้พูดไม่ชัด (dysarthria) หรือน้ำเสียงเปลี่ยน (dysphonia) อาการพูดไม่ชัดเกิดจากรอยโรคที่ส่วนใดของพีรามิดอล แทรคท์ (pyramidal tract) ก็ได้ โดยเกิดจากการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ (spasticity) ที่เกี่ยวข้องกับกรพูด

2) การขาดสมาธิ (Attention deficit) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะมีรอยโรคที่ใดมักไม่สามารถเอาใจจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำได้นาน เมื่อมีสิ่งเร้าอื่นมากระตุ้นจะถูกหันเหความสนใจได้ง่าย ผู้ที่มีรอยโรคของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) จะมีปัญหานี้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ตำแหน่งอื่น

3) ความจำบกพร่อง (Memory deficit) ปัญหาด้านความจำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นการลืมข้อมูลที่เพิ่งรับรู้หลังจากเป็นโรค (anterograde amnesia) และมักจะจำไม่ได้เฉพาะข้อมูลที่ผ่านมาการรับรู้บางอย่าง เช่น ผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณสมองกลีบขมับส่วนกลาง (medial temporal lobe) ถ้าเป็นสมองซีกเด่น ผู้ป่วยจะจำข้อมูลที่เป็นคำพูดไม่ได้ แต่ถ้ารอยโรคอยู่ที่สมองซีกที่ไม่เด่น ผู้ป่วยจะจำข้อมูลที่รับรู้จากการมองเห็นไม่ได้

4) ความบกพร่องในด้านการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของวัตถุที่มองเห็น (Spatial analysis deficit) ผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงปัญหาได้หลายรูปแบบ ได้แก่ 1) ไม่เข้าใจแบบแผนของร่างกาย (disorder of body scheme) คือผู้ป่วยจะไม่ตระหนักรู้ในเรื่องตำแหน่งท่าทาง และ ความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ในร่างกายตนเอง (somatognosia) 2) ไม่เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุชิ้นหนึ่งกับวัตถุอื่น (spatial relation dysfunction) 3) ไม่เข้าใจเรื่องตำแหน่งของวัตถุ (spatial positioning impairment) 4) ไม่สามารถแยกแยะระหว่างวัตถุกับฉากด้านหลัง (figure ground analysis) 5) ไม่เข้าใจเรื่องทิศ (topographic disorientation) ซึ่งความบกพร่องของการรับรู้เกือบทั้งหมดเกิดในผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณสมองกลีบข้าง (parietal lobe) ของสมองซีกที่ไม่เด่น

5) การละเลยส่วนของร่างกายและสภาพแวดล้อมครึ่งซีก (Hemi – inattention Syndrome, Unilateral Neglect) คือการไม่รับรู้ และไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นด้านตรงข้าม กับสมองที่มีรอยโรคโดยไม่มีความผิดปกติในด้านการรับรู้สติและไม่มีความ

ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ซึ่งความผิดปกติอาจแสดงออกในรูปแบบของการละเลย ส่วนของร่างกาย (personal neglect) เช่น การสวมเสื้อเพียงข้างเดียว เป็นต้น การละเลย สิ่งแวดล้อมใกล้ตัว (peripersonal neglect) เช่น การรับประทานอาหารเพียงซีกเดียวของจาน เป็นต้น การละเลยสิ่งแวดล้อมไกลตัว (extrapersonal neglect) เช่น ไม่สังเกตเห็นผู้ที่เดินเข้ามาหา จากด้านใดด้านหนึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้อาจแสดงออกในรูปแบบไม่รับรู้ถึงความผิดปกติทาง ร่างกายที่เป็นอยู่ (anosognosia) โดยมักปฏิเสธว่าตนไม่ได้เป็นอะไร หรือร่างกายครึ่งซีกนั้นไม่ใช่ ของตน ซึ่งปัญหาดังกล่าวพบได้บ่อยในผู้ที่มีรอยโรคบริเวณสมองกลีบข้าง (parietal lobe) และ พบได้ประปรายในผู้ที่มีรอยโรคตำแหน่งอื่น เช่น สมองกลีบหน้า (frontal lobe), เบซัลแกงเกลีย (basal ganglia) และ ทาลามัส (thalamus) ซึ่งมักพบภาวะนี้ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคของสมองซีกขวา มากกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคของสมองซีกซ้าย

6) การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรกกด ความร้อน ความเย็น ความผิดปกติอาจเกิดขึ้นอย่างเดี่ยว หรือหลายอย่างรวมกันก็ได้ ผู้ป่วยอาจบอก ตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกไม่ถูก บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ผู้ป่วยจะละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีอาการ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เพราะกว่า ร่างกายจะรู้และมีปฏิกิริยาโต้ตอบสิ่งที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายอาจได้รับอันตรายแล้ว

7) กลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องในด้านการบริหารจัดการ (Dysexecutive syndrome) ผู้ป่วยมักมีการเริ่มต้นทำกิจกรรมใหม่ ๆ ไม่ได้ ถ้าไม่มีผู้ชี้แนะ แก้ไข ปัญหาไม่ได้ หรือมีการตัดสินใจอย่างหุนหันพลันแล่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการ วางแผนเมื่อต้องเผชิญกับทางเลือกในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจึงเลือกทางเลือกที่เร็วที่สุดเสมอถึงแม้ จะไม่ใช่ทางเลือกที่ดีและปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ (perseveration) ซึ่ง เกิดจากขาดการควบคุมจากระบบบริหารจัดการ ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งอย่าง ต่อเนื่องถึงแม้ว่าสิ่งเร้านั้นจะหมดไปแล้วกลุ่มอาการเหล่านี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณ สมองส่วนหน้า (frontal lobe)

8) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัย โลกคือ ภาวะที่มีความบกพร่องเรื่องความคิดและความจำที่ไม่ได้เป็นแต่กำเนิด เป็นเรื้อรังและถาวร (WHO, 1993) ตำแหน่งและลักษณะของรอยโรคที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีได้หลายแบบ ได้แก่ การมีเนื้อสมองส่วนคอร์เทกซ์ (cortex) ตายเพราะขาดเลือดเป็น บริเวณ เล็ก ๆ หลายตำแหน่ง หรือมีเนื้อสมองตายบริเวณสับคอร์เทกซ์ (sub - cortex) ตำแหน่งที่ เชื่อมโยงข้อมูลสำคัญ เช่น ทาลามัส (thalamus), คอคเคต นิวเคลียส (caudate nucleus), และขา

หน้าของอินเทอร์นัลแคปซูล (anterior limb of internal capsule) หรือกรณีที่เนื้อสมองส่วนเนื้อเยื่อขาวของไขสันหลัง (white matter) ตายเป็นบริเวณกว้าง

7.1.2 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (Motor impairment) เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลา (medulla) สมองส่วนหน้า (forebrain) คอร์เทกซ์ (cortex) หรือ สมองน้อย (cerebellum) ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไป โดยในระยะแรกกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง หลังจากนั้นเมื่อผ่านระยะอ่อนปวกเปียกจะเกิดอาการเกร็ง โดยจะเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าจะงอและนิ้วเท้าจะงอเข้า ถ้าอาการเกร็งอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะทำให้ข้อต่าง ๆ เหยียดลำบาก การเคลื่อนไหวของแขนขาด้านที่มีอาการจึงลำบาก

7.1.3 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืน (Dysphagia) ความบกพร่องในการกลืนอาหารเป็นภาวะที่พบได้ประมาณร้อยละ 30-65 หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพวกที่มีพยาธิสภาพ บริเวณก้านสมอง (brainstem) ร่วมกับ ยูนิแลเทอรัลเฮมิสเฟียร์ (unilateral hemisphere) ไบแลเทอรัลเฮมิสเฟียร์ (unilateral hemisphere) และมีสมองขาดเลือดร่วมกันหลายตำแหน่ง (multiple infarctions) ทำให้เกิดความผิดปกติของเส้นประสาทที่เกี่ยวกับการกลืน คือเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหารและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 และ 12 ซึ่งควบคุม เกี่ยวกับการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติของเส้นประสาท เหล่านี้ จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่องลิ้นไม่สามารถตัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบากยิ่งเพดานอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวปิดผนังคอหอยจะทำให้ผู้ป่วยสำลัก (aspirate) ขณะกลืนได้ โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร้อยละ 40 จะมีการสำลักและเกิดการติดเชื้อที่ปอด หรือปอดอักเสบถึงร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาในการกลืน จะมีภาวะแทรกซ้อนทางปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น ปัญหาเกี่ยวกับการกลืน มักจะเกิดขึ้นในระยะแรกของโรค ต่อมาภายหลังผู้ป่วยจะกลืนได้เป็นปกติผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยมักจะเบื่ออาหาร ไม่อยากอาหาร หากมีปัญหเกี่ยวกับ การเคี้ยว หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวร่วมด้วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องโภชนาการได้

7.1.4 ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (Uninhibited bladder and bowel) ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน มักจะมีปัญหาในเรื่องการ

ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยพบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคเลือดออกในเนื้อสมอง มี areflexic bladder ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบ areflexic bladder ประมาณ ร้อยละ 10 ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว อาจเกิดจากผลโดยตรงของรอยโรคที่สมอง หรือจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สึกตัวจากปัญหาการสื่อสาร การช่วยเหลือตนเอง/การเคลื่อนไหว หรือส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากยาที่รับประทานเป็นประจำ เช่น ยาต้านภาวะซึมเศร้า หรืออาจเกิดจากโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urgency of Urination) ปัสสาวะกะปริดกะปรอย สาเหตุเกิดจากการขาด voluntary inhibition เนื่องจากมีพยาธิสภาพของ สมองเหนือต่อระดับพอนทีนมิคทูริชันเซนเตอร์ (pontine micturition center) ทำให้กล้ามเนื้อดีทรูเซอร์ (detrusor muscle) ไวต่อการตอบสนองมากกว่าปกติมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณ สมองกลีบหน้า (frontal lobe) และ โปแลเทออรอลเฮมิสเฟียร์ (bilateral hemisphere) ผู้ป่วยจะมีปริมาณปัสสาวะที่ค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะหลังจากถ่ายปัสสาวะเสร็จ (post void residual volume) ต่ำถ้าไม่มีภาวะอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดอุดตัน (outlet obstruction) เช่น ต่อมลูกหมากโต ผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (incontinence) นาน แสดงถึงการพยากรณ์โรคและการฟื้นตัวไม่ดี

ส่วนการกลั้นอุจจาระไม่ได้ (fecal incontinence) มักพบไม่บ่อย สาเหตุเกิดจากการมีรอยโรคที่สมอง โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้ง reflex rectal emptying ได้เนื่องจากขาดการยับยั้งจากสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าการมีรอยโรคที่ สมองทำให้การทำงานของลำไส้ใหญ่ลดลง มักพบความผิดปกติดังกล่าวในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย หรือไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการท้องผูกเนื่องจากลำไส้ใหญ่บีบตัวลดลง ร่วมกับการได้รับน้ำไม่เพียงพอ ทานอาหารที่กากใยน้อย และร่างกายขาดการเคลื่อนไหว เมื่อมีอุจจาระอุดตันในลำไส้ใหญ่นาน ๆ ก็จะกลายเป็นสาเหตุทำให้มีอุจจาระเล็ดราดจากการมีอุจจาระล้น (overflow incontinence) ได้

7.2 ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากสมองของมนุษย์มีส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกอยู่หลายบริเวณ โดยมีการเชื่อมต่อและส่งสารเคมีระหว่างกัน ความผิดปกติทางด้านอารมณ์จึงเกิดได้จากรอยโรคหลายแห่ง ผลจากรอยโรคโดยตรงและผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้อาคคิดมาก่อนย่อมก่อให้เกิดความเครียดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ใกล้ชิด ประกอบกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นนอกจากจะเสี่ยงต่อการคุกคามต่อการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยในระยะแรกแล้ว ยังก่อให้เกิดความบกพร่องหรือความพิการของร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความกลัว

และความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันตลอดจนถึงการดำเนินชีวิตในอนาคต

7.3 ผลกระทบด้านสังคม หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านพร้อมด้วยความพิการหรือความบกพร่องทางร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกหมดหวังทำให้มีปฏิกิริยาต่อสังคมในแง่ลบ โดยแสดงพฤติกรรมหลบเลี่ยงและแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้การกลับมาอยู่ที่บ้านยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งสำคัญเนื่องมาจากความบกพร่องทางกายด้วยถึงแม้จะมีการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมไว้ล่วงหน้าอย่างดีแล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากที่คุ้นเคย และไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องปรับตัว สมาชิกในครอบครัวก็ต้องปรับตัวด้วยเช่นกัน ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวทุกคนควรมีความรู้ และความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินชีวิตของทุกคนในครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่นไม่เกิดความขัดแย้ง หากความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีในเวลาไม่นานนัก ผู้ป่วยและครอบครัวก็มักจะปรับตัวเข้าหากันได้ และเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคมเพื่อนบ้านหรือเพื่อนฝูงมากขึ้น สังคมเริ่มกว้างขึ้น จากสังคมครอบครัวขยายไปยังสังคมเพื่อนและสังคมการทำงานตามลำดับ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความหมายของพฤติกรรม

การให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม ตามมุมมองและแนวคิดของผู้ให้คำนิยามอย่างกว้างขวางและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีคำนิยามไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

พฤติกรรม ตามความหมายของจักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ (2550) หมายถึง ทุกๆ อาการแสดงออกของบุคคล ทั้งในขณะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ทั้งที่เกิดขึ้นภายในร่างกายและภายนอก ร่างกาย ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนและไม่สามารถเห็นได้โดยตรง จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือวัด และทั้งที่เกิดขึ้นอย่างสมัครใจและไม่สมัครใจ โดยทุกๆ อาการที่แสดงออกมาจะผันแปรไปตามบุคคล เวลา และสถานที่

ทั้งนี้ อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำที่บุคคลผู้นั้นแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ทั้งในขณะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ทั้งที่สังเกตเห็นได้ และไม่สามารถสังเกตเห็นได้ อันมีความแตกต่างกันออกไปตามแต่ละสถานการณ์

แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. พฤติกรรมการรับประทานยา เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับความดันโลหิตหรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท (ปราณี พู่ไพเราะ, 2552 อ้างอิงใน วาสนา เหมือนมี, 2557) แม้การรับประทานยาลดความดันโลหิตจะไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคแต่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 105 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและมีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจ สมอง และไต ได้มากขึ้น ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะทำให้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลง (วาสนา เหมือนมี, 2557) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายจึงควรปฏิบัติตนในด้านใช้ยาเพื่อลดระดับความดันโลหิตอย่างเหมาะสม

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บริโภคอาหารไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 18.3 เท่า เนื่องจากอาหารรสเค็มมีโซเดียมสูงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงซึ่งมีคอเลสเตอรอลเป็นองค์ประกอบจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม จะสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 17.8 เท่า การขาดการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโรคอ้วนและเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ บุคคลที่ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560) การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันจะช่วยให้ระบบไหลเวียนของโลหิตดียิ่งขึ้น เป็นพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีมากอย่างหนึ่ง (วาสนา เหมือนมี, 2557)

4. พฤติกรรมการจัดการความเครียด

ความเครียดเรื้อรัง การแยกตัวออกจากสังคม และความวิตกกังวล สามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (MacKay, & Mensah, 2004) การจัดการกับความเครียด จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เนื่องจากความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นระบบประสาท

ส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนฟริน (Epinephrine) จากต่อมหมวกไตมีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด มีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และความเครียดกระตุ้นให้มีการดูดกลับของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนมีผลเพิ่มความดันโลหิตได้ (บุษราคม อินเต็ง, และสุพรรณมา คำสอน, 2562)

5. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว มีข้อปฏิบัติดังนี้

5.1 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะเลือดออกในสมองและภาวะเนื้อสมองขาดเลือด และการดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 7.6 เท่า และในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา 17.09 เท่า เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติและโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นในการเกิดเส้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมอง

5.2 การงดสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่หรือเคยมีประวัติการสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 6.19 เท่า เนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับคลอเลสเตอรอล การลดระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein) เพิ่มการหลั่งของแคทีโคลามีน (catecholamine) และปริมาณของ คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่ มีผลต่อการทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่ายนอกจากนี้บุหรี่ยังเพิ่มโอกาสการเกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตได้เกือบ 2 เท่าเนื่องจากบุหรี่ยังจะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อม ทำให้ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะไฟบริโนเจนเพิ่มขึ้นทำให้ออกาสเกิดลิ่มเลือดมีมากขึ้น นอกจากนี้ สารนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตและสารคาร์บอนมอนอกไซด์ มีผลในการลดจำนวนออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง

5.3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มักจะมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติถึง 3.24 เท่า และพบว่าในผู้ชายที่อ้วนแบบลงพุงโดยมีสัดส่วนระหว่างรอบเอวกับรอบสะโพกมากกว่าปกติจะมี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีสัดส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน

6. พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด หรือการตรวจคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประจำปีอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่ช่วยให้แผนการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา สามารถทราบผลของการรักษาและการติดตามอาการหากมีอาการผิดปกติก็สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทันที่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ทราบว่าเริ่มมีอาการตีบบริเวณหลอดเลือดที่คอ ควรได้รับการตรวจเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ้มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนเป็นอันตรายแก่ชีวิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นพฤติกรรมที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติได้นอกจากจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดแล้วยังช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รายละเอียด ดังนี้

1. แนวคิดความรู้

ความหมายของความรู้

ความหมายของความรู้ นั้น จากการศึกษาพบว่านักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้หลาย ความหมาย ดังนี้

บลูม และคณะ (Bloom, 1956) ได้ให้ความหมายของความรู้หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการ ระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่างๆ รวมถึงแบบกระบวนการของโครงการ วัตถุประสงค์ใน ด้านความรู้ โดยเน้นเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำอันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยง เกี่ยวกับการจัดระเบียบ

กีรติ ยศยิ่งยง (2549) ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้คือ ความคิดของแต่ละบุคคลที่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์จนเกิดความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและ ตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ จนได้รับการยอมรับโดยคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของสังคม

คัมภีร์ งานดี (2550) ความรู้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเรียนรู้จากสิ่งต่างๆจนเกิดความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ดังนั้น ความรู้จึงเป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการประพฤติปฏิบัติ หรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น หรือนำความรู้มาใช้ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินผล ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และเหมาะสม

วิลาวด์ย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน (2551) ความรู้ หมายถึง ข้อมูลในรายละเอียดด้านต่างๆ ที่เคยได้รับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา จากสิ่งที่ได้รับการบอกกล่าว หรือจากประสบการณ์ที่บุคคลได้เก็บรวบรวมไว้ สามารถระลึกได้

จุฑามาศ มีสุข (2558) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ในเรื่องต่างๆ รายละเอียดและการกระทำ ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์สามารถถ่ายทอดออกมาได้อย่างสมเหตุสมผลและเกิดประโยชน์

ดังนั้น ความรู้ จึงหมายถึง การที่บุคคลได้รับการเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากตำรา จากสิ่งที่ได้รับการบอกกล่าว จนเกิดเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง และรายละเอียดต่างๆ ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล จากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ หรือจากการค้นคว้าผสมผสานกับประสบการณ์ที่ได้รับแล้วนำไปเชื่อมโยง สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างสมเหตุสมผล และเกิดประโยชน์นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับในการศึกษานี้ หมายถึงความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทของความรู้

ความรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมเกิดการรับรู้ ปรับแนวคิด และทัศนคติ ตามความรู้ความเข้าใจที่ตนมีอยู่ ซึ่งกระบวนการของความรู้แบ่งได้เป็น 6 ขั้นตอนตามลำดับ การเกิดพฤติกรรม ดังนี้ (Bloom, 1956)

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำ และการระลึกได้ถึงความคิดวัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งความจำ ที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปถึงความจำในสิ่งที่ยุ่ยาก ซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความจำให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกัน สื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมายการสรุปหรือการขยายความสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) ในเรื่องใดๆ ที่มีอยู่เดิมไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย และการขยายความสิ่งนั้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจและการนำไปปรับใช้โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะ สิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อยที่มีความสัมพันธ์กันรวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือ ส่วนใหญ่ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องเป็นราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่างๆ เข้าไว้ด้วยกันเพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งต่างๆ ที่กำหนดให้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการ เนื้อหาสาระ เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ (Criterion) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสินการประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนสูงสุดของพุทธิลักษณะ (Characteristics of Cognitive Domain) ที่ต้องใช้ความรู้ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกัน เพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

2. แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น โดยอาจ จะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไปหรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยในระยะแรกนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล โดยสมมุติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการนั้นๆ (Becker, 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการหรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น สามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ ดังภาพ 1



ภาพ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Janz, & Becker, 1984 อ้างอิงใน วัฒนวงศ์ รัตนวราห (2557)

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้น ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาร์สและคอบส์ (Kasl, & Cobb, 1966) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกันของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Maiman, & Becker, 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบาย ถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค และ พฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหา การรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้าน ประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cue to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุง ความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behavior) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไป ประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและ ภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาน ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการ ปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์ (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, & Drachman, 1977) จึง สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อ ว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความ เชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรม เพื่อ ป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือ กระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความ

ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action) หมายถึง การบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้น จะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความล้าชาน เป็นต้น ฉะนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดี มากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง (Becker, 1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้ง ภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายในเช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและการปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอกได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สิ่งชักนำที่ทำให้มีการปฏิบัติจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker, 1974 อ้างอิงใน วาสนา เหมือนมี, 2557, น. 25) ซึ่งงานวิจัยนี้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง และผลรวมจากการได้รับข้อมูลในการกระตุ้นเตือนของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค

6. ปัจจัยร่วมๆ (Modifying factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน (Becker, 1974 อ้างอิงใน วาสนา เหมือนมี, 2557, น. 26) ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคมกลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น จากการศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Becker จะเห็นได้ว่า ก่อนที่บุคคลใดๆ ก็ตามจะยอมรับ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองนั้น ขึ้นอยู่ว่าเมื่อทำแล้วจะต้องไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) หรือถ้ามีก็มีเพียงเล็กน้อย (Less Severity) และผลที่ได้รับต้องมีผลดีมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพ (Benefits) โดยปราศจากผลข้างเคียง หรือความยุ่งยากใดๆ (Barriers) นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะทราบดีว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติดังกล่าว มีมากเพียงใดก็ตาม แต่ถ้าการปฏิบัตินั้นมีความยุ่งยาก เช่น ไม่สะดวก มีราคาแพง มีความเจ็บปวด หรือไม่เป็นที่น่าพอใจ การปฏิบัติตนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นก็อาจจะไม่เป็นผล นอกจากนี้ ปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรประชากร โครงสร้าง สังคมจิตวิทยา และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งสิ่งกระตุ้นในที่นี้ หมายถึง การรับรู้สภาวะร่างกาย และผลรวมของการแสดงออกเมื่อได้รับคำแนะนำ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมวิทยา ซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคล ผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา (ณิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561) การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และชุมชน

เนื่องจากคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม ต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ บางคนอาจจะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อย การติดต่อกันทำให้รู้จักกัน เกิดความสัมพันธ์กันจนเป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อนที่เรียนหนังสือ เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชนหรือสมาชิกชมรมต่างๆ การได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและได้สร้าง ความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่ง อาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย การสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเราอยู่ตลอดเวลา และได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ต่อมาผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษาโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น จากแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยช่วยเหลือและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วย จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดี

3.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2540) ให้ความหมาย แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจและก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพผู้รับ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Kahn (1979) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า การแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง การรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่นๆ

Cobb (1976) อธิบายความหมายของคำว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นตลอดช่วงชีวิตทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่ง

ของสังคม และเป็นการสื่อสารที่ให้ผลในทางบวก ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่า

Thoits (1982) ได้ให้ความหมายว่า การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้นและเห็นว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติ ซึ่งพิจารณาเพียงมิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ต้องพิจารณารวมกับทุกคน

Tilden, & Weinert (1987) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมทำให้มีการถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน

Pender (1996) ให้คำนิยาม การสนับสนุนทางสังคมว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้มีผลทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของการเป็นที่ยอมรับ การได้รับความรักและรู้สึกมีคุณค่าซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับทุกคน

จากแนวคิดและความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา จึงสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิดซึ่งมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้นอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือหลายบุคคลร่วมกัน ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน

3.2 หลักการสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2540) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ดังนี้

3.2.1 จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” แรงสนับสนุนทางสังคม

3.2.2 ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนที่สนใจเอาใจใส่มีความรักความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง

2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3.3.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือแรงสนับสนุนทางสังคม

3.3.4 จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือ การมีสุขภาพดี

3.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

จรรยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) กล่าวถึง แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งตาม กลุ่มสังคมออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ

อูบล นิวัติชัย (2539) แนวคิดการจัดกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน

ประเภทที่ 2 ครอบครัวใกล้ชิด (Kinship) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ที่ไม่ใช่กลุ่มที่จัด โดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึง การที่บุคคลอยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

Gottlieb (1985 อ้างถึงใน นิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2560) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยด้านวัตถุประสงค์ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุน ได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

Pender (1996) ได้แบ่ง แหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Natural Support Group) ได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวมีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้น สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ มีความนับถือหรือการยอมรับความต้องการของส่วนรวม และมีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support System) ประกอบด้วย กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ โดยคนกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงในชีวิต และประสบความสำเร็จในการปรับตัวและพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างซาบซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาที่ประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious System) เช่น บุคคลที่โบสถ์หรือกลุ่มองค์กรศาสนาอื่นๆ ที่มีการพบปะในสถานที่ที่ทางกลุ่มศาสนานั้นๆ จัดไว้ให้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ แบ่งปันความรู้ดีที่มีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีสักการบูชาทางศาสนา แนวทางการดำเนินชีวิต และให้การช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้บุคคลบรรลุถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือในวิชาชีพ (Organized System of Caregiving of Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะเฉพาะด้านและการบริการที่เสนอให้แก่ผู้ป่วย บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน ไม่เพียงพอหรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล หรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว ซึ่งกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพนี้ จะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ขาดหรือบกพร่องนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือบุคคล ซึ่งมีความต้องการบางอย่าง โดยที่เขาไม่สามารถจะตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิต เช่น กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรคหรือกลุ่มที่มีสมาชิกภายในครอบครัวมีความพิการ

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูงกลุ่มนี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบสังคมแรงสนับสนุนทางสังคม ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างดี ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3.4 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไรถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน เพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้แต่ละบุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

House, 1981 อ้างอิงใน Tilden, & Weinert (1987)) ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องและให้การยอมรับพฤติกรรมผู้อื่น (Affirmation) เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจและทำให้รู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้ข้อมูล การตักเตือน การให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นๆ ได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Instrumental Support) หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือในรูปวัตถุหรือสิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ

House, 1981 อ้างอิงใน Bandura (1985) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงความห่วงใย การไปเยี่ยมเยียนด้วยความจริงใจ

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนในการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) ต่อการกระทำ การเห็นพ้อง หรือคำรับรอง (Affirmation) ถึงผลของการปฏิบัติ

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือ และเวลา เช่น ให้แรงงาน ให้เงิน ให้เวลา เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ จึงขึ้นอยู่กับคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล และลักษณะของกลุ่มสังคม

Cutrona, & Russel, 1990 อ้างอิงใน Sarafino (1994) ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านกำลังใจ ความรู้สึกซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีความรู้สึกอบอุ่น
2. การสนับสนุนยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านกำลังใจ ความรู้สึกซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมีความรู้สึกอบอุ่น
3. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนโดยให้ความช่วยเหลือทางการเงินหรือได้รับความช่วยเหลือด้านอื่นๆ
4. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Information Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านคำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือข้อมูลป้อนกลับ
5. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network Support) เป็นการสนับสนุนโดยได้รับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกว่าได้เป็นสมาชิกของกลุ่มที่มีความสนใจ และมีการกระทำกิจกรรมร่วมกัน

Cohen, & Wills (1985) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Main Effect Mode) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและเป็นไปอย่างถูกต้อง แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายและระบบฮอร์โมนโดยบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีภาวะสุขภาพดี มีความสุขมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย
2. แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (Buffering Effect Mode) โดยจะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเครียดทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนไร้ค่าหมดหนทางแก้ไข การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยปกป้องบุคคลจากความเครียดได้โดยช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ว่าจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้รู้สึกว่าเมื่อมีอะไรเกิดขึ้นจะมีคนคอยช่วยเหลือ และช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่มีผลต่อร่างกายโดยตรง ลดการรับรู้ปัญหาซึ่งมีผลต่อระดับฮอร์โมนทำให้รับรู้ต่อความเครียดน้อยลง จะเห็นได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่ง

ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเอง และช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้

3.5 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Pilisuk (1982) ได้กล่าวถึง หลักการที่สำคัญของการสนับสนุน ทางสังคมจะประกอบด้วย หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ คือ

3.5.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสาร ระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

3.5.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าจะมีความเอาใจใส่ และมีความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3.5.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ

3.5.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

3.6 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ คือ

3.6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1) ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman, & Syme, 1979 อ้างอิงใน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ การศึกษาของ คอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976, Cassel, 1961 อ้างอิงใน ณิชภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

2) ผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กเลอร์ (Burgler, n.d. อ้างอิงใน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

3) ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบี้ (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977 อ้างอิงใน ณิชากัทธ วัตบุญเลี้ยง, 2561) ได้รายงานผลการศึกษาดังพฤติกรรม การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

3.6.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore, 1977 อ้างอิงใน ณิชากัทธ วัตบุญเลี้ยง, 2561) ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

จากแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้วิจัยเลือกด้านนี้มาเพียงด้านเดียว ประกอบไปด้วยการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข จากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยทบทวนผลงานวิจัยและเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

กันยารัตน์ อุ่ยสกุล (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วาสนา เหมือนมี (2557) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ปรารธนา วัชรานุกฤษ, และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 280 คน ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.270$) ปัจจัยเอื้อจากสื่อ ($\beta = 0.167$) และเพศ ($\beta = 0.154$) เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 14.8

สุรียา หล้าก่า (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ($\bar{x} = 75.22$, S.D.=13.89) มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 65.09$, S.D.=8.08) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง ($\bar{x} = 81.93$, S.D.=8.45) และจากการหาความสัมพันธ์ พบว่า 1) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย การมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และ 2) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

Wyatt et al. (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า เพศหญิงมีความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมอง

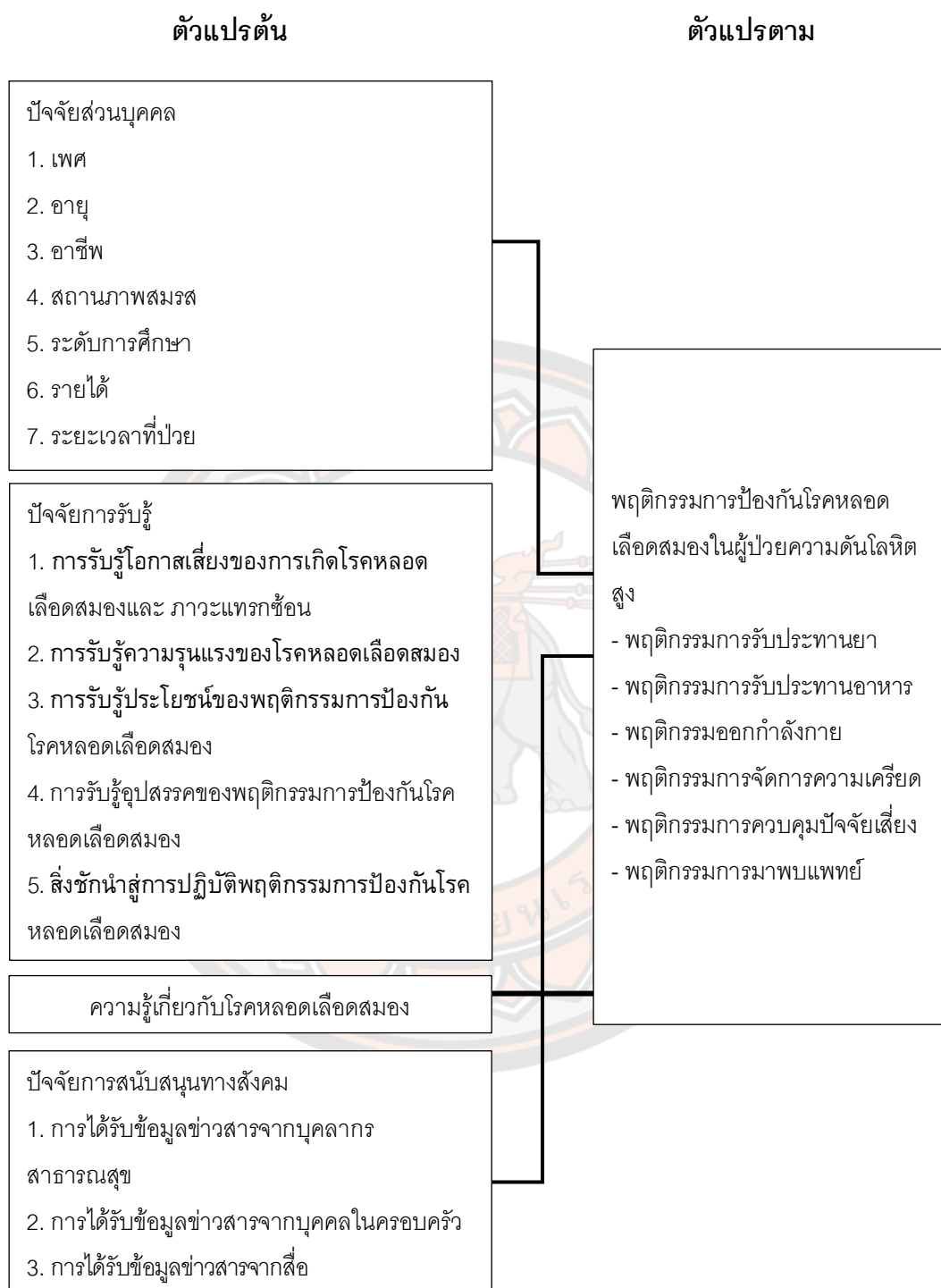
มากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะเพศชายที่สูบบุหรี่จะมีการใส่ใจสุขภาพลดลง และเข้าตรวจรับการรักษาน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

Warren-Findlow, Seymour, & Huber (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยความดันโลหิตสูง 6 ประการที่กำหนดโดยแพทย์ในชาวแอฟริกันอเมริกัน 190 คน พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพในการจัดการความดันโลหิตสูงของตนเองได้ดี การรับรู้ความสามารถในการรับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.23, 95% CI: 1.08, 1.32) การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ (OR = 1.64, 95% CI: 1.07 - 2.20) การออกกำลังกาย (OR = 1.27, 95% CI: 1.08 - 1.39) การไม่สูบบุหรี่ (OR = 1.10, 95% CI: 1.01 - 1.15) และการฝึกเทคนิคการควบคุมน้ำหนัก (OR = 1.63, 95% CI: 1.30 - 1.87) ความสามารถในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเอง ชาวแอฟริกันอเมริกันรู้สึกมั่นใจว่าความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่สามารถควบคุมได้และมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิต

Ross (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชาวแอฟริกาที่อาศัยอยู่ในอเมริกา เป็นการศึกษาระยะยาวในชาวแอฟริกัน 24 คน พบว่าการให้คำแนะนำและความรู้เรื่องโรคจะช่วยลดอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบตัวแปรที่นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 15 ตัวแปร จำแนกเป็นตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง จำแนกเป็นตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่สถานบริการส่งเสริมสุขภาพ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์จำนวน 11,835 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่สถานบริการส่งเสริมสุขภาพ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 427 ผู้วิจัยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 \sigma^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (11,835 คน)

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของปรารภณา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่ามีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.173

e = ความคลาดเคลื่อนผู้วิจัยกำหนด เท่ากับ 0.05

จากสูตร

$$n = \frac{11,835 \times (1.73^2) (1.96^2)}{[(0.05^2) (11,835 - 1)] + [(1.73^2)(1.96^2)]}$$

$n = 384$ คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 384 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$\begin{aligned} n_{\text{adjusted}} &= n/1-r \\ &= 384/1-0.1 \\ &= 426.67 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษารั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 427 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เพื่อหาสถานบริการที่เป็นตัวแทนของอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยแบ่งตามขนาดของประชากรตามพื้นที่สถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดนครสวรรค์ ได้ 3 ขนาด ประกอบด้วย ดังนี้

ขนาดเล็ก (S) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ น้อยกว่า 3,000 คน มีจำนวน 3 สถานบริการ

ขนาดกลาง (M) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ 3,000-8,000 คน มีจำนวน 11 สถานบริการ

ขนาดใหญ่ (L) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มากกว่า 8,000 คน มีจำนวน 14 สถานบริการ

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) กับสถานบริการแต่ละขนาดเพื่อหาตัวแทนสถานบริการ ตามสัดส่วน 2: 1 เนื่องจากผู้วิจัยต้องการกระจายสถานบริการสาธารณสุขให้ได้จำนวนมากที่สุด ดังนี้

ขนาดสถานบริการ	จำนวน	สัดส่วน 2: 1
ขนาดเล็ก (S)	3	1
ขนาดกลาง (M)	11	5
ขนาดใหญ่ (L)	14	7
รวม	28	13

โดยจับฉลากคัดเลือกตามสัดส่วน 2:1 ของจำนวนสถานบริการ ได้ทั้งสิ้น 13 แห่ง สถานบริการขนาดเล็ก จำนวน 1 สถานบริการ ขนาดกลาง จำนวน 5 สถานบริการ และขนาดใหญ่ จำนวน 7 สถานบริการ รวม 13 สถานบริการ ดังนี้

ขนาดเล็ก จำนวน 1 สถานบริการ ได้แก่ รพ.สต.ตำบลบ้านเกรียงไกรใต้

ขนาดกลาง จำนวน 5 สถานบริการ ได้แก่ รพ.สต.ตำบลบ้านศรีอุทุมพร รพ.สต.ตำบลบ้านมะเกลือ รพ.สต.ตำบลบ้านเกาะหงษ์ รพ.สต.ตำบลบ้านเกรียงไกร และรพ.สต.ตำบลบ้านน้ำใส

ขนาดใหญ่ จำนวน 7 สถานบริการ ได้แก่ รพ.สต.ตำบลบ้านแก่ง รพ.สต.ตำบลบ้านหนองปลิง ศูนย์สุขภาพสะพานดำ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดไทรใต้ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดช่องศรีศรีสุทริวารารุ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดจอมคีรีนาคพรต และศูนย์สุขภาพชุมชนสวรรคภ์ระชาภิรักษ์

ขั้นที่ 3 ใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) นำรายชื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของแต่ละสถานบริการสาธารณสุขมาเรียงลำดับหมู่บ้านจากน้อยไปหามาก เรียงลำดับจาก ก-ฮ พร้อมทั้งใส่เลขกำกับ

การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากขนาดของประชากรของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน จึงคำนวณตัวอย่างโดยการหากกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportional to size sampling) ตามสูตร ดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

เมื่อ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วย(คน)	สัดส่วน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกรียงไกรใต้ (S)	127	0.02	10
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุทุมพร (M)	126	0.02	10
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ (M)	351	0.06	27
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะหงษ์ (M)	272	0.05	21
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกรียงไกร (M)	184	0.03	14
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงน้ำใส (M)	225	0.04	17
7	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง(L)	334	0.06	25
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลิง(L)	860	0.15	65
9	ศูนย์สุขภาพสะพานดำ(L)	788	0.14	60
10	ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดไทรใต้(L)	565	0.10	43
11	ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดช่องคีรีศรีสุทิวราราม(L)	788	0.14	60
12	ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดจอมคีรีนาคพรต(L)	291	0.05	22
13	ศูนย์สุขภาพชุมชนสวรรคค์ประชาภิรักษ์(L)	702	0.13	53
รวม		5,613	1.00	427

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 35 - 59 ปี
2. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
3. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. เป็นผู้ที่มีศรัทธาและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคประจำตัวอื่นร่วม
3. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามต่างๆ ที่มีผู้เคยทำวิจัยและตีพิมพ์มาแล้ว โดยผู้วิจัยนำส่งหนังสือขออนุญาต เจ้าของแบบสอบถามดังกล่าวแล้ว และผู้วิจัยเพิ่มเติมในบางส่วน โดยอาศัยการศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และรายงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้าง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากวาสนา เหมือนมี (2557) โดยมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 คำ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผล

แบ่งกลุ่มหาระดับความรู้ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968 อ้างอิงใน อมรรดา รงค์ทอง, 2561, น. 49)ดังนี้

กลุ่มที่มีความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กลุ่มมีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

กลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ (15 x 0.8) 8 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง (15 x 0.6) 6 ถึง 7

ความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า 6

ส่วนที่ 3 การรับรู้

แบบสอบถามการรับรู้ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากวาสนา เหมือนมี (2557) ได้แก่ การรับรู้ใน ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต และสิ่ง ชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามด้านบวกและลบ กำหนดให้ เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่ เห็นด้วย ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

		ข้อคำถามทางบวก		ข้อคำถามทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน	5	คะแนน

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนการรับรู้ โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และแบ่งเป็นระดับการรับรู้ ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

การรับรู้ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00

การรับรู้ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67

การรับรู้ระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จาก ปารรณนา วัชรานุรักษ์ (2560) กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน	1
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน	2
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน	5

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม และแบ่งเป็นระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

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

จำนวนกลุ่ม

$$= \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จาก บุชราคม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน (2562) มีพฤติกรรมครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ
3. พฤติกรรมออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ
4. พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ
5. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ
6. พฤติกรรมมารับแพทย์ตามนัด จำนวน 3 ข้อ

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ				
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	5	คะแนน	1	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	4	คะแนน	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3	คะแนน	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน	5	คะแนน

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ และแบ่งเป็นระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น

3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

ช่วงคะแนนในชั้น = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด

จำนวนกลุ่ม

$$= \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

3

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมาก	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67
พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33

การสร้างเครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามต่างๆที่มีผู้เคยทำวิจัยและตีพิมพ์มาแล้ว โดยผู้วิจัยนำส่งหนังสือขออนุญาตเจ้าของแบบสอบถามดังกล่าวแล้ว และผู้วิจัยเพิ่มเติมในบางส่วน โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างแบบสอบถาม โดยครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในงานวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอกิจกรรมที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อขอคำแนะนำและนำมาแก้ไขให้สมบูรณ์

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดความถูกต้อง และชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น นำค่าคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของโรวินลลี และแฮมเบิลตัน มีสูตรการคำนวณ (Rovinelli, & Hambleton, 1977) ดังนี้

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

เมื่อ

$$IOC = \text{ดัชนีความสอดคล้อง}$$

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.5 - 1.00

4.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการกำหนดเกณฑ์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (Try out) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ (Try out)

1. อายุ 35 - 59 ปี
2. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
3. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. เป็นผู้ที่สนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ (Try out)

1. มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคประจำตัวอื่นร่วม
3. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล

วิธีการสุ่มกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงเมืองใต้ อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ จนครบ จำนวน 30 คน โดยฉลากที่จับมาแล้วนั้นจะไม่นำใส่คืนเพื่อให้จำนวนกลุ่มทดลองที่สุ่มมีจำนวนเท่าเดิม (Sampling without replacement)

ขั้นตอนการทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงเมืองใต้ อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ และเข้าพบผู้อำนวยการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร เวชระเบียนรวมทั้งมีระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร และขอคำยินยอมจากอาสาสมัครพร้อมแจกเอกสารใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้แก่กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ

แบบสอบถาม (Try out) เพื่อเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลกลับไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีทางสถิติ โดยนำแบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson (วาสนา เหมือนมี, 2557) ได้เท่ากับ 0.763 ความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ ได้เท่ากับ 0.878 (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและ ภาวะแทรกซ้อน (0.878) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (0.728) 3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (0.787) 4) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (0.774) 5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (0.702)) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ 0.916 (1) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข (0.814) 2) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว (0.903) 3) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (0.813) และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ 0.850 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7

5. จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 35-59 ปี จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P3-0103-2563 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2563 เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการเก็บรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระ ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีการให้คำชี้แจง (Information sheet) ก่อนเข้าร่วมโครงการ และมี Consent form ให้อาสาสมัครเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และอธิบายถึงระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่างดังนี้

ระยะเตรียมเอกสาร

1. ผู้วิจัยได้ยื่นขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยโครงการเป็นแบบยกเว้น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ในงานวิจัยจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความยินยอม การรวบรวมข้อมูล และการเสนอข้อมูลจะกระทำอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ดังนี้

1.1 การให้ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)

1.2 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของอำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มอาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง

ระยะดำเนินงาน

1. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอเมืองฯ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามวันที่ให้บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง เพื่อคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัคร ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มอาสาสมัครดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้ โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัคร

2.2 เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยง undue influence คือ การบีบบังคับหรือใช้อิทธิพลเพื่อให้เข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทักทาย แนะนำตัว และเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ และการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมงานวิจัย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าไม่มีค่าชดเชย และไม่มีผลต่อการให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาทีต่อคน อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิที่ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร เวชระเบียน รวมทั้งมีระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร และขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร

2.3 เมื่อผู้ป่วยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยแจกแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยใช้สถานที่เป็นห้องด้านข้างคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยอยู่บริเวณที่อาสาสมัครสามารถสอบถามข้อสงสัยในแบบสอบถามได้

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป โดยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งสิ้น 427 คน แต่จากการตรวจสอบ พบว่ามีผู้ที่อายุต่ำกว่า 35 ปี จำนวน 7 คน จึงตัดออกจากการศึกษา ดังนั้นคงเหลือตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไปจำนวน 420 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาที่ป่วย โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาที่ป่วย 2) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด 4) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ จำนวนและร้อยละ และนำเสนอคะแนนในภาพรวมรายตัวแปรด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) และยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P3-0103-2563 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2563 ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการขออนุมัติผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความยินยอม และลงนามเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ในการให้ข้อมูล สามารถถอนจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการพิทักษ์สิทธิ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 35 - 59 ปี ในอำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 420 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยการนำเสนอแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้โรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 420)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	166	39.5
หญิง	254	60.5
อายุ		
35 - 49 ปี	147	35.0
50 - 59 ปี	273	65.0
$\bar{x} = 51.28$ S.D. = 5.70 Min = 35 Max = 59		
สถานภาพ		
โสด	29	6.9
สมรส	329	78.3
หม้าย	38	9.0
หย่า/แยกกันอยู่	24	5.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	18	4.3
ประถมศึกษา	237	56.4
มัธยมศึกษา/ปวช.	81	19.3
อนุปริญญา/ปวส.	39	9.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	45	10.7

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	44	10.5
เกษตรกรรวม	69	16.4
รับจ้าง	150	35.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	58	13.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	99	23.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	129	30.7
5,000 – 15,000 บาท	227	54.0
15,001 – 30,000 บาท	47	11.2
30,001 – 50,000 บาท	13	3.1
มากกว่า 50,000 บาท	4	1.0
$\bar{x} = 9,534.67$ S.D. = 9,538.32 Min = 300 Max = 60,000		
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่า 5 ปี	216	51.4
5 – 10 ปี	173	41.2
10 ปี ขึ้นไป	31	7.4
$\bar{x} = 5.14$ S.D. = 3.49 Min. = 1 Max = 19		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 39.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.5 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 65.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.28 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 15,000 บาทบาทต่อเดือน ร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.4 มีเพียงร้อยละ 7.4 ที่มีระยะเวลาป่วยเป็นความดันโลหิตสูง 10 ปี ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)

ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (8 คะแนนขึ้นไป)	363	86.4
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	42	10.0
ระดับน้อย (น้อยกว่า 6 คะแนน)	15	3.6

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 86.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 3.6

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n=420)

ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง				
1. โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการ ตีบ อุด ตัน หรือแตก ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง	389	92.6	31	7.4
2. ผู้ที่อายุมากกว่า 45 ปี มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	357	85.0	63	15.0
3. เพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง	298	71.0	122	29.0
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	397	94.5	23	5.5
5. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	386	91.9	34	8.1

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. อาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงเฉียบพลันชั่วคราว เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	373	88.8	47	11.2
7. อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณแขน ขา พูดัสับสน พูดไม่ได้ เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	393	93.6	27	6.4
8. การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	396	94.3	24	5.7
9. การควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	395	94	25	6.0
10. การงดสูบบุหรี่ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	373	88.8	47	11.2
$\bar{x} = 8.95$ S.D. = 1.45 Min. = 3 Max = 10				

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ ข้อ 4 ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ อยู่ที่ร้อยละ 94.5 รองลงมา คือ ข้อ 8 การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 94.3 และ ข้อที่ ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 3 เพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าหญิง ร้อยละ 71.0

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	337	80.2
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	81	19.3
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	2	0.5

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.2 รองลงมาคือ มีระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.3

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.36	0.71	มาก
2. ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.77	1.15	มาก
3. ผู้ที่การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	4.31	0.89	มาก
4. ผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	4.37	0.78	มาก

ตาราง 6 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	\bar{x}	S.D.	แปลผล
5. ผู้ที่มีความเครียด เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	4.27	0.81	มาก
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.41	0.83	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	4.25	0.61	มาก

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.25$, S.D.= 0.61) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 4. ผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{x} = 4.37$, S.D. = 0.78) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2 ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเป็น โรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{x} = 3.77$, S.D. = 1.15)

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	307	73.1
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	106	25.2
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	7	1.7

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.1 รองลงมาคือ มีระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.2

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น	4.11	0.96	มาก
8. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะทำให้ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง และทำให้เกิดความเครียด	3.93	1.01	มาก
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ทำให้กระทบต่อการทำงาน สูญเสียรายได้	4.08	1.02	มาก
10. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะก่อให้เกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม	4.07	1.02	มาก
11. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว อาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น เส้นเลือดในสมองแตก ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง และสมองถูกทำลาย	4.40	0.76	มาก
12. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง	4.01	0.98	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	4.10	0.72	มาก

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 0.72) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 11 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น เส้นเลือดในสมองแตก ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง และสมองถูกทำลาย ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = 0.76) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 8 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะทำให้ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง และทำให้เกิดความเครียด ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 1.01)

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	327	77.9
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	88	21.0
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	5	1.2

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.9 รองลงมาคือ มีระดับของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.0

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)

รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
13. การรับประทานอาหารจัดหรือลดการรับประทานอาหารเค็ม จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.24	0.88	มาก
14. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขแดง เครื่องในสัตว์ เนื้อติดมัน จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.10	0.96	มาก
15. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดเหล้า สูบบุหรี่ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.29	0.96	มาก
16. การออกกำลังกายโดยการวิ่ง เดินเร็ว ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ และควบคุมน้ำหนักตัว จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.19	0.90	มาก
17. การผ่อนคลายความเครียด เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.05	0.99	มาก
18. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.37	0.77	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	4.21	0.66	มาก

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, S.D.= 0.66) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 18. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{x} = 4.37$, S.D.= 0.77) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 17 การผ่อนคลายความเครียด เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{x} = 4.05$, S.D.= 0.99)

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	7	1.7
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	115	27.4
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	298	71.0

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 71.0 รองลงมา คือ มีระดับของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.4

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
19. ท่านรับประทานอาหารเช้าหรือลดการรับประทานอาหารเค็มไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง	2.64	1.21	ปานกลาง
20. ท่านไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเนื่องจากไม่มีเวลา	2.59	1.15	ปานกลาง

ตาราง 12 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบัง โรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
21. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต เนื่องจากมีอาการ ผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ไอ คอแห้ง	2.39	1.30	ปานกลาง
22. ท่านมาโรงพยาบาลเพื่อรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีคนพามา	1.75	1.04	น้อย
23. ท่านไม่สามารถลดการดื่มสุรา หรือบุหรี่ได้ เนื่องจากมีกลุ่ม เพื่อนชวน	1.62	0.98	น้อย
24. ท่านไม่สามารถจัดการความเครียดได้เนื่องจากไม่มีที่ปรึกษา หรือรับฟังปัญหา	1.56	0.96	น้อย
รวมค่าเฉลี่ย	2.09	0.72	น้อย

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 2.09$, S.D.= 0.72) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 19. ท่านรับประทานอาหารเช้าหรือลดการรับประทานอาหารเค็มไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง ($\bar{x} = 2.64$, S.D.= 1.21) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 24. ท่านไม่สามารถจัดการความเครียดได้เนื่องจากไม่มีที่ปรึกษา หรือรับฟังปัญหา ($\bar{x} = 1.56$, S.D.= 0.96)

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)

สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำบัง โรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	335	79.8
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	83	19.8
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	2	0.5

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.8 รองลงมา คือ มีระดับของสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.8

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)

สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
25. การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น	4.31	0.86	มาก
26. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะดูแลตนเองเมื่ออาการของโรคกำเริบเท่านั้น	3.89	1.13	น้อย
27. การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว มีส่วน ทำให้ท่านดูแลตนเองดีขึ้น	4.14	0.95	มาก
28. ท่านจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	4.49	0.77	มาก
29. เมื่อท่านทราบการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว ท่านจะปฏิบัติตาม	4.47	0.70	มาก
30. ท่านจะมาตรวจตามนัด เมื่อมีคนในครอบครัว/ญาติ กระตุ้นเตือน	3.93	1.22	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	4.21	0.56	มาก

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, S.D.= 0.56) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 28. ท่านจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ($\bar{x} = 4.49$, S.D.= 0.77) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 26. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะดูแลตนเองเมื่ออาการของโรคกำเริบเท่านั้น ($\bar{x} = 3.89$, S.D.= 1.13)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว (n = 420)

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	100	95.2
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	20	4.8
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.2 รองลงมา คือ มีระดับของได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.8

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ (n = 420)

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. บุคลากรทางสาธารณสุขให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต	4.59	0.59	มาก
2. บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำเกี่ยวกับการกั้นยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.64	0.54	มาก
3. บุคลากรทางสาธารณสุขให้การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน	4.44	0.72	มาก
4. บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	4.61	0.58	มาก
5. บุคลากรทางสาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน	4.42	0.76	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	4.54	0.50	มาก

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.54$, S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 2. บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำเกี่ยวกับการกินยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{x} = 4.64$, S.D.= 0.54) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5. บุคลากรทางสาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน ($\bar{x} = 4.42$, S.D.= 0.76)

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว (n = 420)

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	307	73.1
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	104	24.8
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	9	2.1

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของการคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.1 รองลงมา คือ มีระดับของการคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.8

ตาราง 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการได้รับการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว จำแนกตามรายข้อ (n = 420)

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว	\bar{x}	S.D.	แปลผล
6. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านคอยสอบถามอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ตามัว	4.04	0.99	มาก
7. บุคคลในครอบครัว/ญาติชักชวนท่านไปออกกำลังกาย	3.88	1.06	มาก
8. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านเตือนให้ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม อาหารมัน	4.14	0.93	มาก
9. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านพาท่านมาพบแพทย์ตามนัด	4.23	0.97	มาก
10. บุคคลในครอบครัว/ญาติเตือนให้ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	4.31	0.91	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	4.12	0.78	มาก

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12$, S.D.= 0.78) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 10 บุคคลในครอบครัว/ญาติเตือนให้ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ($\bar{x} = 4.31$, S.D.= 0.91) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 7. บุคคลในครอบครัว/ญาติชักชวนท่านไปออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.88$, S.D.= 1.06)

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n = 420)

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	269	64.0
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	136	32.4
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	15	3.6

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.4

ตาราง 20 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n = 420)

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ	\bar{x}	S.D.	แปลผล
11. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรค จากบุคคลในครอบครัว/ ญาติ	3.81	1.17	มาก
12. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากบุคลากรทางสาธารณสุข	4.44	0.75	มาก
13. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากเพื่อนๆ ของท่าน	3.55	1.23	มาก
14. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับวารสาร นิตยสาร คู่มือสุขภาพ	3.82	1.10	มาก
15. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากจากโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ค	3.89	1.05	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	3.90	0.79	มาก

จากตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.90$, S.D.= 0.79) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 12 ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.44$, S.D.= 0.75) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 13 ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากเพื่อนๆ ของท่าน ($\bar{x} = 3.55$, S.D.= 1.23)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำแนกเป็นรายข้อ (n = 420)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (3.68 – 5.00 คะแนน)	347	82.6
ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	73	17.4
น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0

จากตาราง 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.091$, S.D. = 0.42) ร้อยละ 82.6 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.4

ตาราง 22 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกราย ช่อ (n = 420)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมกำรรับประทำนยห			
1. ทำนรับประทำนยหเพื่อควบคุมควมดันโลหิตครบจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยไม่เพิ่มหรือลดยหเอง	4.64	0.68	มก
2. ทำนรับประทำนยหเพื่อควบคุมควมดันโลหิต ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง ทุกมือและต่อเนื่อง	4.68	0.58	มก
3. ทำนไม่หยุดรับประทำนยหลดควมดันโลหิตเอง เมื่อระดับควมดันโลหิตของทำนอยู่ในระดับปกติ	4.52	0.92	มก
4. ทำนสังเกตอภกรผิดปกติ หลังรับประทำนยหลดควมดันโลหิต เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อเจียน ใจสั่น	4.33	0.93	มก
รวมค้เฉลี่ย	4.54	0.59	มก
พฤติกรรมกำรรับประทำนอหกร			
5. ทำนรับประทำนอหกรรสหวนจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวน ซอ กอแพ ซนุน ลำโย ข้าวเหนียวหน้าสังขย	3.72	1.02	มก
6. ทำนรับประทำนอหกรไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หน้งไก่ทอดเครื่อง ในสัตว์ ปาท่องโก๋ กล้วยทอด แงงใส่กะทิ	3.75	0.94	มก
7. ทำนรับประทำนอหกรรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาร้ หนนม ผักดอง กุ้ง น้ำปลา ซี้ฉิว เกลือปน	3.68	0.99	มก
8. ทำนรับประทำนผลไม้ที่มีรสหวนน้อย เช่น ฝรั่ง แก้วมังกร ส้ม	3.73	0.95	มก
9. ทำนรับประทำนผักใบเขียวที่มีกากโยสูง เช่น ผักบุง ตำลึง คะน้ ผักกาด	3.93	0.93	มก
รวมค้เฉลี่ย	3.76	0.59	มก

ตาราง 22 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมออกกำลังกาย			
10. ท่านออกกำลังกายเหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย เช่น เดินแอโรบิค เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ แกว่งแขน โยคะ เป็นต้น	3.32	1.18	ปานกลาง
11. ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที	3.20	1.19	ปานกลาง
12. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ตัดหญ้า	4.10	0.99	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	3.56	0.86	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการความเครียด			
14. ท่านพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ เช่น เพื่อน หรือคนในครอบครัว	3.83	1.08	มาก
15. ท่านทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำงาน อดิเรก เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ ทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ ฟังเพลง ดูทีวี	4.04	0.89	มาก
16. ท่านมีวิธีจัดการกับความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม	3.91	0.96	มาก
17. ท่านนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง	4.10	0.90	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	3.97	0.70	มาก
พฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง			
18. ท่านสูบบุหรี่หรือยาเส้น	4.63	0.91	มาก
19. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาดอง	4.50	0.94	มาก
20. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทั่งแดง M150	4.37	1.01	มาก
21. ท่านชั่งน้ำหนักหรือสังเกตการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก	3.83	0.97	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	4.33	0.64	มาก

ตาราง 22 (ต่อ)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	\bar{x}	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมกำรมาพบแพทย์			
22.ทำนมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด	4.70	0.66	มาก
23.ทำนเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์นัด	4.65	0.73	มาก
24.ทำนสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือปลายเท้า เพื่อมาพบแพทย์ ทันที ก่อนกำหนด	4.46	0.97	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	4.60	0.63	มาก
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.09	0.12	มาก

จากตาราง 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = 0.12) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พฤติกรรมกำรมาพบแพทย์ ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรมกำรออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = 0.86) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 22.ทำนมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด ($\bar{x} = 4.70$, S.D. = 0.66) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 11 ทำนออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = 1.19)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยกำรวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise Multiple Regression)

1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์

$$a = \text{ค่าคงที่}$$

$$b_1 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศหญิง}$$

- b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ
- b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพโสด
- b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส
- b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาไม่ได้ศึกษา
- b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาประถมศึกษา
- b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา/

ปวส

- b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกรรม
- b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้าง
- b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
- b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้
- b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาที่ป่วย
- b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง
- b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับ ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

b_{21} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

b_{22} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยนี้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น..ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก

วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดียวระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง กับพฤติกรรมป้องกันโรค
หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p
อายุ	0.102*	0.035
รายได้	0.078	0.108
ระยะเวลาที่ป่วย	0.262**	< 0.001
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	0.129**	0.008
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.505**	< 0.001
การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.381**	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.569**	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.349**	< 0.001
สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง	0.510**	< 0.001
การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข	0.430**	< 0.001
การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว	0.415**	< 0.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.304**	< 0.001

** p < 0.01

จากตาราง 22 สามารถแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ($r = 0.102, p = 0.035$)
ระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.262, p < 0.001$) ความรู้โรค
หลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ($r = 0.129, p = 0.008$) การรับรู้โอกาส
เสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ($r = - 0.505, p <$

0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.381, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.569, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.349, p < 0.001$) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.510, p < 0.001$) การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.430, p < 0.001$) การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.415, p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($p = 0.304, p < 0.001$)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ รายได้ ($r = 0.078, p = 0.108$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ กับพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ อาชีพ กับพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังกัน โรคหลอดเลือดสมอง	
	Eta	p
เพศ	0.091	0.060
ระดับการศึกษา	0.186	0.005
สถานภาพสมรส	0.112	0.149
อาชีพ	0.103	0.339

* $p < 0.05$

จากตาราง 23 พบว่า ทุกปัจจัย ได้แก่ เพศ ($\eta = 0.091$, $p = 0.060$) ระดับการศึกษา ($\eta = 0.186$, $p = 0.005$) สถานภาพ ($\eta = 0.112$, $p = 0.149$) อาชีพ ($\eta = 0.103$, $p = 0.339$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 24 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 420)

ตัวแปรทำนาย	b	β	t	P-value
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.160	0.259	5.416	< 0.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว	0.098	0.184	4.607	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	-0.103	-0.179	-4.739	< 0.001
สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.126	0.171	3.821	< 0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.103	0.154	3.259	0.001
ระยะเวลาที่ป่วย	0.018	0.151	4.159	< 0.001
Constant (a) = 2.168, R square = 0.489, Adjusted R square = 0.481, F =65.744, p-value < 0.001				

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ทั้งหมด 6 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.259$, $p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = 0.184$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -0.179$, $p < 0.001$) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

($\beta = 0.171, p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.154, p = 0.001$) ระยะเวลาที่ป่วย ($\beta = 0.151, p < 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ร้อยละ 48.9 ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ = $2.168 + 0.160$ (การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.098 (การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว) - 0.103 (การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.126 (สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.103 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.018 (ระยะเวลาที่ป่วย)



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานบริการส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 - 59 ปี จำนวน 420 คน ได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนธันวาคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.72 - 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.5 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 65.0 ($\bar{x} = 51.28$) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะภาพสมรส ร้อยละ 78.3 ด้านระดับการศึกษาพบว่า มีระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 35.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 15,000 บาท ร้อยละ 54.0 ($\bar{x} = 9,534.67$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.4 ($\bar{x} = 5.06$)

2. ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 69.0 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ ข้อ 4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ อยู่ที่ร้อยละ 94.5 และ ข้อที่ ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 3. เพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 71.0

ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.61) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 0.72) รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, S.D. = 0.66) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 2.09$, S.D. = 0.72) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, S.D. = 0.56)

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการวิจัย พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.54$, S.D. = 0.50) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.78) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.0

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = 0.12) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พฤติกรรมการมาพบแพทย์ ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = 0.86) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 22 ท่านมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด ($\bar{x} = 4.70$, S.D. = 0.66) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 11 ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = 1.19)

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise multiple Regression)

พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ทั้งหมด 6 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.259$, p-value < 0.001) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = 0.184$, p-value < 0.001) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -0.179$, p-value < 0.001) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.171$, p-value < 0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.154$, p-value = 0.001) ระยะเวลาที่ป่วย ($\beta = 0.151$, p-value < 0.001) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ร้อยละ 48.9 ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ = $2.168 + 0.160$ (การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.098 (การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว) - 0.103 (การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.126 (สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.103 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.018 (ระยะเวลาที่ป่วย)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = 0.12) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี และมีความรู้ในระดับมาก ($\bar{x} = 8.95$ S.D. = 1.45) จึงทำให้ผู้ป่วยยังสนใจความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด และได้รับการกระตุ้นติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับ สถานบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา ได้จัดคลินิกบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกสัปดาห์ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒน์ คำสอน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา ไสดาพรม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก ($\bar{x} = 3.29$, S.D. = 0.19) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริฉวี อินทรหนองไผ่, วิณา จำริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรสุภกุล, และธัญชนก กองทอง (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับกฤษฎา จอดนอก, และณิตชาธร ภาโนมัย (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 15 ตัวแปร พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบ 6 ตัวแปร ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว 3) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6) ระยะเวลาที่ป่วย สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับแนวคิดของแจนซ์ และเบ็กเกอร์ (Janz, & Becker, 1984) ที่ว่าการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ต้องมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้เกิดหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียสอดคล้องกับการศึกษาของสุทิสสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.174$, $p - \text{value} = 0.049$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา ไสดาพรม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว พบว่า การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่บุคคลต้องปฏิบัติ เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยขึ้นจะต้องมีการดูแล และหากเป็นพ่อแม่จะต้องมีการทดแทนบุญคุณ โดยสมาชิกในครอบครัวจะคอยดูแลช่วยเหลือ จัดหาอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จัดทำอาหารรสชาติไม่หวาน มัน เค็ม ให้รับประทานปรุงอาหารโดยไม่ใส่ผงชูรสหรือผงปรุงรส เมื่อถึงวันนัดพบแพทย์จะคอยเตือนหรือพามาตรวจ หากบุคคลในครอบครัวไม่สบายใจจะคอยพูดคุยปรับทุกข์และให้กำลังใจ เป็นการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (House, 1987) เมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม โดยเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าของตนเอง ความเครียดลดลง มีกำลังใจ รู้สึกยังมีคนรักคอยห่วงใยและเอาใจใส่ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่

ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งพัฒนาการตามวัยนั้นเป็นวัยที่มีความคิด ความรับผิดชอบ วุฒิภาวะ รู้จักแยกแยะ มีเหตุผลชัดเจน และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลัปกถา (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด ($B = 0.270$) และสอดคล้องกับดวงธิดา โสดาพร (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว

3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ทางด้านลบ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้ มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ลดลง บุคคลจึงหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้นแต่เมื่อมีความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคจึงมีผลกระทบท่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยเป็นตัวกั้นขวางการกระทำและมีผลทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่น้อย จึงทำให้มองว่าการดูแลตนเองไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุยธิน แซ่ตัน (2563) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวาสนา เหมือนมี (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา เชียงทอง (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยง

โรคหลอดเลือดสมองอำเภออยุธยา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การจัดการโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

4. การรับรู้ถึงสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ถึงสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.001) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่า การกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน คำแนะนำของ สมาชิกในครอบครัว การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น ซึ่งสิ่งชักนำนี้จะส่งผลกระตุ้นร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.6) การที่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านทาง สื่อมวลชน เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว หนังสือพิมพ์หรือวารสาร จะทำให้เกิด พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2557) พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วม ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด สมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา เชียงทอง (2554) ที่พบว่า การรับรู้ อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการ โรคหลอดเลือดสมอง

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองสูง เนื่องจากที่ผ่านมามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อย เนื่องจาก ที่ผ่านมามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่เดิม จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมองที่ดียิ่งขึ้นเนื่องจากมีความเชื่อว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะทำให้ตนเองมี

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker et al., 1977) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2557) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา ไสดาพรม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมือง อรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ระยะเวลาที่ป่วย พบว่า ระยะเวลาที่ป่วย มีอิทธิพลทางบวกต่อมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตน้อยกว่า 5 ปี ($\bar{x} = 5.14$ S.D. = 3.491) จึงทำให้ผู้ป่วยยังสนใจความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงเชื่อฟัง ปฏิบัติตามเพื่อให้พ้นจากการมีภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีชีวิตยืนยาว (พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ, 2559) และได้รับการกระตุ้นติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำอ้อย รักดีวงศ์ (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา จอดนอก, และณิตชาธร ภาโนมัย (2563) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ

จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ระยะเวลาในการป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ พบว่า ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายดังนี้

1. **เพศ** ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสนใจและมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเท่าเทียมกันไม่แบ่งแยกเพศชายหรือเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และสอดคล้องกับบุษราตรี อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า เพศ เป็นตัวแปรที่รวมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้

2. **อายุ** ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 65.0 ซึ่งเป็นประชากรวัยก่อนเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ (Pre-aging) ก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนจะมีอายุจริง (Calendar Age) ซึ่งเป็นอายุที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี และมีอายุของร่างกาย (Body Age) ที่เกิดจากรูปแบบในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน บางครั้งคนที่มีอายุมาก แต่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ในทางตรงกันข้าม คนที่มีอายุน้อยแต่กลับมีสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เคยผ่านมา ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี

(2557) และสอดคล้องกับบุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่พบว่า อายุ ไม่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ คำทิพย์ (2556; พิชามณูชู่ คำแพรวดี, และอดิศักดิ์ สัตย์ ธรรม, 2558) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคล อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจทำให้มีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุยทิน แซ่ตัน (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจาก โรคหลอดเลือดสมอง

4. สถานภาพ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มี สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.3 มีคู่สมรสคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี แต่ขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า/แยก และโสด อาจได้รับการ สนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัวช่วยให้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีความสามารถในการ ดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดีสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน (2562; สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) ที่พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิชามณูชู่ คำแพรวดี, และอดิ ศักดิ์ สัตย์ธรรม (2558); สุรียา หล้ากำ, 2560) ที่พบว่า สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. **อาชีพ** ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีวิถีการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน อีกทั้งในปัจจุบันมีการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพผ่านสื่อหลายช่องทางทำให้บุคคลทุกสาขาอาชีพให้ความสำคัญและใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกร นิลเนตร, ชันัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. **รายได้** ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 -15,000บาท อาจจะทำให้ขาดความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองน้อย มุ่งหารายได้เพื่อนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ยังได้รับการบริการขั้นพื้นฐานในการดูแลรักษาโรคจากหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ คำทิพย์ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและความตระหนักผู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน (2562; ยุทธนา ชนะพันธ์, 2561) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. **ความรู้เกี่ยวกับโรค** ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 8.95$ S.D. = 1.45) แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ จะมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก แต่ยังมีบางส่วนที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง และเกิดความเคยชินกับโรคที่เป็นจึงให้ความสำคัญกับความรู้อันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2557) พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุยทิน แซ่ตัน (2563) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และส่วนใหญ่แม้จะรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ตามมา แต่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับอาการผิดปกติร้ายแรงใดๆ จึงอาจยังไม่รู้สึกถึงโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งคุกคามที่ตนเองต้องกลัว เพราะอาจไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างเฉียบพลัน จึงยังไม่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างเพียงพอที่จะช่วยกระตุ้นหรือปลุกเร้าให้เกิดความกลัวต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวไว้ว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือ กระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม ความสอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา เชียงทอง, 2554; บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒน์ คำสอน (2562; วาสนา เหมือนมี, 2557; สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (ทิพวรรณ ประสานสอน, และพรเทพ แพรขาว, 2559; พิชามญชุ์ คำแพรวดี, และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2558; เมธิกานต์ ทิมูลนิย์, และสุนิตา ปรีชาวงษ์, 2559) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างการได้รับข้อมูลข่าวสารบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก แต่ยังไม่อาจตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งที่บุคลากรสาธารณสุขให้การแนะนำ ดูแลเอาใจใส่ และกระตุ้นเตือนในเรื่องการดูแลสุขภาพ อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมด้านการสื่อสารยังไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งกาญจน์ กฤษณสุวรรณ (2558) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงห้องตรวจโรคผู้บังคับบัญชาาระดับสูงโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรหม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

9. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะในปัจจุบัน มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ มากมายผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อเทคโนโลยี และสื่อบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการสร้างกระแสประชาสัมพันธ์รณรงค์ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เท่าเทียมกันและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ความสอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา ไสดาพรหม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า สนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิมยศสิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ไม่ร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถปฏิบัติตนได้ดี เป็นตัวแทนในการให้ความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครอบครัว เนื่องจากพบว่าระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรจัดกิจกรรมคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูล รับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำสู่การการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น



บรรณานุกรม

- กรมแพทยทหารเรือ. (2548). *คู่มือเวชกรรมป้องกัน เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน*. กรุงเทพฯ: กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *บทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช*. สืบค้น 16 มีนาคม 2563, จาก <http://www.dmh.go.th/news>
- กฤษฎา จอดนอก, และณิตชาธร ภาโนมัย. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 13(2), 38-55.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ*. สืบค้น 19 มกราคม 2563 จาก <http://thaincd.com/2016/mission3>
- กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโดยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยารัตน์ อุษสกุล. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(1), 15-26.
- กิงกาญจน์ กฤษณสุวรรณ. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงห้องตรวจโรคผู้บังคับบัญชาระดับสูงโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 132-144.
- กิงแก้ว ปาจริย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กীরติ ยศยิ่งยง. (2549). *การจัดการความรู้ในองค์กร และกรณีศึกษา*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ ก๊อบปี้.
- คัมภีร์ งานดี. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อสุขภาพในการให้ความรู้แก่ประชาชนของนักวิชาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). *ตำราอายุศาสตร์: โรคความดันโลหิตสูง (ล.4)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). *พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. พิษณุโลก:

มหาวิทยาลัยยอร์ค.

- จุฑามาศ มีสุข. (2558). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของนักเรียน โดยใช้เทคนิคเกมพีเคชั่น สำหรับนักเรียนห้องเรียนพิเศษวิทยาศาสตร์ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนอนุภูพานารี (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอคำชะอี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 62-77.
- ณัฐกร นิลเนตร, ชันัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 41(1), 62-75.
- ณรงเดช เวชกามา. (2557). *Early decompressive craniectomy*. ใน การประชุมวิชาการสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (น. 147-148). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริตรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 22(43-44), 55-69.
- ณิชารัทธ วัตบุญเลี้ยง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยยอร์ค.
- ดวงธิดา ไสดาพร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยยอร์ค.
- ทิพวรรณ ประสานสอน, และพรเทพ แพรขาว. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 31(2), 36-43.

- นพดล คำภีโร. (2559). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- น้ำอ้อย ภัคดิวงษ์. (2557). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 23-30.
- นิตยา พันธุเวทย์. (2559). *ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกปี พ.ศ. 2558*. สืบค้น 19 มกราคม 2563, จาก <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>
- เนติมา คูณีย์. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2540). *เอกสารประกอบการสอน จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยา การแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุษบา จินดาวงษ์. (2556). *ความรู้สู่ประชาชน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงใช้อย่างไร*. สืบค้น 19 มกราคม 2563, จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th>
- บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒน์ คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 19(1), 122-134.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน. (2554). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์. (2559). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(3), 325-340.
- ปรารภณา วัชรานุกฤษ, และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542). *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติ*

- ตัว: การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ (ล. 2). กรุงเทพฯ: ไอกรุป เพรส.
- พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 40-51.
- พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2560). โรคหลอดเลือดสมอง (stroke). สืบค้น 19 มกราคม 2563, จาก http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
- พรสวรรค์ คำทิพย์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 44-45.
- พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารธรรมศาสตร์เวชสาร*, 17(4), 540-547.
- พิชามญช์ คำแพรวดี, และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *ธรรมศาสตร์เวช*, 1(16), 66-77.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน ปราณี ฐิไพเราะ (บก.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์* (น. 92-113). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณี รัตนไชยานนท์, และธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร. (2552). *เวชศาสตร์ร่วมสมัย: วิชาการแพทย์ก้าวหน้าประสานใจพัฒนาคุณภาพชีวิตไทย*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- มันทนา ประทีปะเสน, และวงเดือน บัณฑิต. (2542). อาหารกับ: โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด: *การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2561). *รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ.2557*. นนทบุรี: ไอคอนพริ้นติ้ง.
- เมตตา ธีระนิต. (2549). *การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบ้านหนองกร่าง ตำบลราษฎร์พัฒนา อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง (วิทยานิพนธ์ปริญญา*

- มหาบัณฑิต). ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- เมธิกานต์ ทิมูถนีย์, และสุนิตา ปรีชาวงษ์. (2559). หลอดเลือด ในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อน
หมดประจำเดือน วารสารเกื้อการุณย์, 23(1), 118-192.
- ยุทธนา ชนะพันธ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร
, 21(2), 109-119.
- เยาวลักษณ์ วงศ์ชาญศรี. (2550). ผลของการจัดการเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- รุ่งอรุณ จันทร์น้อย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองในจังหวัดเพชรบูรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก:
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์, 38(4), 152-165.
- วัฒนวงศ์ รัตนวราห. (2557). รายงานการวิจัยการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสวมใส่หมวกนิรภัยโดย
ใช้สมการโครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในสังคมเมืองและชนบท.
นครราชสีมา: สาขาวิชาวิศวกรรมขนส่ง สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีสุรนารี.
- วาสนา เหมือนมี. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,
9(2), 156-165.
- วิชัย เอกพลการ. (2559). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557.
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน. (2551). ความรู้และความเข้าใจของประชาชนต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม
ในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีบ้านหนองอึ่ง ตำบลเวียง
อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริถีนีย์ อินทรหนองไผ่, วิณา จำเจริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง. (2561).

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย, 14(1), 573-582.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.

สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), การพยาบาลทางอายุกรรม (น. 129-162). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษา โรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: ชั่วฉ่ำพรินต์ติ้ง.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). คู่มือแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: สไตลครีเอทีฟเฮ้าส์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. สืบค้น 19 มกราคม 2563, จาก http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease//ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559.

กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ncds) (situation on ncdds prevention and control in thailand) นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานสถานการณ์อัตราการการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ncds) (situation on ncdds prevention and control in thailand)*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สุทิสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคหัวใจขาดเลือด: การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภา เกตุสถิต. (2554). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สุรียา หล้ากำ. (2560). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 85-94.
- อมลรรดา รงค์ทอง. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี*. *วารสารมหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 147-158.
- อรุณี หล้าเขียว. (2558). *ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่*. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6* (น. 635-649). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- อุบล นวัตกรรม. (2539). *การปรับแก้และการจัดการกับความเครียด: เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง การพยาบาลทางจิตที่สอดคล้องกับสังคมไทยยุคโลกาภิวัตน์*. เชียงใหม่: สำนักบริหารวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุไรพร คล้าฉิม. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มี*

ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในจังหวัดสมุทรสงคราม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

- Bandura, A. (1985). Model of causality in social learning theory. F. A. In Mahoney M.J., (eds), *Cognition and psychotherapy* Boston, M: Springer.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-508.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *J Health Soc Behav*, 18(4), 348-366.
- Best, J. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1956). *A taxonomy of educational objectives: Handbook i the cognitive domain*. New York: Longman, Green.
- Cabral, N. L., Moro, C., Silva, G. R., Scola, R. H., & Werneck, L. C. (2003). Study comparing the stroke unit outcome and conventional ward treatment: A randomized study in joinville, brazil. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 61(2A), 188-193.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98, 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.
- House, L. (1987). Locating microearthquakes induced by hydraulic fracturing in crystalline rock. *Geophysical Research Letters*, 14(9), 919-921.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). Thehealthbeliefmodel: Adecadelater. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Joint National Committee 7-Complete Version. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JNC VII*, 42(6), 2106-2152.

- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. . M. W. In: Riley, (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (pp. 77-91). Boulder: Westview.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.
- Langhorne, P., & Dennis, M. (1998). *Stroke units: An evidence based approach*. London: BMJ Books.
- MacKay, J., & Mensah, G. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion innursing practice* (3rd ed.). Stamford, Conn: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 20.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Ross, L. (2013). *An exploration of the relationships between health promoting behaviors and stroke in african americans*. Retrieved December 11, 2013, from <http://searchproquest.Com/ip>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49-60.
- Sarafino. (1994). *Health psychology biopsychosocial interaction*. USA: John Wiley & Sons.
- Thoits, P. A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10(4), 341-362.

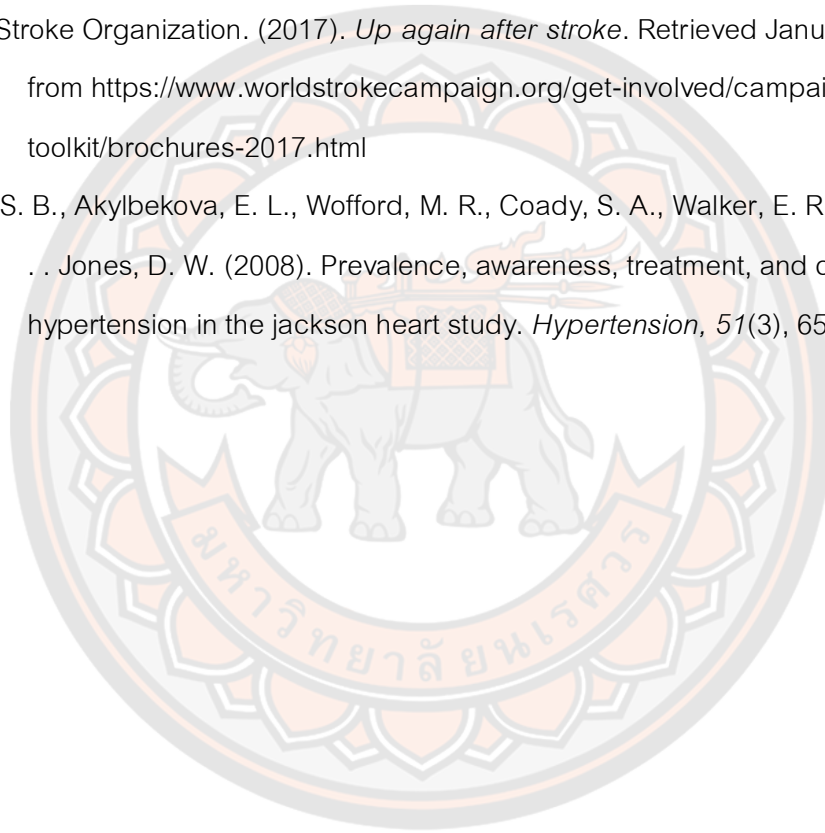
Tilden, V. P., & Weinert, C. (1987). Social support and the chronically ill individual. *The Nursing Clinics of North America*, 22(3), 613-620.

Warren-Findlow, J., Seymour, R. B., & Huber, L. R. B. (2012). The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among african american adults. *Journal of community health*, 37(1), 15-24.

World Health Organization. (2008). *Cardiovascular disease*. Retrieved January 16, 2009, from http://www.who.int/cardiovascular_disease/en.htm

World Stroke Organization. (2017). *Up again after stroke*. Retrieved January 16, 2009, from <https://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/campaign-toolkit/brochures-2017.html>

Wyatt, S. B., Akyzbekova, E. L., Wofford, M. R., Coady, S. A., Walker, E. R., Andrew, M. E., . . . Jones, D. W. (2008). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the jackson heart study. *Hypertension*, 51(3), 650-656.





ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิเศษ ดร.สุพัฒนา คำสอน
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ดร.วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์
นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
3. ดร.สมนึก หงษ์ยิ้ม
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี



ภาคผนวก ข ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตาราง 25 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศหญิง (หญิง = 1, ชาย = 0)
อายุ (ปี)	อัตราส่วน
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (อ้างอิง) สถานภาพโสด (โสด = 1, อื่นๆ = 0) สถานภาพสมรส (สมรส = 1, อื่นๆ = 0)
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การศึกษาไม่ได้ศึกษา (อ้างอิง) การศึกษาประถมศึกษา (ประถมศึกษา = 1, อื่นๆ = 0) ศึกษามัธยมศึกษา/ปวช/อนุปริญญา/ปวส (การศึกษามัธยมศึกษา/ปวช/อนุปริญญา/ปวส = 1, อื่นๆ = 0) การศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า (การศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า = 1, อื่นๆ = 0)
อาชีพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อาชีพว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/พอบ้าน/แม่บ้าน (อ้างอิง) อาชีพเกษตรกรรม (เกษตรกรรม = 1, อื่นๆ = 0) อาชีพรับจ้าง (รับจ้าง = 1, อื่นๆ = 0) อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ = 1, อื่นๆ = 0) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว = 1, อื่นๆ = 0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)	อัตราส่วน
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	อัตราส่วน

ตาราง 25 (ต่อ)

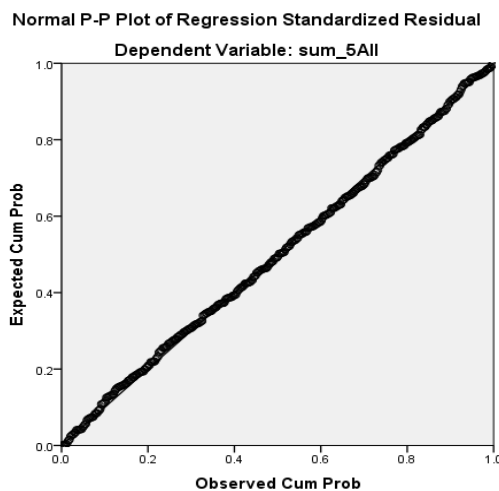
ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน)	อัตราส่วน
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน)	อัตราส่วน
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน)	อัตราส่วน
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน)	อัตราส่วน
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน)	อัตราส่วน
สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน)	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารบุคลากรสาธารณสุข (คะแนน)	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว (คะแนน)	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ (คะแนน)	อัตราส่วน
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนน)	อัตราส่วน

ภาคผนวก ค การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

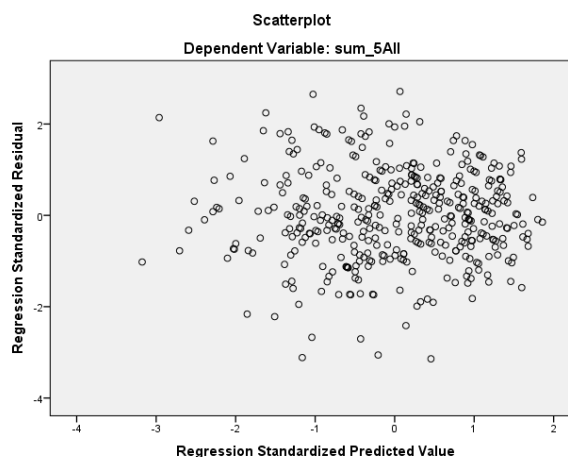
ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Data Distributions)

พบว่า การแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อนมีการเกาะหรืออยู่ไม่ห่างจากเส้นทแยงมุม หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



3. ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.670 ซึ่งมีค่าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5-2.5) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model Summary^g

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.564 ^a	.318	.316	.34058	
2	.636 ^b	.405	.402	.31849	
3	.657 ^c	.431	.427	.31178	
4	.674 ^d	.454	.449	.30572	
5	.689 ^e	.475	.469	.30014	
6	.699 ^f	.489	.481	.29671	1.670

a. Predictors: (Constant), sum_3C

b. Predictors: (Constant), sum_3C, sum_3E^{ใหม่}

c. Predictors: (Constant), sum_3C, sum_3E^{ใหม่}, sum_3D_{new}

d. Predictors: (Constant), sum_3C, sum_3E^{ใหม่}, sum_3D_{new}, sum_4B

e. Predictors: (Constant), sum_3C, sum_3E^{ใหม่}, sum_3D_{new}, sum_4B, ระยะเวลาที่ป่วย

f. Predictors: (Constant), sum_3C, sum_3E^{ใหม่}, sum_3D_{new}, sum_4B, ระยะเวลาที่ป่วย, sum_3A

g. Dependent Variable: sum_5All

4. การตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e) = 0$) หาค่าเฉลี่ยค่า a และ b โดยทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด จะทำให้ $\sum e_i = 0$ ซึ่งค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน = $E(e) = \sum e_i/n = 0$ ดังนั้น เงื่อนไขนี้เป็นจริงเสมอ

ทดสอบโดยใช้สถิติ t-test

H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน = 0

H_a : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน ไม่เท่ากับ 0

กำหนดระดับนัยสำคัญ (p-value) = 0.05

One-Sample Test						
	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Unstandardized Residual	.000	419	1.000	.00000000	-.0282540	.0282540

จากผลการทดสอบ พบว่า ค่า p-value = 1.000 ซึ่งมากกว่าค่า 0.05 ตามที่กำหนดไว้ จึงยอมรับค่า H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน (e) = 0 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่า ค่าของตัวแปร VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.844 ซึ่งไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 1.057 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.2 แสดงว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2.622	.107		24.587	.000		
	sum_3C	.350	.025	.564	13.959	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	1.979	.129		15.296	.000		
	sum_3C	.260	.026	.420	9.986	.000	.807	1.238
	sum_3Eใหม่	.242	.031	.328	7.811	.000	.807	1.238
3	(Constant)	2.389	.158		15.157	.000		
	sum_3C	.255	.026	.412	10.001	.000	.806	1.241
	sum_3Eใหม่	.199	.032	.269	6.220	.000	.729	1.371
	sum_3D	-.099	.023	-.174	-4.374	.000	.869	1.151
4	(Constant)	2.301	.156		14.754	.000		
	sum_3C	.231	.026	.372	8.974	.000	.764	1.309
	sum_3Eใหม่	.157	.033	.213	4.788	.000	.663	1.508
	sum_3D	-.104	.022	-.182	-4.663	.000	.867	1.154
	sum_4B	.091	.022	.172	4.201	.000	.786	1.272
5	(Constant)	2.266	.153		14.780	.000		
	sum_3C	.210	.026	.338	8.141	.000	.733	1.363
	sum_3Eใหม่	.155	.032	.210	4.806	.000	.663	1.508
	sum_3D	-.100	.022	-.174	-4.554	.000	.865	1.156
	sum_4B	.099	.021	.187	4.640	.000	.779	1.283
	ระยะเวลาที่ป่วย	.018	.004	.149	4.072	.000	.946	1.057
6	(Constant)	2.168	.155		14.030	.000		
	sum_3C	.160	.030	.259	5.416	.000	.542	1.844
	sum_3Eใหม่	.126	.033	.171	3.821	.000	.616	1.622
	sum_3D	-.103	.022	-.179	-4.739	.000	.863	1.158
	sum_4B	.098	.021	.184	4.607	.000	.779	1.284
	ระยะเวลาที่ป่วย	.018	.004	.151	4.159	.000	.946	1.057
	sum_3A	.103	.032	.154	3.259	.001	.556	1.800

a. Dependent Variable: sum_5All

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน 7 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ | |
| 1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 6 ข้อ |
| 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 6 ข้อ |
| 3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 6 ข้อ |
| 4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 6 ข้อ |
| 5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 6 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 24 ข้อ |

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง
นางสายสุนี เจริญศิลป์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือเติมข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
() ไม่ได้เรียน () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา
() อนุปริญญา/ปวส. () ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หม้าย () หย่า / แยกกันอยู่
5. อาชีพ
() ว่างาน () เกษตรกรรม () รับจ้าง
() ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
() นักเรียน/นักศึกษา
() อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ย บาท/เดือน
7. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยเลือกตอบเพียงหนึ่งช่องเดียว

ข้อความ	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง		
1. โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการ ตีบ อุด ตัน หรือแตก ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง		
2. ผู้ที่อายุมากกว่า 45ปี มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย		
3. เพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง		
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ		
5. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ		
6. อาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงเฉียบพลันชั่วคราวเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง		
7. อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณแขน ขา พุคสับสน พุคไม่ได้ เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง		
8. การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้		
9. การควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้		
10. การงดสูบบุหรี่ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้

ได้แก่ ข้อมูลการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงหนึ่งช่อง

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
2. ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
3. ผู้ที่รับประทานอาหารประเภทเกลือ กะทิ และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
4. ผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ (ต่อ)

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
5. ผู้ที่มีความเครียด เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง					
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น					
8. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และทำให้เกิดความเครียด					
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำให้กระทบต่อการทำงาน สูญเสียรายได้					
10. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะก่อให้เกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม					
11. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น เส้นเลือดในสมองแตก ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง และสมองถูกทำลาย					
12. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ (ต่อ)

ข้อความคำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย น้อย (2)	ไม่ เห็น ด้วย (1)
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง					
13. การรับประทานอาหารจัดหรือลดการรับประทานอาหาร อาหารเค็ม จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
14. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขแดง เครื่องในสัตว์ เนื้อติดมัน จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
15. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดเหล้า บุหรี่และ ควบคุมน้ำหนักตัวจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้					
16. การออกกำลังกายโดยการวิ่ง เดินเร็ว ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
17. การผ่อนคลายความเครียดโดยการฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
18. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง					
19. ท่านรับประทานอาหารจัดหรือลดการรับประทานอาหาร อาหารเค็มไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง					
20. ท่านไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่ สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีเวลา					
21. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต เนื่องจากมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ไอ คอแห้ง เป็นต้น					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
23. ท่านไม่สามารถลดการดื่มสุราได้ เนื่องจากเป็นมารยาทในการเข้าสังคม					
24. ท่านไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ดีที่สุด					
สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
25. การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น					
26. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะดูแลตนเองเมื่ออาการของโรคกำเริบเท่านั้น					
27. การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัวมีส่วน ทำให้ท่านดูแลตนเองดีขึ้น					
28. ท่านจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์					
29. เมื่อท่านทราบการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว ท่านจะปฏิบัติตาม					
30. ท่านจะมาตรวจตามนัด เมื่อบุคคลอื่นกระตุ้นเตือน					

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการแรงสนับสนุนทางสังคมของท่าน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับแรงสนับสนุนทางสังคมของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และขอความกรุณาให้ตอบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข 1. บุคลากรทางสาธารณสุขให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต					
2. บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำเกี่ยวกับการกินยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
3. บุคลากรทางสาธารณสุขให้การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน					
4. บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง					
5. บุคลากรทางสาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน					

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อคำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย น้อย (2)	ไม่ เห็น ด้วย (1)
<p>การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว</p> <p>6. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต</p>					
7. บุคคลใน ครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการออกกำลังกาย					
8. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การชมเชยเมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน					
9. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลและกระตุ้นเตือนในเรื่องการพามาพบแพทย์ตามนัด					
10. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา					
<p>การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>11. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรค จากบุคคลในครอบครัว/ ญาติ</p>					
12. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากบุคลากรทางสาธารณสุข					

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อคำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย น้อย (2)	ไม่ เห็น ด้วย (1)
13. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากเพื่อน ๆ					
14. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับวารสาร นิตยสาร คู่มือสุขภาพ					
15. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคจากจาก โทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ก					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ทำเป็นประจำประมาณสัปดาห์ละ 5-7 ครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำบ่อยประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำไม่สม่ำเสมอสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ทำประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ทำเลย

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ (5)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (4)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย (1)
พฤติกรรมมารับประทานยา					
1. ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตครบจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยไม่เพิ่มหรือลดยาเอง					
2. ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง ทุกมื้อและต่อเนื่อง					
3. ท่านไม่หยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเอง เมื่อระดับความดันโลหิตของท่านอยู่ในระดับปกติ					
4. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ หลังรับประทานยาลดความดันโลหิต เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น					
พฤติกรรมมารับประทานอาหาร					
5. ท่านรับประทานอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ชา กาแฟ ขนุน ลำไย ข้าวเหนียวหน้าสังขยา					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ (5)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (4)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย (1)
6. ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ทอดเครื่องในสัตว์ ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยวทอด แกงใส่กะทิ					
7. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาร้า แหนม ผักดอง กุ้ง น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น					
8. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ฝรั่ง แก้วมังกร ส้ม					
9. ท่านรับประทานผักใบเขียวที่มีกากใยสูง เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คะน้า ผักกาด					
พฤติกรรมออกกำลังกาย					
10. ท่านออกกำลังกายเหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย เช่น เดินแอโรบิค เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ แกว่งแขน โยคะ เป็นต้น					
11. ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที					
12. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ตัดหญ้า					
13. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้น ขณะหรือหลัง จากออกกำลังกาย เช่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ					
พฤติกรรมการจัดการความเครียด					
14. ท่านพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ เช่น เพื่อน หรือคนในครอบครัว					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ (5)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (4)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย (1)
15. ท่านทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ด้วยการทำงานอดิเรก เช่น สวดมนต์ ฟัง ธรรมะ ทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ ฟังเพลง ดูทีวี					
16. ท่านมีวิถีจัดการกับความเครียดของ ตนเองได้อย่างเหมาะสม					
17. ท่านนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง					
พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง					
18. ท่านสูบบุหรี่หรือยาเส้น					
19. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยา ดอง					
20. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง M150					
21. ท่านชั่งน้ำหนักหรือสังเกตการเพิ่มขึ้น ของน้ำหนัก					
พฤติกรรมการมาพบแพทย์					
22. ท่านมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด					
23. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองตามแพทย์นัด					
24. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวด ศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตาม ปลายมือปลายเท้า เพื่อมาพบแพทย์ทันที ก่อนกำหนด					

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้