



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก



ธัญญรัตน์ วงศ์ชนะ

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก"
ของ ธีญญารัตน์ วงศ์ชนะ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ดร.อนัญญา คูอาริยะกุล)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์วดี พัฒนถาบุตร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา)

อนุมัติ

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

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒนาวิทย์ พัฒนถาบุตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	โรคหลอดเลือดสมอง , ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ , พฤติกรรมการป้องกันโรค

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 416 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.6-1 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Coefficient Cronbach) ส่วนที่ 2 – 4 อยู่ที่ 0.75 - 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 70.21 , S.D. = 6.9) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพศ สถานภาพสมรส ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 16.4

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Title FACTORS AFFECTING TO PREVENTIVE BEHAVIOR OF STROKE PATIENTS AMONG UNCONTROLLED-HYPERTENSIVE PATIENTS IN MUANG DISTRICT, PHITSANULOK PROVINCE

Author THANYARAT WONGCHANA

Advisor Assistant Professor Pattanawadee Pattanathaburt, Ph.D.

Academic Paper M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2021

Keywords Cerebrovascular disease Uncontrolled Hypertension Prevention behavior

ABSTRACT

The purposes of this research were to study the behaviors and factors influencing stroke prevention behaviors among the 416 patients having uncontrolled hypertension in Mueang District, Phitsanulok Province. These patients were selected by cluster sampling. The data were collected during January – March in 2020. The instrument used in this research was a questionnaire consisting of 4 parts; 1) personal information, 2) awareness of having stroke, 3) social support, and 4) stroke prevention behaviors. The instrument quality was examined for the content validity by 3 experts and its IOC values were between 0.6-1. For Part 2 – 4, the Coefficient Cronbach values were analyzed and they were between 0.75 – 0.90. The data were analyzed by descriptive statistics, that is, frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple linear regression with the statistically significance level at .05. The results were found that the level of stroke prevention behaviors among most of the samples was moderate. (mean = 70.21, S.D. = 6.9). The factors affecting stroke prevention behaviors were the awareness of the expectation of self-efficacy for stroke prevention, gender, and marriage status. These can be predictive factors, 16.4%, for influencing stroke prevention behaviors.

The suggestions gained from the research are that the relating organizations should design some activities to change stroke prevention behaviors among the patients having uncontrolled hypertension . The activities can be focused on the one promoting awareness of self-efficacy of the patients for stroke prevention.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์นาดี พัฒนถาบุตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน กรรมการที่ปรึกษา ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นທີ່ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อันประกอบไปด้วย ดร.อนัญญา คูอาริยะกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์นาดี พัฒนถาบุตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา ประธานผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่กรุณาให้แนวคิดและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า กราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ให้คำแนะนำจนเครื่องมือสำเร็จไปด้วยดี อันประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) สุพัฒน์ คำสอน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

กราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ในการเข้าไปทำวิจัยและเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้ความสนใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน อย่างดีที่ สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และผู้สนใจทุกท่าน

ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	
ประกาศคุุณูปการ.....ฉ	
สารบัญ.....ช	
สารบัญตาราง.....ญ	
สารบัญภาพ.....ฎ	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....3	
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....4	
สมมุติฐานของการวิจัย.....4	
นิยามศัพท์เฉพาะ.....5	
บทที่ 2 เอกสารและงานที่เกี่ยวข้อง.....7	
ตอนที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง.....7	
ตอนที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง.....12	
ตอนที่ 3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory).....19	
ตอนที่ 4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory).....22	
ตอนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....23	
ตอนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....24	

กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	31
รูปแบบการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	37
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	40
ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล.....	41
ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้.....	43
ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม.....	52
ตอนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....	54
ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้.....	57
บทที่ 5 บทสรุป.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปราย.....	61
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	66
ภาคผนวก.....	74
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	75

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	76
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	86
ภาคผนวก ง ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ	87
ประวัติผู้วิจัย	92



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ประเภทความดันโลหิต จำแนกโดย ESH - ESC, BHS IV และสมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย	13
ตาราง 2 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง .17	
ตาราง 3 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หน่วยบริการสาธารณสุข 28 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	31
ตาราง 4 จำนวนหน่วยบริการ 14 หน่วยบริการ จากการสุ่มโดยการจับฉลาก และจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง	33
ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	41
ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	43
ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	44
ตาราง 8 จำนวน และ ร้อยละ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	45
ตาราง 9 จำนวน และ ร้อยละ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	46
ตาราง 10 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	47

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการป้องกัน การเกิด โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	49
ตาราง 12 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	49
ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองใน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	51
ตาราง 14 จำนวน และ ร้อยละ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	52
ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	53
ตาราง 16 จำนวน และ ร้อยละ ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	54
ตาราง 17 จำนวน และร้อยละ ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.....	57
ตาราง 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	57

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	30
-------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2017) รายงานว่า ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 17 ล้านคน เสียชีวิตจาก โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 เป็นลำดับที่ 2 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.3 เมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2552 นอกจากนั้น ยังเป็นลำดับที่ 1 ของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตก่อน วัยอันควร (YLL) ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 31,172 ราย (47.8 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 15,863 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 44.6 ต่อประชากรแสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561b, น. 57) ในขณะที่พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561a)

จากข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2558-2561 เท่ากับ 55.34 69.34 71.19 และ 57.20 ส่วนอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2558-2561 เท่ากับ 42.62 48.13 47.81 และ 47.15 สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 อัตราตายด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ.2558-2561 เท่ากับ 46.02 50.71 53.60 และ 55.36 ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายจังหวัด อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2558-2561 สูงที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 2 เท่ากับ 60.50 66.27 68.73 และ 72.28 ตามลำดับ

องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2008) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ 8 ปัจจัย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ

และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน, 2561) และจากการศึกษาของ Wang et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในประชากรจีน : การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (Meta analysis) ระหว่างปี 1990 ถึง 2015 ในประชากรชาวจีนอันจากการศึกษาแบบกลุ่ม 15 เรื่อง และกรณีศึกษา 178 กรณีศึกษา ผลการศึกษา พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ประวัติครอบครัวของโรคหลอดเลือดสมอง ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน และการสูบบุหรี่ และจากการศึกษาของ Abascal, Hernandez, Mederos, and Caballero (2016) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ของสาธารณรัฐบันจูลแกมเบีย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ 52%, มีน้ำหนักเกิน 43.8% และรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ 56.2% และจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System : Thai BRFSS) พ.ศ. 2561 พบว่า ประชาชนอายุ 15-79 ปี ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตใน 1 ปี ที่ผ่านมามีเพียง ร้อยละ 68.4 เท่านั้น และผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงและรักษาอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563, น. 57) ซึ่งน่าจะเป็นเหตุปัจจัยสำคัญข้อหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย เนื่องจากหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักแข็งและเปราะบาง และเมื่อเกิดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้บริเวณหลอดเลือดที่เปราะบางโป่งพองและแตกออกได้ง่าย จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคความดันโลหิตสูงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าโรคอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตตามมา สถานการณ์การควบคุมความดันโลหิตได้ดี ประเทศไทย พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ปี 2563 เท่ากับ ร้อยละ 58.61 เขตสุขภาพที่ 2 เท่ากับ ร้อยละ 67.54 จังหวัดพิษณุโลก เท่ากับ ร้อยละ 63.92 และ อำเภอมืองพิษณุโลก เท่ากับ ร้อยละ 49.87 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 50 (กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center, 2563)

โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (World Health Organization, 2012) ซึ่งปัจจุบันพฤติกรรมการดำเนินชีวิตมีรูปแบบที่เปลี่ยนไปมาก เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ส่งผลถึงภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทั้งนี้ พฤติกรรมป้องกันโรคเป็นการแสดงออก หรือเป็นพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ หรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลต้องเห็นว่าสิ่งนั้นมีอันตรายต่อสุขภาพอย่างรุนแรง และรู้สึกว่าการกำลังมีความเสี่ยงต่ออันตรายนั้น และเชื่อว่าสามารถปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อกำจัดอันตรายนั้นได้ และเชื่อว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตัดสินใจเลือกทำพฤติกรรมนั้นได้ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) และเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการส่งเสริมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการแล้ว จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นใจ รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของสังคม เห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมได้ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981; พิมพ์พร คงชุม, 2553)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมวาปี จังหวัดอุดรธานี ของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) พบว่า เพศ รายได้ และ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของ จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และงานวิจัยของ ประรณนา วัชรานุรักษ์ (2560) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ทราบปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งจะได้นำไปวางแผนการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายเกิดความความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ด้านจิตใจเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ด้านเศรษฐกิจขาดรายได้จากการไม่สามารถทำงาน ส่งผลต่อการลดป่วย ลดตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 28 หน่วยบริการ ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ รพ.สต.วังน้ำคู้, รพ.สต.จีวงาม, รพ.สต.วัดจันทร์, รพ.สต.วัดพริก, รพ.สต.เสาหิน, รพ.สต.ท่าทอง, รพ.สต.ท่าโพธิ์, รพ.สต.สมอแข, รพ.สต.ดอนทอง, รพ.สต.บ้านป่า, รพ.สต.ปากโทก, รพ.สต.หัวรอ, รพ.สต.จอมทอง, รพ.สต.บ้านจอมทอง, รพ.สต.บ้านกร่าง, รพ.สต.บ้านคลอง, รพ.สต.ปลายชุมพล, รพ.สต.มะขามสูง, รพ.สต.อรัญญิก, รพ.สต.บึงพระ, รพ.สต.ไผ่ขอดอน, โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวร, รพ.สต.บ้านสระโคก, รพ.สต.บ้านแหลมโพธิ์, รพ.สต.บ้านร้องยั้งข้าว, ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก, ศูนย์สุขภาพเมืองอรัญญิก และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเขื่อนขันธ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน มกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผล

ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

3. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุข การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือ แตก จนเกิดการทำลาย หรือ การตายของเนื้อสมอง ทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้ มีอาการสับสน ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง ควบคุมลิ้นไม่ได้ ชา ร่วมกับอ่อนแรง หรือสูญเสียการเคลื่อนไหวบริเวณหน้า แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอย่างเฉียบพลัน

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท.

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำโดยมุ่งเน้นที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือ ควบคุมความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจในผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ การคาดคะเนถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

6. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คาดหวังผลจะเกิดขึ้นจากการกระทำหรือการปฏิบัติของตน

7. ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ได้

8. แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการส่งเสริมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้



บทที่ 2

เอกสารและงานที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 6 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง
- ตอนที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง
- ตอนที่ 3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
- ตอนที่ 4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
- ตอนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- ตอนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดอาการขึ้นอย่างทันทีทันใดที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองในบริเวณนั้น แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ ตามกลไกการเกิดโรค คือ ภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากมีหลอดเลือดสมองอุดตัน (ischemic stroke) และ หลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) โดยในกลุ่มหลอดเลือดสมองแตกยังแบ่งเป็น 2 สาเหตุ คือ ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage, ICH) และภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage, SAH) (พรพจน์ ประภาณันตชัย และสมบัติ มุ่งทวี พงษา, 2557)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองเกิดได้จากหลายสาเหตุ(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2554) ได้แก่

1. หลอดเลือดตีบและแข็ง (atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดหดและขยายตัวไม่ดี มักทำให้เกิดการตีบและอุดตันภายในหลอดเลือดสมอง พบมากในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ไม่ค่อยออกกำลังกาย ผู้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือโคเลสเตอรอลสูง
2. การมีสิ่งอุดตันในหลอดเลือดสมอง ทำให้อวัยวะที่อยู่ถัดไปขาดเลือดมาเลี้ยงและนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดตามมา และสิ่งที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันจำแนกออกเป็น
 - ลิ่มเลือดที่อยู่ในหลอดเลือดสมอง (thrombus, thrombi) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมอง

- สิ่งอุดตันจากนอกสมองที่ลอยมาตามกระแสเลือด (embolus, emboli) ไหลไปอุดตันหลอดเลือดสมอง เช่น ก้อนไขมัน อนุภาคของเซลล์เม็ดเลือดขาวหรือปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด ขึ้นส่วนของผนังหลอดเลือด เป็นต้น

3. การแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (intracerebral haemorrhage) หรือมีเลือดออกในสมองชั้นต่างๆ เช่น subarachnoid haemorrhage เป็นต้น พบมากในผู้ไม่ค่อยออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองโป่งพอง (cerebral aneurysm) หรือมีความผิดปกติของหลอดเลือด (arteriovenous malformation)

4. สาเหตุอื่น ๆ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้ว่าเกิดได้จากการหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) หลอดเลือดอักเสบ การมีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

5. ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดสมองร้อยละ 30 ไม่สามารถระบุสาเหตุการเกิดโรคได้

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่วินิจฉัยได้ไม่ยาก ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองในเบื้องต้นอาศัยอาการและอาการแสดงเป็นหลัก โดยมีกลุ่มอาการที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2558) คือ

1. อาการที่บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติเฉพาะที่ของการทำงานของสมอง เช่น อาการปากเบี้ยว ร่วมกับอาการอ่อนแรงครึ่งซีก อาการผิดปกติของการพูด ความผิดปกติของเลนส์สายตาคึ่งซีก ฯลฯ มีข้อยกเว้น คือ กรณีที่มีเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) ซึ่งอาจไม่มีอาการที่บ่งถึงความผิดปกติของสมองเฉพาะที่แต่มาด้วยอาการปวดศีรษะและคอแข็ง (neck stiffness)

2. อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือทันทีทันใด โดยเกิดขึ้นเวลาเป็นนาทีหรือค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลาเป็นวัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใดแล้วหายเป็นปกติได้เอง ภายในเวลาเป็นนาที หรือชั่วโมง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่เรียกว่า transient ischemic attack (TIA) ทั้งนี้ การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องแยกโรคจากกลุ่มโรคอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหลอดเลือดสมองทั้งหมด ภาวะเหล่านี้ได้แก่ การมีน้ำตาลในเลือดต่ำ การมีเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมองคุดรา ซึ่งมักจะเกิดจากการที่กระทบกระแทกที่ศีรษะ การมีก้อนเนื้องอกในสมอง หรือฝีในสมองที่เกิดจากการบวมอย่างรวดเร็ว ภาวะหลังชัก และโรคไมเกรน เป็นต้น

แนวทางการรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2558) ดังนี้

1. Ischemic CVD แบ่งเป็น

1.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน ส่วนที่สำคัญที่สุดในการลดความพิการจาก ischemic stroke คือ การรักษาในระยะแรกเริ่ม โดยเฉพาะภายใน 24 ชั่วโมง โดยการรักษาแบ่งออกเป็น

- Neuroprotective agents ข้อจำกัดที่สำคัญของยากลุ่มนี้ คือ จะได้ผลเฉพาะเมื่อให้ภายในระยะเวลาอันสั้น (6-12 ชั่วโมง) หลังจากเริ่มเกิดภาวะ ischemic เท่านั้น และในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่พบว่าได้ผลแน่นอนในการรักษา

- Thrombolytic drugs เป็นแนวทางการรักษา ischemic stroke ในระยะแรกเริ่มที่น่าจะได้ผลดี เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของ ischemic stroke เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง โดย thromboemboli หรือ thrombus อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่สำคัญ และอันตรายของ Thrombolytic agents คือ intracranial bleeding และ reocclusion

- Antiplatelet ได้แก่ aspirin โดยมีการศึกษาพบว่า การให้ aspirin ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ภายใน 48 ชั่วโมง พบว่า ได้ผลในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้

- Antithrombotic agent ได้แก่ heparin และถือว่าเป็น antithrombotic agent ที่ใช้กันมานาน และเชื่อว่าสามารถใช้รักษา ischemic stroke ได้

1.2 การป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อน ภาวะที่พบได้ใน CVD ได้แก่

- สมองบวม จะเป็นอันตรายในกรณีที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ การขาดเลือดมักเกิดหลัง 48 ชั่วโมง หากมีการขาดเลือดบริเวณกว้างจากการอุดตันของหลอดเลือด อาจต้องทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

- Hemorrhagic infarction คือ การมีเลือดออกซ้ำในบริเวณที่มี infarction อยู่เดิม ให้รักษาเช่นเดียวกับสมองบวม

- อาการชัก พบได้ตั้งแต่เริ่มเกิด CVD พิจารณาให้ยากันชักเป็นรายๆไป

1.3 การรักษาประคับประคอง

- การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็น stroke มักมีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว ในระยะ acute stroke ความดันโลหิตจะสูงขึ้นไปอีก การลดความดันโลหิตจะทำให้เป็นผลเสียต่อสมอง ดังนั้น ควรให้ผู้ป่วยนอนพักในที่สงบให้ความดันโลหิตลดลงมาเอง โดยไม่ต้องให้ยา หลังจากนั้น 4 – 6 สัปดาห์ เมื่อพ้นระยะ acute stroke แล้ว จึงค่อยเริ่มให้ยาลดความดัน เพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง

- การควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือด, electrolyte ระวังอย่าให้น้ำมากเกินไป อาจทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

- การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการศึกษาหลายแห่ง พบว่า ระยะ acute stroke จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้น จึงควรควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้สูงเกินไป โดยไม่เกิน 120 มก/ดล. เพื่อป้องกันการเกิด tissue acidosis
- การป้องกัน และรักษาไข้ เนื่องจาก การมีไข้สูงทำให้ภาวะสมองขาดเลือดแย่ลง
- การระวังและรักษาโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ เป็นต้น

1.4 Surgical management

- กรณีการรักษาสมองบวมจาก ischemic stroke บางครั้งการผ่าตัดจะมีความจำเป็น เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย นอกจากนี้การผ่าตัดอาจช่วยในการรักษาพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่เป็นผลจาก carotid arteriosclerosis และมีการตีบตันของ extracranial internal carotid artery มากกว่า ร้อยละ 70 ควรพิจารณาทำ carotid endarterectomy

1.5 การรักษาสาเหตุ และป้องกันการเกิด CVD

- ภายหลังการรักษาในระยะเฉียบพลันแล้ว การรักษาในระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับ ischemic stroke เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคม และช่วยเหลือตัวเองได้ ในกรณีที่มีความพิการการทำการกายภาพบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และที่สำคัญยาเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยยาที่นิยมใช้ ได้แก่ Warfarin, Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel, Dipyridamole, Cilostazol, ยาในกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-I), ยาในกลุ่ม statins

2. Hemorrhagic CVD แบ่งเป็น

2.1 ลดการตาย

- กรณีมีก้อนเลือดขนาดใหญ่บริเวณ supratentorium และผู้ป่วยมีอาการหนัก แต่ยังไม่มีการ brainstem damage ควรรีบทำการผ่าตัดตั้งแต่ระยะแรก สำหรับ cerebellar hematoma การผ่าตัดในระยะที่ยังไม่มีการกดของก้านสมองมากจะได้ผลดี แต่ถ้า hematoma มีขนาดเล็กอาจไม่จำเป็นต้องผ่าตัด

2.2 ลดอัตราการพิการ

- ปัจจุบันในกรณีที่ก้อนเลือดมีขนาดเล็ก หรืออยู่ในตำแหน่งลึก จะไม่พิจารณาผ่าตัด เนื่องจากจะเพิ่มความพิการในผู้ป่วย แต่จะพิจารณาผ่าตัดเพื่อลดความพิการในกรณีที่มีเลือดออกแล้ว คาดว่าการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจะช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่าให้ร่างกายดูดซึมเอง และจะทำในบริเวณที่ผ่าตัดได้ง่าย

2.3 การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคแทรกซ้อน

- กรณีที่มี hydrocephalus หรือมีเลือดออกใน ventricle ให้พิจารณาทำ ventriculostomy หรือใส่ ventricular shunt เพื่อเป็นการ drainage

- กรณี subarachnoid hemorrhage ส่วนใหญ่เกิดจาก aneurysm การรักษาที่สำคัญที่สุด คือ การดูแลด้าน cardiovascular, การให้ผู้ป่วยอยู่ในที่สงบ และการให้ยา sedative drug เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกซ้ำ

ผลกระทบ

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ และผลกระทบด้านสังคม (พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม และ สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2560) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีความผิดปกติกับการเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมองที่มีความผิดปกติ เกี่ยวกับการพูด ไม่สามารถสื่อความหมายได้ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน สูญเสียความรู้สึกสัมผัส สูญเสียความทรงจำ การรับรู้ การเจ็บปวด ความรู้สึกร้อนเย็น

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกายมักมีผลทางด้านจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พบได้ร้อยละ 25-60 หงุดหงิด ความรู้สึกสูญเสียความภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยและญาติ และคนรอบข้าง และบทบาททางสังคมลดลง เนื่องจากมีอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพ

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย, 2562)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factors) ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ พันธุกรรม

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) เพื่อลดความเสี่ยง ได้แก่

2.1 ความดันโลหิตสูง

2.2 การควบคุมอาหาร เช่น การลดปริมาณโซเดียม

2.3 ระดับไขมันในเลือดสูง

2.4 เบาหวาน

2.5 การสูบบุหรี่

2.6 การออกกำลังกาย

2.7 ภาวะอ้วน

ตอนที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน โดยทั่วไปใช้การวัดความดันโลหิตต้นแขนที่สถานพยาบาลในท่านั่งพัก อย่างน้อย 2-3 ครั้ง ในเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ความดันโลหิตสูงพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายและภาวะโรคอันดับ 1 ของชาวโลก ในปี พ.ศ. 2553 ประชากรโลกมากกว่า 9 ล้านรายเสียชีวิต และร้อยละ 7 ของภาวะโรคเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง คนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะเพิ่มโอกาสตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่าในผู้ชาย และ 5 เท่าในผู้หญิง (เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง) และพบว่า ทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท ของความดันโลหิตตัวบนที่สูงขึ้น หรือทุกๆ 5 มิลลิเมตรปรอท ของความดันโลหิตที่สูงขึ้นในคนไทย จะเพิ่มโอกาสตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 1.5 เท่า จากการศึกษาไปข้างหน้า 5 ปี ทางภาคใต้ พบว่าชาวใต้ที่ความดันโลหิตตัวบนสูงกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มโอกาสการตายจากทุกสาเหตุ ประมาณ 2.5 ถึง 4.5 เมื่อเทียบกับผู้ที่ความดันโลหิตสูง ไม่เกิน 130 มิลลิเมตรปรอท (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2558)

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ได้ให้คำนิยามของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) $\geq$ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP $\geq$ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับ DBP $<$ 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะความดันที่วัดที่คลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (SBP $\geq$ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ DBP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าไม่สูง (SBP $<$ 135 มิลลิเมตรปรอท และ DBP $<$ 85 มิลลิเมตรปรอท)

Masked hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (SBP < 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่าสูง (SBP $\geq$ 135 มิลลิเมตรปรอท และ DBP $\geq$ 85 มิลลิเมตรปรอท)

ESH - ESC Guidelines (ค.ศ. 2007) BHS IV (ค.ศ. 2004) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (พ.ศ.2555) ได้แบ่งประเภท ผู้ที่มีความดันเลือดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตามค่าความดันโลหิตมากที่สุดน้อยโดยใช้จัดเป็นกลุ่ม “เหมาะสม” (Optimal) “ปกติ” (Normal) และ “ปกติค่อนข้างสูง” (High normal) ในช่วงความดันโลหิตสูงก็มีการจัดกลุ่มตามความรุนแรงเช่นเดียวกัน โดย JNC7 แยกกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ออกเป็น “ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1” (Hypertension stage I) “ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2” (Hypertension stage II) และ “ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง” (Isolated systolic hypertension) ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง หมายถึงผู้ที่มีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบสูง แต่ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายปกติ พบในผู้สูงอายุ ในขณะที่ ESH-ESC Guidelines (ค.ศ. 2007) BHS IV (ค.ศ. 2004) และแนวทางการรักษาของประเทศไทย (พ.ศ. 2555) มีการเพิ่มกลุ่ม “ความดันโลหิตสูงระยะที่ 3” หมายถึงผู้ที่มีความดันเลือดช่วงหัวใจบีบมากกว่า 179 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายมากกว่า 109 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง “ชนิดดื้อ” (Resistant) หมายถึง การใช้ยาไม่สามารถลดความดันโลหิตกลับมาอยู่ในระดับปกติได้ ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ประเภทความดันโลหิต จำแนกโดย ESH - ESC, BHS IV และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

ประเภท	ความดันช่วงหัวใจบีบ (มม.ปรอท)		ความดันช่วงหัวใจคลาย (มม.ปรอท)
เหมาะสม	< 120	และ	< 80
ปกติ	120 – 129	และ/หรือ	80 – 84
ปกติค่อนข้างสูง	130 – 139	และ/หรือ	85 – 89
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1	140 – 159	และ/หรือ	90 – 99
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2	160 – 179	และ/หรือ	100 – 109
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 3	$\geq$ 180	และ/หรือ	$\geq$ 110
ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง	$\geq$ 140	และ/หรือ	< 90

ที่มา : (Mancia et al., 2007; Williams et al., 2004; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงจำแนกได้ตามสาเหตุ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูงแบบไม่ทราบสาเหตุหรือความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ และความดันโลหิตสูงแบบทราบสาเหตุหรือความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2554) ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Primary hypertension หรือ Essential hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน พบได้ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แม้ว่าจะยังไม่ทราบสาเหตุ แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ ภาวะเครียด อาชีพ แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นต้น

2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary hypertension) พบได้ประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีโรคประจำตัวบางโรคมาก่อน ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้ โรคที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติที่ไต ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หลอดเลือด ระบบประสาท การใช้ยาหรือสารเคมีบางชนิด และการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิมักไม่มีอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ เมื่อเริ่มมีอาการซึ่งแสดงว่าอวัยวะถูกทำลายไปแล้ว อาการที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยความดันเลือดสูง คือ ปวดศีรษะ ซึ่งน่าจะเกิดจากการขาดออกซิเจนในตอนกลางคืนจากการหยุดหายใจขณะหลับ อาการปวดศีรษะจะพบบ่อยในผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่มีรูปร่างอ้วน และมีความวิตกกังวลสูง อาการอื่นๆ ที่อาจพบ ได้แก่ เลือดกำเดาออก ปวดศีรษะข้างเดียว มึนงง และเป็นลม อาการอื่นมักพบในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงทุติยภูมิ ได้แก่ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำบ่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโปแตสเซียมในเลือดต่ำในโรคเนื้องอกของต่อมหมวกไต หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และอารมณ์เปลี่ยนแปลงใน Cushing 's syndrome ส่วนในผู้ป่วย pheochromocytoma จะมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกมาก และเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่า (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2554)

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะมีการทำลายเนื้อเยื่อในระบบต่างๆ ในร่างกาย ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ สมอง หัวใจและหลอดเลือด ไต และตา (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2554) ดังนี้

1. สมอง ภาวะความดันโลหิตที่สูงมากจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกอุดตันหรือแตกได้ โดยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident, CVA หรือ stroke) ซึ่งเกิดขึ้นจากการโป่งพองของหลอดเลือดทั่วๆ ไปในสมอง (multiple microaneurysms) ทำให้หลอดเลือดใน

สมองแตกได้ หรืออาจเกิดจากการที่หลอดเลือดแข็งตัว ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวจนเซลล์ตาย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตตามมา

- โรคสมองจากความดันเลือดสูง (hypertensive encephalopathy) เมื่อความดันเลือดสูงรุนแรงมากจนเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ชัก และอาจหมดสติได้ อาจมีอาการอัมพาตชั่วคราว มีเลือดออกที่จอภาพ ตา และมีการบวมของหัวประสาทตาด้วย

2. หัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงจะมีผนังของหลอดเลือดแดงแข็ง และหนาตัว ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น หัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจโต โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ในที่สุดจะเกิดหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว หัวใจจึงต้องทำงานหนักและต้องการออกซิเจนมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย นอกจากนั้นการที่มีความดันเลือดสูงนานๆ จะไปทำลายผนังของหลอดเลือดเอออร์ตา และเกิดภาวะโป่งพองตามมา ผู้ป่วยความดันเลือดสูงมักเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย

3. ไต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีการตีบแข็งของหลอดเลือดฝอย afferent และ efferent arterioles และในหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงไต (glomerular capillary) ทำให้อัตราการกรองที่ไต ลดลง หน้าที่ของ tubularเสื่อมลง พบโปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นผลให้การคั่งของน้ำ และของเสียจำพวกยูเรียและครีเอตินินสูง จนเกิดภาวะไตวายตามมาในที่สุด

4. ตา ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจอตา หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ที่จอตาตีบแคบ ถ้าเป็นมากๆ หลอดเลือดจะหดเกร็ง มีการบวมและเลือดออกที่จอตา ถ้าเป็นรุนแรงที่สุด ก็จะมีหัวประสาทตาบวม ทำให้มีจุดบอดในลานตาบางส่วน ตามัว และอาจตาบอดได้

การควบคุมความดันโลหิต

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ถึงร้อยละ 50 (World Health Federation, 2014; ยุภาพร นาคกลิ่ง, 2560) ดังนั้น การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าว จึงมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยแนวทางการรักษาที่สำคัญ คือการให้ยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (Daskalopoulou et al., 2012; Eckel et al., 2014; ยุภาพร นาคกลิ่ง, 2560) การควบคุมความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังไม่เป็นที่น่าพอใจ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ (Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System: Thai BRFSS) พ.ศ. 2561 พบว่า ประชาชนอายุ 15-79 ปี ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตใน 1 ปี ที่ผ่านมามีเพียงร้อยละ 68.4 เท่านั้น และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563, น. 38)

เป้าหมายสำคัญของการรักษาความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการที่ความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ การมีความดันโลหิตได้ดี (Health Blood Pressure) (ณัฐธิดา กันสาตร์, 2558; พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) คือ

ในผู้ป่วยทั่วไปมีค่าความดันโลหิตตัวแรกหรือระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood Pressure) น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันตัวเลหลังหรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

ในผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตให้ค่าความดันโลหิตตัวแรกหรือระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood Pressure) น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวเลหลังหรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ให้มีค่าความดันโลหิตตัวแรกหรือระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood Pressure) น้อยกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวเลหลัง หรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) การที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยได้ดีเท่าที่ควร เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ

สาเหตุที่ 1 มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (คิดเป็นประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอาจเคยได้รับการวัดความดันโลหิตมาก่อนแล้ว เนื่องจากผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตและได้รับแจ้งว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะไม่มีอาการและไม่มั่นใจในระบบ และความถูกต้องแม่นยำของการวัดความดันโลหิตตลอดจนขาดความเข้าใจถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นตามปกติจากการวัดความดันโลหิต อย่างไรก็ตามการขาดความเอาใจใส่ในการใช้อุปกรณ์ และในวิธีการวัดความดันโลหิตให้ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะมาติดตามเพื่อรักษาหรือเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุที่ 2 มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 (คิดเป็นประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ทราบและตระหนักแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบาย และสร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจำง ป่วยให้ผู้ผู้ป่วยอาศัยข้อมูลจากความเชื่อ

หรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี ตามวิธีการที่ถูกต้องของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน

สาเหตุที่ 3 การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพ หรือ อุปกรณ์ที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิดทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่ เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการละเลยของทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ก็เป็นสาเหตุที่มีความสำคัญไม่น้อย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษา คือการที่แพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง ดังนั้น เมื่อรู้สึกสบายดีอยู่แล้ว ก็มักจะไม่เรียกร้องให้แพทย์ได้ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งเป็น การควบคุมด้วยยาและไม่ใช้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับการ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาวถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันและแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง สรุปดังตาราง 2

ตาราง 2 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต
1.การลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI $\geq$ 25 กกม ²	ทุกๆ น้ำหนักที่ลดลง 1 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 1 มม.ปรอท โดยรวมการลดน้ำหนัก 10 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 5-20 มม.ปรอท

วิธีการ	ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต
2.การรับประทานอาหารแบบ DASH	SBP ลดลง 8-14 มม.ปรอท
3.การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มก.ต่อวัน	SBP ลดลงเฉลี่ย 2-8 มม.ปรอท
4.การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ	SBP ลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท DBP ลดลงเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท
5.การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	SBP ลดลง 2-4 มม.ปรอท

BMI = body mass index, SBP = systolic blood pressure , DBP = diastolic blood pressure, DASH = Dietary Approaches to stop hypertension

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5-22.9 กก./ม² และ เส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และ ผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ในกรณีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน แนะนำให้ลดน้ำหนัก โดยการที่น้ำหนักลดลงตั้งแต่ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตั้งต้นขึ้นไปจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับการลดยาความดันโลหิต 1 ชนิด
2. การออกกำลังกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อใหญ่ๆ หลายๆ มัด ทำงานพร้อมกัน หรือสลับกันอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน
3. การจำกัดโซเดียมในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to stop hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน และมีการศึกษาพบว่าการรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด
5. การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรจำกัดปริมาณ ดังนี้ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดั้มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดั้มมาตรฐานต่อวัน
6. การหยุดบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2. การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 5 กลุ่มหลัก (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ได้แก่

- ยาขับปัสสาวะ
- ยาต้านแคลเซียม (calcium antagonist)
- ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI)
- ยา angiotensin receptor blocker (ARB)
- ยา β -blocker

ตอนที่ 3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรกเมื่อ ปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ (Rogers, 1975) จากนั้นมีการปรับปรุง และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 โดยทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ที่มาจากการสื่อสารกระตุ้นให้เกิดความกลัว โรเจอร์ ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Perceived Efficacy) ซึ่งจะเห็นว่าตัวแปรดังกล่าวเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived Severity) การรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรค (Perceived Barriers) และต่อมาแมดดักซ์และโรเจอร์ (Maddux and Rogers, 1983) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัว คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self – efficacy Expectacy) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่พื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, Freeman, & Lightsey, 1999) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าว กระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูด ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง จากการทดลองที่ให้ความสำคัญกับความคาดหวังในความสามารถของตน ที่นำมาใช้ในการป้องกันโรค จากกลุ่มที่มีความเชื่อในอำนาจของตนเองกับกลุ่มที่เชื่ออำนาจนอกตน พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของแต่ละบุคคล และมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่น ๆ และไม่ตั้งใจที่จะแสวงหา ข้อมูลข่าวสาร

หรือการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ดังนั้น ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ประกอบด้วย (Roger, 1986)

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้โดยการรู้ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้ได้รับผลที่ร้ายแรง โดยมีสื่อในการเผยแพร่ข่าวสาร ลักษณะของข้อมูลมีข้อความ เช่น มีอันตรายถึงแก่ชีวิต กระบวนการรับรู้ที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะที่คุกคาม โดยทั่วไปข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูงเพียงอย่างเดียวอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยตรง หากแต่การกระตุ้นปลุกเร้าร่วมกับการรู้ อาจส่งผลให้ข้อมูลโดดเด่นขึ้น

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) ใช้การสื่อสารลักษณะของการรู้ถึงสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลจะเชื่อว่าตนเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่าหากไม่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิด จะส่งผลให้ตนเองมีโอกาสเป็นโรค หรือเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะนั้นๆ

3. ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) ทำได้โดยการนำเสนอข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสื่อสารทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ การนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่หากบุคคลรู้ว่าตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือภาวะสุขภาพที่รุนแรงไม่มีวิธีการใดที่จะช่วยลดการคุกคามนั้นได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง และลดความสามารถในการปฏิบัติ ลดความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนั้นการสอนแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง การสอนนั้นยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การประเมินความสามารถของตนว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงนั้นได้หรือไม่ พฤติกรรมนี้มีความเกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการปฏิบัติให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถนี้ไม่เกี่ยวว่าจะมีทักษะมากหรือน้อย แต่เป็นการตัดสินใจของบุคคลเองว่าทักษะที่มีอยู่จะสามารถทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง นี่เป็นความแตกต่างระหว่าง การมีทักษะกับมีความสามารถที่จะใช้ทักษะให้ได้ดี การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงต้องการเพิ่มทักษะร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นของบุคคลด้วยว่าตนเองนั้นสามารถใช้ทักษะได้ดี

มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงนี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา โดยการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำได้ เช่น การเรียนรู้ การสอน หรือการเลียนแบบ เหล่านี้ เป็นต้น

องค์ประกอบของกระบวนการรับรู้ (Roger,1986)

กระบวนการรับรู้ แบ่งได้เป็น 2 กระบวนการ ประกอบด้วย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) การรับรู้ด้านนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การเปลี่ยนพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ การรับรู้อาจทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม 2 แบบ ได้แก่ ตั้งใจปฏิบัติสม่ำเสมอ แก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ส่วนตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ สิ้นหวัง เชื่อโชคในชะตา ความเชื่อทางศาสนา การหลีกเลี่ยงปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม คือ รางวัล ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic rewards) เช่น ความสุขสบายทางกาย และความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม แต่สิ่งที่จะทำให้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยากจากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เป็นผลจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การชักชวนด้วยการพูด การเรียนรู้จากการสังเกต ลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับในการประเมินการรับรู้

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่า อันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์

จากการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลการวิจัยยืนยันว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคแทรกซ้อน ดังนี้

จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ทักษะชีวิตเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ปรารธนา วัชรานุรักษ์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ตอนที่ 4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การบวกรหรือปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือ สนับสนุน หรือปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีสุขภาวะที่ดีขึ้นการสนับสนุนทางสังคม จำแนกได้ 2 คุณลักษณะ (Thoits, 1982; จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

1. การสนับสนุนทางสังคมตามโครงสร้างของบุคคลในสังคม (Structural support) คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากเครือข่ายโดยรวมที่ประเมินได้จากขนาดและความหนาแน่นของเครือข่าย ความถี่ และระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กัน และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม

2. การสนับสนุนทางสังคมตามการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคม (Functional support) คือ การสนับสนุนทางสังคมของเครือข่ายทางสังคมที่เป็นรูปธรรม หรือบุคคลรับรู้ได้ถึง การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นที่สอดคล้องและเพียงพอกับความต้องการของบุคคลนั้นๆ

การให้การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

1. การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การปลอบโยน การให้กำลังใจ การให้การยอมรับนับถือ

2. การให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เช่น การให้ข้อมูลที่จำเป็น การให้คำแนะนำเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้จัดการกับปัญหาที่เผชิญได้

3. การให้การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือ การให้แนวปฏิบัติ การให้เงินทุนช่วยเหลือ

4. การให้การสนับสนุนความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย (Belonging support) เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม

แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ (House, 1981; พิษญา รินทา, 2554)

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนใหญ่ เช่น แพทย์ พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าและการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2550)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการยกเว้นการกระทำใดๆ ทั้งที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งด้านกาย จิต สังคม และ วิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออก หรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ทั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลต้องเห็นว่าสิ่งนั้นมีอันตรายต่อสุขภาพอย่างรุนแรง และรู้สึกว่าการกำลังมีความเสี่ยงต่ออันตรายนั้น และคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำที่พึงประสงค์ของตนเอง และมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จึงตัดสินใจเลือกทำพฤติกรรมนั้น โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. การบริโภคที่เหมาะสม โดยการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม เป็นวิธีการที่จำเป็น การรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน คือ 2.4 กรัมของโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน (เกลือแกง 1 ช้อนชา) จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 ถึง 8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนการเพิ่มปริมาณกากใยอาหาร โดยให้มีปริมาณและความหลากหลายเพิ่มมากขึ้น แนะนำบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วย พืช ผัก ผลไม้ ลดปริมาณไขมันจากสัตว์ ลดปริมาณไขมันอิ่มตัวจะช่วยลด ความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8 ถึง 14 มิลลิเมตรปรอท การควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 18.5 ถึง 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรืออย่างน้อยควรลดให้ได้ร้อยละ 5 – 10 ของน้ำหนักตัวที่เป็นอยู่ จะมีประสิทธิภาพการลดความดันซิสโตลิก ได้ 5 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2. การจัดการกับความเครียด มีความสัมพันธ์โดยระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันเลือดสูงขึ้น ซึ่งในระยะยาวความเครียดเรื้อรังจะส่งผลโดยตรงกับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ผ่านกลไกเพิ่มการอักเสบ การเกาะตัวของเกร็ดเลือด ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (นิตยสารหมอชาวบ้าน, 2549)

3. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม และสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วๆ การวิ่ง การว่ายน้ำ อย่างน้อย 30 - 45 นาที ต่อวัน และเกือบทุกวัน จะมีประสิทธิภาพการลดความดันซิสโตลิก ได้ 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกได้ 2.5 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

4. การงดสูบบุหรี่ การหยุดบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

5. การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตทั้งต่อความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าปริมาณมาตรฐานที่ยอมรับได้จะเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์นอกจากนี้ พิษสุราเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงร่วมด้วย พบว่าแอลกอฮอล์จะลดประสิทธิภาพของยาลดความดันและให้ปริมาณแคลอรีสูงเกินความจำเป็นการจำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1 ดริงก์ ต่อวัน จะสามารถลดความดันซิสโตลิก 2 ถึง 4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

6. การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ ผู้ป่วยไม่ควรหยุดหรือลดยาเอง ถึงแม้ว่าจะรู้สึกสบายดีแล้วก็ตาม การหยุดยาหรือลดยาควรให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขั้นเป็นอันตรายได้ และผู้ป่วยควรรับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาด ตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ บวม ควรรีบไปพบแพทย์ทันที (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ตอนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภ่อู้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 130 ราย โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.53$, $SD=0.29$, $\bar{X} = 2.74$, $SD = 0.38$, $\bar{X} = 2.78$, $SD=0.27$ ตามลำดับ) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรค สิ่งชักนำที่ทำให้เกิด

พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.02$, $SD = 0.53$, $\bar{X} = 2.15$, $SD = 0.34$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.28$, $SD = 0.53$) นอกจากนี้ พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคตลอดเลื้อยดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ และตัวแปรต้นที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคตลอดเลื้อยดสมองโดยอธิบายได้ร้อยละ 19.80 ($R^2 = 0.198$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง และ จิตติมา กัตถัญญ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีสุ่มแบบมีระบบ จำนวน 318 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว จากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ เพศกับการมีญาติสายตรงที่เป็นความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศการ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง 173 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตพบว่า อยู่ใน ระดับดี ($\bar{X} = 2.38$, $S.D. = 0.18$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ ทักษะคิด เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.382$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ($r = -0.239$, $p = 0.002$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = -0.323$, $p < 0.001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.300$, $p < 0.001$)

สมรัตน์ ขำมาก (2559) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอทิงพระ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 116 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.20 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในระดับสูง ร้อยละ 94.83 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(185) = -9.55, p < .05$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วย และระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล (2559) ได้ศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกันที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการทำแผนที่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยสูงอายุ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 58.3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.3 และ อยู่ในระดับสูงปานกลาง ร้อยละ 66.7 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ ขาดทักษะและความตระหนัก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนของชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพยังไม่มีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม อีกทั้งสิ่งแวดล้อมในชุมชนยังเอื้อต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

ปรารธนา วัชรานุรักษ์ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปัจจัยเอื้อจากสื่อ และ เพศ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 14.8 ($R^2=0.148$) โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปัจจัยเอื้อจากสื่อ และ เพศ ($\beta=.270, .167$ และ $.154$ ตามลำดับ, $p<.01$)

ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และ วรณศิริ ประจันโน (2561) ได้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดี ($\bar{X} = 59.96$, $SD = 6.72$) ผู้ป่วยเพศหญิงกับเพศชาย และผู้ป่วยที่มีญาติ สายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับที่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.103$, $p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .150$, $p < .01$)

อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน (2561) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ในเขตอำเภอสุงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกแบบสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยแบบพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปี ขึ้นไป ($M = 65.6$ ปี) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($M=3.09$, $S.D. = .25$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการใช้ยา/ติดตามการรักษา พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านจัดการความเครียดและพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารพบว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุพบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ร้อยละ 25.9 ($R^2 = .259$, $F = 9.78$, $p\text{-value} < .001$) และพบว่ามีเพียงตัวแปรอายุและตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีอำนาจการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.209$, $p < .05$ และ $\beta = .393$, $p < .001$)

ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐธรรม (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 452 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.59 มีอายุเฉลี่ย $\pm S.D.$ เท่ากับ 63.06 ± 8.15 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67.04 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.81 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.73 และค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท สูงสุด 80,000 บาท มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น ร้อยละ 63.72 เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.48 ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 74.78 และควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 77.65 ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ ($OR_{Adj} = 2.23$,

95% CI of OR_{Adj} : 1.46-3.40 , p-value <0.001) และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน(OR_{Adj} = 0.46 , 95% CI of OR_{Adj} :0.31–0.69 , p-value<0.001) และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (OR_{Adj} = 5.83 , 95% CI of OR_{Adj} : 2.86– 11.87, p-value<0.001)

ณัฐชยา ป้อมบุบผา (2561) ได้ศึกษาแรงจูงใจการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 212 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.30 มีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.49 เมื่อ ประเมินแรงจูงใจ ด้วยการรับรู้ 4 ด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.89 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.36 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.89 และการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.79 กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.49 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แรงจูงใจในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ภาณี วสุเสถียร (2561) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 6 สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะส่วนบุคคล เพศ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Wang et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในประชากรจีน : การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา(Meta analysis) ระหว่างปี 1990 ถึง 2015 ในประชากรชาวจีนฮั่น จากการศึกษาแบบกลุ่ม 15 เรื่อง และกรณีศึกษา 178 กรณีศึกษา ผลการวิจัย

พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, ประวัติครอบครัวของโรคหลอดเลือดสมอง, ไขมันในเลือดสูง, น้ำหนักเกินและการสูบบุหรี่

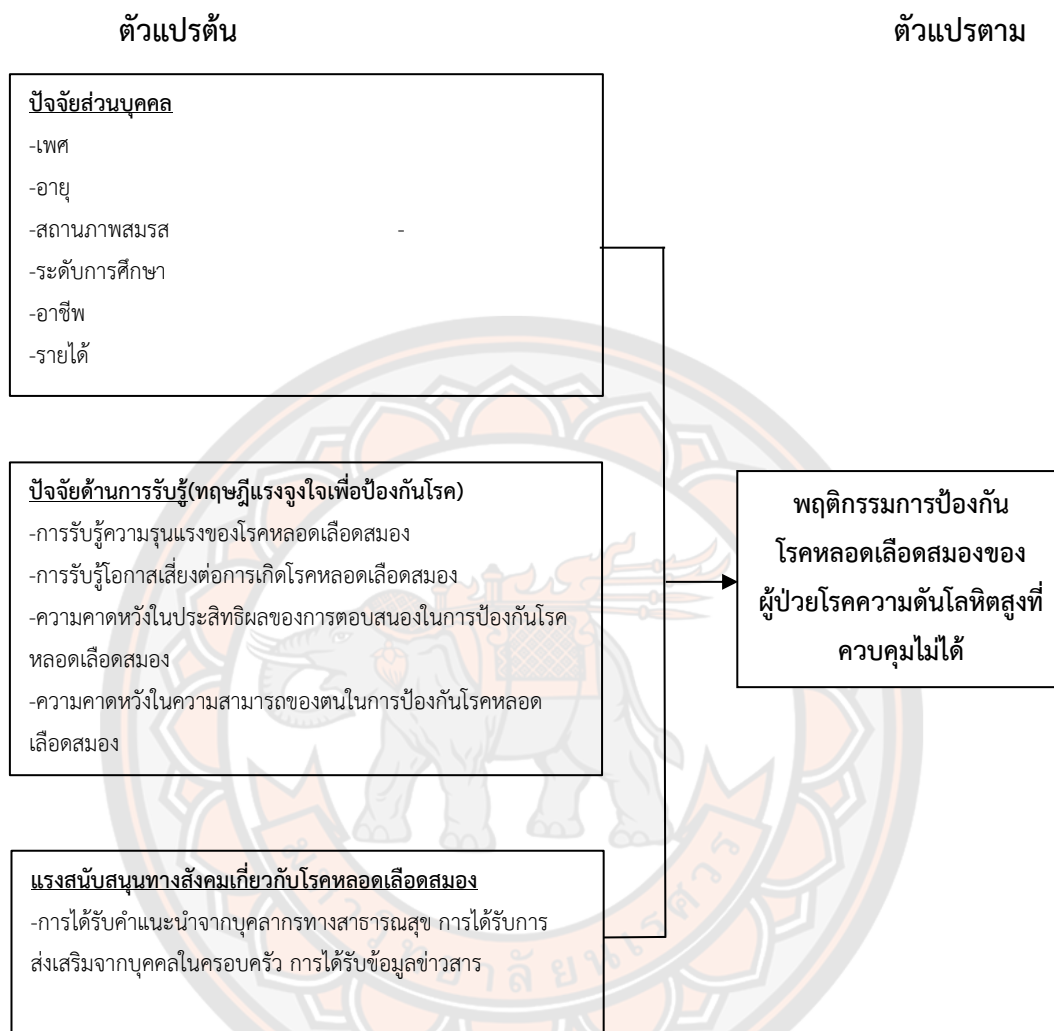
Abascal et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ของสาธารณรัฐบังกลาเทศ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ 52%, มีน้ำหนักเกิน 43.8% และรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ 56.2%

Cao et al. (2016) ได้ศึกษาความตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชาวจีนที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความตระหนักรู้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระหว่างปี 2004 - 2014 วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 5,309 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,732 ราย (70.3%) และ จำนวน 593 ราย(15.9%) ของผู้ป่วยชาวจีนที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความไม่ตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำ และการสูบบุหรี่

Sarikaya, Ferro, and Arnold (2015) ได้ศึกษา มาตรการทางการแพทย์และวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่สามารถแก้ไขได้สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง การลดความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยลดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การลดเกลือ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายเป็นประจำ และการรักษาน้ำหนักตัวปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำกรอบแนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มาใช้ในการพัฒนารอบแนวคิด โดยมีปัจจัยที่ส่งผล 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้) ปัจจัยการรับรู้โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และแรงสนับสนุนทางสังคม (การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุข การได้รับการส่งเสริมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร) ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-section Survey) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่รับบริการในหน่วยบริการ สาธารณสุขของรัฐบาล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 28 แห่ง

ตาราง 3 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หน่วยบริการสาธารณสุข 28 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ลำดับ	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	ลำดับ	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน
1	วังน้ำคู้	369	15	บ้านกร่าง	753
2	จี่วาม	345	16	บ้านคลอง	985
3	วัดจันทร์	496	17	พลายชุมพล	809
4	วัดพริก	648	18	มะขามสูง	367
5	เสาหิน	353	19	อรัญญิก	225
6	ท่าทอง	706	20	บึงพระ	1,276
7	ท่าโพธิ์	1,059	21	ไผ่ขอดอน	331
8	สมอแข	1,281	22	โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวร	912
9	ดอนทอง	859	23	บ้านสระโคก	729
10	บ้านป่า	283	24	บ้านแหลมโพธิ์	427
11	ปากโทก	433	25	บ้านร้องยั้งข้าว	423
12	หัวรอ	938	26	ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก	5,916
13	จอมทอง	131	27	ศูนย์สุขภาพเมืองอรัญญิก	666
14	บ้านจอมทอง	189	28	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเขื่อนขันธ์	897

ลำดับ	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	ลำดับ	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน
รวม 22,806 คน					

ที่มา : (กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐบาล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ขนาดตัวอย่างใช้การคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณของ Daniel, Wayne W.(1995) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 378 คน มีวิธีการดังนี้

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

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน จำนวนประชากร 22,806 คน
 $Z_{1-\alpha/2}$ แทน ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$)
 σ แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.78 (พิมพ์พร คงชุม, 2553)

d แทน ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า เท่ากับ ร้อยละ 10 ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เท่ากับ $(7.78 \times 10) / 100 = 0.78$
 เมื่อนำค่ามาแทนในสูตรข้างต้น ได้ผลดังนี้

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(22,806)(7.78)(7.78) (1.96) (1.96)}{[(0.78)(0.78) (22,806 - 1)] + [(7.78) (7.78)(1.96)(1.96)]}$$

$$= 378 \text{ คน}$$

ป้องกันการสูญหายในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มี จำนวน 416 คน

ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท.)
2. มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
3. เป็นผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี และไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
4. เป็นผู้ที่มีความยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัยขณะดำเนินการวิจัย
2. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจนทำให้ตอบแบบสอบถามต่อไปไม่ได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) สุ่มโดยการจับฉลาก ร้อยละ 50 ของ 28 หน่วยบริการ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 14 หน่วยบริการ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเป็นระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Probability proportional to size : PPS) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 4 จำนวนหน่วยบริการ 14 หน่วยบริการ จากการสุ่มโดยการจับฉลาก และจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	ประชากร	การคำนวณ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	บ้านป่า	283	$(283 \times 416) / 8,512$	14
2	สมอแข	1,278	$(1,278 \times 416) / 8,512$	62
3	ดอนทอง	859	$(856 \times 416) / 8,512$	42
4	ปากโทก	433	$(433 \times 416) / 8,512$	21
5	หัวรอ	938	$(938 \times 416) / 8,512$	46
6	จอมทอง	131	$(131 \times 416) / 8,512$	6
7	บ้านจอมทอง	189	$(189 \times 416) / 8,512$	9
8	บ้านกว้าง	753	$(753 \times 416) / 8,512$	37

ลำดับ	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	ประชากร	การคำนวณ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
9	บ้านคลอง	985	$(985 \times 416) / 8,512$	48
10	พลายชุมพล	809	$(809 \times 416) / 8,512$	40
11	มะขามสูง	367	$(367 \times 416) / 8,512$	18
12	ไผ่ขอดอน	331	$(331 \times 416) / 8,512$	16
13	บ้านสระโคก	729	$(729 \times 416) / 8,512$	36
14	บ้านแหลมโพธิ์	427	$(427 \times 416) / 8,512$	21
	รวม	8,512	$(8,512 \times 416) / 8,512$	416

ขั้นตอนที่ 3

กำหนดช่วงการสุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยคำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่างจากสูตร ดังนี้

คำนวณช่วงของการสุ่ม (N/n) โดยสูตร $l = N/n$

เมื่อ l คือ ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่ม

N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด (คน)

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (คน)

$$l = \frac{8,512}{416} = 20.46$$

จะได้ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 20.46 คน หรือ 20 คน จากนั้นทำการสุ่มหาเลขตัวอย่างเริ่มต้น (Random start : R) โดยทำการสุ่มค่าเริ่มต้น โดยการสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก จากนั้นบวกด้วยระยะห่างในการสุ่มจากตำแหน่งเริ่มต้นคือ 20 คน ทำเช่นนี้จนครบทุก รพ.สต. และมีขนาดตัวอย่างครบ จำนวน 416 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด และ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; พิมพ์พร คงชุม, 2553) แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ จำนวน 41 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีลักษณะคำถามด้านบวกและลบ โดยใช้มาตรวัด Likert Scale แบ่งระดับการรับรู้เป็น 4 ระดับ และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความการแสดงการรับรู้ในทางบวก ได้แก่ คำถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 2-9 คำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 1-10 คำถามการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 1-11 และคำถามการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ข้อ 1-10

เห็นด้วยมาก	=	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	=	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	=	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	1 คะแนน

ข้อความแสดงการรับรู้ในทางลบ ได้แก่ คำถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 1

เห็นด้วยมาก	=	1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	=	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	=	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้

- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเต็ม 36 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนมากกว่า	28	คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	21 – 28	คะแนน
ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า	21	คะแนน

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนมากกว่า	32	คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	24 – 32	คะแนน

ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน

- การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเต็ม 44 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนมากกว่า	35	คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	26 - 35	คะแนน
ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า	26	คะแนน

- การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนมากกว่า	32	คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	24 - 32	คะแนน
ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า	24	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้มาตรวัด Likert Scale แบ่งระดับการรับรู้เป็น 4 ระดับ มีลักษณะข้อคำถามที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีการให้เกณฑ์คะแนน ดังนี้

ทุกครั้ง	=	4 คะแนน
บ่อยครั้ง	=	3 คะแนน
บางครั้ง	=	2 คะแนน
ไม่เคย	=	1 ครั้ง

การแปลผลคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเต็ม 28 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนมากกว่า	22	คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	16 - 22	คะแนน
ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า	16	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่ การมาพบแพทย์และการรับประทานยา โดยใช้มาตรวัด Likert Scale แบ่งระดับการรับรู้เป็น 4 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แสดงการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่คำถามข้อ 6, 12-22 และข้อ 25-26

ปฏิบัติทุกครั้ง	=	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	=	1 คะแนน

แสดงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่คำถามข้อ 1-5, 7-11 และข้อ 22-24

ปฏิบัติทุกครั้ง	=	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	3 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	=	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ มีคะแนนเต็ม 104 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนมากกว่า	83	คะแนน
ระดับปานกลางได้	คะแนนระหว่าง	62-83	คะแนน
ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า	62	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective Congruence : IOC) พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงแก้ไข โดยเครื่องมือมีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.6-1

2. การตรวจหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.733 0.825 0.795

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนตามลำดับ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้แบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยประสานงานเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและรายละเอียดในการเก็บแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการนัดหมายผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย
5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทุกชุด ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 416 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100
6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดลงรหัสคะแนน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA NO.678/2019, IRB NO. 0703/62 ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2563 เมื่อได้รับการพิจารณารับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว โดยเปิดเผยข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว นำผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression analysis)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-section Survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 416 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด จำนวน 416 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้

- 2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4 การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

- 4.1 การบริโภคอาหาร
- 4.2 การจัดการความเครียด
- 4.3 การออกกำลังกาย
- 4.4 สูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 4.5 การพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ แสดงดังตารางที่ 3

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 416		
เพศ		
ชาย	147	35.34
หญิง	269	64.66
อายุ (ปี)		
35-44	27	6.49
45-54	78	18.75
55-64	126	30.29
65-74	120	28.85
75-84	54	12.98
85-94	10	2.40
95-104	1	0.24
$\bar{X}$ =62.53 S.D= 11.84 Min= 35 Max= 96		
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	150	36.06
สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน	262	62.98
สมรสแล้วแยกกันอยู่	4	0.96
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	3.85
ป.1 – ป.4	232	55.77
ป.5 – ป.7	48	11.54
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	10.34
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	38	9.13

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 416		
อนุปริญญา หรือ ปวส.	21	5.05
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า	16	3.85
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.48
อาชีพ		
เกษตรกร	84	20.19
รับจ้าง	132	31.73
รับราชการ	19	4.57
ค้าขาย	49	11.78
ธุรกิจส่วนตัว	13	3.13
อื่นๆ เช่น แม่บ้าน	119	28.61
รายได้ (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	296	71.15
10,000 – 20,000	75	18.03
20,001 – 30,000	27	6.49
30,001 – 40,000	11	2.64
สูงกว่า 40,000	7	1.68
$\bar{X}$ =10,216.23 S.D= 9,961.44 Min= 600 Max= 50,000		

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทั้งหมด 416 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.66 อายุส่วนใหญ่ 55-64 ปี ร้อยละ 30.29 ($\bar{X}$ =62.53 , S.D. = 11.84) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62.98 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ป.1-4 ร้อยละ 55.77 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.73 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท รายได้เฉลี่ย 10,216.23 บาท

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงดังตารางที่ 6

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)			
1.โรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้	101 (24.3)	72 (17.3)	48 (11.5)	195 (46.9)
2.เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบ คือ ภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดจากความดันโลหิตสูง	307 (73.8)	87 (20.9)	20 (4.8)	2 (0.5)
3.เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้ตายหรือพิการได้	282 (67.8)	116 (27.9)	15 (3.6)	3 (0.7)
4.อาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขน ขาชาหรืออ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	300 (72.1)	99 (23.8)	15 (3.6)	2 (0.5)
5.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงานก่อนวัยอันควร	240 (57.7)	154 (37.0)	19 (4.6)	3 (0.7)
6.โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	283 (68.0)	114 (27.4)	15 (3.6)	4 (1.0)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)			
7.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก	284 (68.3)	114 (27.4)	15 (3.6)	3 (0.7)
8.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ	241 (57.9)	156 (37.5)	16 (3.8)	3 (0.7)
9.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นภาระสังคมในการจัดสวัสดิการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี	228 (54.8)	139 (33.4)	29 (7.0)	20 (4.8)

จากตาราง 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบคือภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.8

ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน n = 416	ร้อยละ
ระดับมาก	343	82.5
ระดับปานกลาง	67	16.1
ระดับน้อย	6	1.4
$\bar{X}$ = 31.48 S.D. = 4.10 Min= 10.0 Max=36.0		

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 31.48 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 36 คะแนน และเมื่อจัดระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก ร้อยละ 82.5 รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 16.1 และ มีการรับรู้ความรุนแรงระดับน้อย ร้อยละ 1.4

ตาราง 8 จำนวน และ ร้อยละ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)			
1.โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสดังกล่าว	329	71	13	3
โรคหลอดเลือดสมองได้เสมอ	(79.1)	(17.1)	(3.1)	(0.7)
2.ท่านไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอาจทำให้ท่านเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	278	120	17	1
	(66.8)	(28.8)	(4.2)	(0.2)
3.หากท่านชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	245	141	26	4
	(58.9)	(33.9)	(6.3)	(1.0)
4.คนที่เป้นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	312	90	12	2
	(75.0)	(21.6)	(2.9)	(0.5)
5.หากท่านเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง อาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	251	142	21	2
	(60.3)	(34.1)	(5.0)	(0.5)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)			
6.ท่านไม่ออกกำลังกายอาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	215 (51.7)	166 (39.9)	24 (5.8)	11 (2.6)
7.ท่านสูบบุหรี่ อาจทำให้ท่านเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากยิ่งขึ้น	224 (53.8)	152 (36.5)	28 (6.7)	12 (2.9)
8.ท่านดื่มสุรา อาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	247 (59.4)	130 (31.3)	27 (6.5)	12 (2.9)
9.ท่านชอบรับประทานอาหารเค็มเป็นประจำอาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	244 (58.7)	131 (31.5)	33 (7.9)	8 (1.9)
10.ท่านรับประทานยาที่แพทย์สั่งไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	284 (68.3)	101 (24.3)	26 (6.3)	5 (1.2)

จากตาราง 8 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เสมอ ร้อยละ 79.1

ตาราง 9 จำนวน และ ร้อยละ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน n = 416	ร้อยละ
ระดับมาก	329	79.1

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน n = 416	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	73	17.5
ระดับน้อย	14	3.4
$\bar{X} = 35.49$ S.D = 4.768 Min= 13.0 Max=40.0		

จากตาราง 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 35.49 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 13 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 40 คะแนน และเมื่อจัดระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมาก ร้อยละ 79.1 รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 17.5 และ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 3.4

ตาราง 10 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	จำนวน(ร้อยละ)			
1.การรับประทานอาหารเช้าให้น้อยลงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	205 (49.3)	175 (42.1)	26 (6.3)	10 (2.4)
2.การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	179 (43.0)	174 (41.8)	38 (9.1)	25 (6.0)
3.การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	254 (61.1)	133 (32.0)	23 (5.5)	6 (1.4)
4.การงดสูบบุหรี่ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง	234 (56.3)	151 (36.3)	20 (4.8)	11 (2.6)

การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
5.การงดดื่มสุราจะช่วยลดเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	237 (57.0)	131 (31.5)	20 (4.8)	28 (6.7)
6.การลดอาหาร ขนมอบเคี้ยวที่ปรุงแต่งด้วยสารปรุงรสจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	227 (54.6)	131 (31.5)	47 (11.3)	11 (2.6)
7.การพักผ่อนให้เพียงพอ ช่วยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	236 (56.7)	133 (32.0)	26 (6.3)	21 (5.0)
8.การทำจิตใจให้เบิกบาน ผ่อนคลายความเครียด จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	214 (51.4)	155 (37.3)	23 (5.5)	24 (5.8)
9.การควบคุมความดันโลหิต จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	300 (72.1)	90 (21.6)	24 (5.8)	2 (0.5)
10.การกินยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	306 (73.6)	90 (21.6)	15 (3.6)	5 (1.2)
11.การมาตรวจตามแพทย์นัดจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	295 (70.9)	86 (20.7)	25 (3.6)	20 (4.8)

จากตาราง 10 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ การกินยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 73.6

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระดับการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผล ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน n = 416	ร้อยละ
ระดับมาก	232	55.8
ระดับปานกลาง	159	38.2
ระดับน้อย	25	6.0
$\bar{X} = 34.43$ S.D = 5.62 Min= 13.0 Max=40.0		

จากตาราง 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 34.43 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 13 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 40 คะแนน และเมื่อจัดระดับการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ร้อยละ 38.2 และ มีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย ร้อยละ 6

ตาราง 12 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย
	จำนวน (ร้อยละ)			
1.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่มีรส เค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม อาหารดองเค็ม	203 (48.8)	152 (36.5)	54 (13.0)	7 (1.7)

การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
2.ในระหว่างการรับประทานอาหารท่านสามารถลดการเติม เครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารให้ น้อยลง	190 (45.7)	182 (43.8)	40 (9.6)	4 (1.0)
3.ท่านสามารถลดปริมาณอาหารประเภทข้าวหรือแป้งให้น้อยลง	135 (32.5)	203 (48.6)	48 (11.5)	31 (7.5)
4.ท่านสามารถประกอบอาหาร ด้วยการลดการใช้เครื่องปรุงรส เค็มได้	178 (42.8)	169 (40.6)	57 (13.7)	12 (2.9)
5.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่ปรุง ด้วยกะทิให้น้อยลง	173 (41.6)	185 (44.5)	44 (10.6)	14 (3.4)
6.ท่านสามารถใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว แทน น้ำมันหมูในการผัดหรือทอดได้	157 (37.7)	204 (49.0)	42 (10.1)	13 (3.1)
7.ท่านสามารถรับประทานอาหารผักหรือผลไม้ที่มีรสหวานน้อยทุกวัน ได้	200 (48.1)	174 (41.8)	7.9 (7.9)	2.2 (2.2)
8.ท่านสามารถออกกำลังกายด้วยการด้วยการเดิน หรือกาย บริหารได้	210 (50.5)	150 (36.1)	50 (12.0)	6 (1.4)
9.ท่านสามารถหาวิธีการคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ พุดคุย กับเพื่อน ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นต้น	211 (50.7)	139 (33.4)	51 (12.3)	15 (3.6)
10.ท่านสามารถมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	280 (67.3)	119 (28.6)	16 (3.8)	1 (0.2)

จากตาราง 12 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ท่านสามารถมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 67.3

ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระดับการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน n = 416	ร้อยละ
ระดับมาก	220	52.9
ระดับปานกลาง	166	39.9
ระดับน้อย	30	7.2
$\bar{X} = 33.07$ S.D = 5.54 Min= 10.0 Max=40.0		

จากตาราง 13 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เท่ากับ 33.07 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 40 คะแนน และเมื่อจัดระดับการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในระดับมาก ร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 39.9 และ มีการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองระดับน้อย ร้อยละ 7.2

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 14 จำนวน และ ร้อยละ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการควบคุมความดันโลหิต จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล	245 (58.9)	130 (31.1)	39 (9.4)	2 (0.5)
2.ญาติใกล้ชิด เช่น ลูก หลาน คอยกระตุ้นเตือนท่านให้มาพบ แพทย์ตามนัด	158 (38.0)	146 (35.1)	83 (20.0)	29 (7.0)
3.ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว เช่น ลูก/หลาน ญาติใกล้ชิดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	82 (19.7)	207 (49.0)	92 (22.1)	35 (8.4)
4.ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติ ลูก/ หลาน เมื่อมีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	145 (34.9)	153 (36.8)	86 (20.7)	32 (7.7)
5.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร เช่น จากการอ่านอ่านแผ่นพับในการ ควบคุมความดันโลหิต เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	92 (22.1)	172 (41.3)	121 (29.1)	31 (7.5)
6.ญาติใกล้ชิด เช่น ลูก หลาน คอยกระตุ้นเตือนท่านให้ รับประทานยา	120 (28.8)	148 (35.6)	112 (26.9)	36 (8.7)
7.ท่านได้รับการดูแลเรื่องการควบคุมอาหาร เพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองจากบุคคลในครอบครัว	117 (28.1)	175 (42.1)	88 (21.2)	36 (8.7)

จากตาราง 14 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ

ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการควบคุมความดันโลหิต จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ร้อยละ 58.9

ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน n = 416	ร้อยละ
ระดับมาก	165	39.7
ระดับปานกลาง	155	37.3
ระดับน้อย	96	23.1
$\bar{X} = 20.85$ S.D = 4.80 Min= 7.0 Max=28.0		

จากตาราง 15 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 20.85 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 7 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 28 คะแนน และเมื่อจัดระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 39.7 รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 37.3 และ มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย ร้อยละ 23.1

ตอนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 16 จำนวน และ ร้อยละ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
จำนวน(ร้อยละ)				
การบริโภคอาหาร				
1.ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือป่นลงในอาหารระหว่างรับประทานอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	27 (6.5)	138 (33.2)	194 (46.6)	57 (13.7)
2.ท่านใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผงสำเร็จรูป หรือเครื่องแกงสำเร็จรูปในการปรุงอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	45 (10.8)	150 (36.1)	203 (48.8)	18 (4.3)
3.ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ขนมกรุบกรอบ ฯลฯ	13 (3.1)	42 (10.1)	248 (59.6)	113 (27.2)
4.ท่านรับประทานอาหารที่เป็นของหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง ปลาร้า ฯลฯ	11 (2.6)	65 (15.6)	280 (67.3)	60 (14.4)
5.ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่นปลาเค็ม ไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ปูเค็ม	14 (3.4)	94 (22.6)	257 (61.8)	51 (12.3)
6.ท่านรับประทานผักใบเขียว และผลไม้	83 (20.0)	226 (54.3)	104 (25.0)	3 (0.7)
7.ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร	46 (11.1)	172 (41.3)	139 (33.4)	59 (14.2)
8.ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร	36 (8.7)	108 (26.0)	201 (48.3)	71 (17.1)
9.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	15 (3.6)	90 (21.6)	273 (65.6)	38 (9.1)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความความคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)			
10.ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์ปริมาณที่สูง เช่น หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ ข้าวขาหมู หมูกระทะ	12 (2.9)	67 (16.1)	281 (67.5)	56 (13.5)
11.ท่านดื่มกาแฟสำเร็จรูป (ทรินวัน) หรือกาแฟเติมครีมเทียม (คอฟฟี่เมต)	81 (19.5)	102 (24.5)	116 (27.9)	117 (28.1)
การจัดการความเครียด				
1.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะจัดการความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ	14 (3.4)	69 (16.6)	206 (49.5)	127 (30.5)
2.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านชอบแยกไปอยู่คนเดียว	136 (32.7)	200 (48.1)	60 (14.4)	20 (4.8)
3.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านดูภาพยนตร์หรือฟังเพลง	42 (10.1)	107 (25.7)	201 (48.3)	66 (15.9)
4.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรก	37 (8.9)	109 (26.2)	222 (53.4)	48 (11.5)
5.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ	25 (6.0)	57 (13.7)	241 (57.9)	93 (22.4)
6.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยระบายกับคนใกล้ชิด	50 (12.0)	152 (36.5)	180 (43.3)	34 (8.2)
การออกกำลังกาย				
1.ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน วิ่งเหยาะๆ หรือการบริหาร	35 (8.4)	123 (29.6)	166 (39.9)	92 (22.1)
2.ท่านออกกำลังกายไม่ต่ำกว่า 30 นาที	31 (7.5)	80 (19.2)	186 (44.7)	119 (28.6)
3.ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	36 (8.7)	97 (23.3)	149 (35.8)	134 (32.3)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับควมควมคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)			
4.ทำนปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำนบ้าน ตัดหญ้ำ	64 (15.4)	113 (27.2)	188 (45.2)	51 (12.3)
5.ทำนหยุดออกกำล้งกายทันทีเมื่อรู้สึกเกิดควมผิดปกติของร่างกาย	142 (34.1)	106 (25.5)	132 (31.7)	36 (8.7)
การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
1.ปัจจุบันทำนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	11 (2.6)	33 (7.9)	46 (11.1)	326 (78.4)
2.ปัจจุบันทำนสูบบุหรี่	19 (4.6)	16 (3.8)	19 (4.6)	362 (87.0)
การพบแพทย์และการรับประหนยา				
1.ทำนมาพบแพทย์ตรงตามทีแพทย์นัด	325 (84.6)	41 (9.9)	18 (4.3)	5 (1.2)
2.ทำนรับประหนยาตามทีแพทย์จัดให้	349 (83.9)	42 (10.1)	20 (4.8)	5 (1.2)

จากตาราง 16 พบว่า ผู้ป่วยโรคควมดันโลหิตสูงทีควมคุมไม่ได้ มีควมคิดเห็นต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีควมคิดเห็นในระดับปฏิบัติบางครั้ง โดยข้อที่มกที่สุด คือ ทำนรับประหนอาหารทีมีไขมันสัตว์ปริมาณที่สูง เช่น หน้ไก่ทอด เครื่องในสัตว์ ข้าวขาหมู หมูกระทะ ร้อยละ 67.5 ด้านการจัดการควมเครียด ส่วนใหญ่มีควมคิดเห็นในระดับปฏิบัติบางครั้ง ข้อที่มกที่สุด คือ เมื่อทำนรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ทำนสวดมนต์หรือนั่งสมาธิ ร้อยละ 57.9 ด้านการออกกำล้งกาย ส่วนใหญ่มีควมคิดเห็นในระดับปฏิบัติบางครั้ง ข้อที่มกที่สุด คือ ทำนปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำนบ้าน ตัดหญ้ำ ร้อยละ 45.2 ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีควมคิดเห็นในระดับไม่ปฏิบัติ และด้านการพบแพทย์และการรับประหนยา ส่วนใหญ่มีควมคิดเห็นในระดับปฏิบัติทุกครั้ง

ตาราง 17 จำนวน และร้อยละ ระดับพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน n = 416	ร้อยละ
ระดับมาก	21	5.0
ระดับปานกลาง	361	86.8
ระดับน้อย	34	8.2
$\bar{X} = 70.21$ S.D. = 6.9 Min= 49 Max=95		

จากตาราง 17 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 70.21 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 49 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 95 คะแนน และเมื่อจัดระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.8 รองลงมา คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานน้อย ร้อยละ 8.2 และ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก ร้อยละ 5.0

ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตาราง 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรที่มีผล	R^2 change	b	Beta	t	P-value
การรับรู้ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเอง (X_{10})	0.143	.466	.375	8.311	<0.001*
เพศ (X_1)	0.009	1.427	.099	2.174	0.013*
สถานภาพสมรส (X_3)	0.008	-1.350	-.091	-0.91	0.045*

*P – Value < 0.05 , Constant (a) = 54.697, R square = 0.164

Adjusted R square = 0.158 F = 26.898

จากตาราง 18 ก่อนทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากค่า Dubin-Watson ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.677 (อยู่ระหว่าง 1.5-2.5) และตัวแปรอิสระด้วยกันไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ไม่มีค่าสหสัมพันธ์คู่ และค่า Tolerance มีค่าระหว่าง 0.20-0.977 (ไม่เกิน 1) (ภาคผนวก ง) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรทำนายได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก คือ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.143 แสดงว่า การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 14.30 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปขั้นที่ 2 คือ เพศ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีก 0.009 แสดงว่า เพศ มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 0.9 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ สถานภาพสมรส โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น 0.008 แสดงว่า สถานภาพสมรส มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 0.8 แต่เมื่อตัวแปรทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรทำนาย จึงยุติลงในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด นั่นคือ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพศ และ สถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 16.4 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y = 54.697 + 0.466 (X_{10}) + 1.427 (X_1) - 1.350 (X_3)$$

Y	หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
(X ₁₀)	หมายถึง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง
(X ₁)	หมายถึง เพศ
(X ₃)	หมายถึง สถานภาพสมรส

จากสมการแสดงว่า การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.466 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันสูงที่ควบคุมไม่ได้ จะเพิ่มขึ้น 0.466 หน่วย

เพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 1.427 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ถ้าเพศของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นหญิง คะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันสูงที่ควบคุมไม่ได้ จะเพิ่มขึ้น 1.427 คะแนน

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ -1.350 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีสถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกัน คะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันสูงที่ควบคุมไม่ได้ จะลดลง 1.350 คะแนน

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีตัวแปรอิสระ จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จากหน่วยบริการสาธารณสุขรัฐบาล จำนวน 14 แห่ง ของอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 416 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.733 0.825 0.795 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยผู้วิจัยได้จำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ รายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.66 อายุ อยู่ในช่วง 55-64 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.29 สถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 62.98 จบการศึกษาระดับ ป.1-ป.4 ร้อยละ 55.77 มีอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 31.73 รายได้ครอบคลุมต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 71.15

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.8 รองลงมา คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 8.2 และ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 5.0

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพศ และสถานภาพสมรส โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.405 และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 16.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปราย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.8 อาจเนื่องจาก ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จึงทำให้ต้องสนใจและให้ความสำคัญกับการหารายได้ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพเท่าที่ควร สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัชชา เจริญสรรพกิจ (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้การเตือนกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ร้อยละ 36.8

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความคาดหวัง เพศ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 16.4 ซึ่งอภิปรายผลได้ ดังนี้

การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($b = 0.466$, $p < 0.001$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ท่านสามารถมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 67.3 และเมื่อจัดระดับการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในระดับมาก ร้อยละ 39.9 สอดคล้องกับ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค Prentice-Dunn and Rogers (1986) ว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของแต่ละบุคคล และจะมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่น ๆ และไม่ตั้งใจที่

จะแสวงหา ข้อมูลข่าวสาร หรือการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ดังนั้น ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักษณะ หัสตินทร์ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระโนด พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเอง ($Beta = .605$) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระโนด ได้ร้อยละ 36.60 ($R^2 = .366$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เพศ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ($b = 1.427$, $p = 0.13$) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 จึงอาจจะมีความสนใจ ใส่ใจและเห็นถึงความสำคัญต่อสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของปรารณา ปรารณา วัชรานุรักษ์ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.29 และพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากลักษณะความแตกต่างทางเพศ เพศหญิงส่วนใหญ่มักมีความตระหนักรู้และรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย และงานวิจัยของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส มีผลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ($b = -1.350$, $p = 0.45$) กล่าวคือ การมีคู่จะทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง อาจเนื่องจากการมีคู่ต้องมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวมากขึ้น เช่น ภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคลดลง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Huang et al., 2007) อ้างใน สุริยา หล้าก้า และ ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ (2560) ที่ว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ด้านความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งผู้ที่สมรสแล้วจะมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

อายุ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึง ร้อยละ 64.7 จึงอาจทำให้มีความตระหนักรู้รับผิดชอบต่อสุขภาพ และเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันโรค และจากแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และได้รับการกระตุ้นเตือนจากครอบครัว ในรายชื่อที่ 1-2 ในระดับเห็นด้วยเห็นด้วยอย่างยิ่ง จึงทำให้ไม่ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะมีอายุมากน้อยเพียงใด ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสกสรร จวงจันทร์ (2558) ที่พบว่า อายุ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสาธารณสุข และการกระตุ้นเตือนจากญาติใกล้ชิด ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่งผลให้ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อาชีพ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.2 แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เมื่อไปโรงพยาบาลทุกครั้งจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการควบคุมความดันโลหิต จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ อาชีพ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) ที่ว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

รายได้ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ร้อยละ 39.7 และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการควบคุมความดันโลหิต จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ในระดับความคิดเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากถึง ร้อยละ 58.9 จึงส่งผลให้รายได้ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวณี วสุเสถียร (2561) ที่ว่า รายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าแม้ว่ารายได้ของประชาชนจะมีความแตกต่างกัน แต่ปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพได้เท่าเทียมกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนจึงไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.5 แต่มีบางความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นไม่ถูกต้อง เช่น โรคหลอดเลือดสมองไม่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ซึ่งการรับรู้ที่ไม่

ถูกต้อง อาจส่งผลต่อความตระหนักในการป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐชา ป้อมบุบผา (2561) ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมาก ร้อยละ 79.1 แต่มีบางความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในระดับไม่แน่ใจในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ท่านไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอาจทำให้ท่านเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงอาจทำให้ยังไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมาก แต่ก็ยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ดี เพราะบางอย่างผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหรือตัดสินใจทำอะไรด้วยตัวเองได้ทั้งหมด เนื่องจากต้องอยู่กับครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ กานต์ธิชา กำแพงแก้ว (2558) ที่ว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($p > .05$) และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) ที่ว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.8 โดยพบว่าข้อที่มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ การกินยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังมีบางความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความคาดหวังต่อการกินยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ก็มีบางส่วนที่ไม่ทราบว่า การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐชา ป้อมบุบผา (2561) ที่ว่า การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับมาก ร้อยละ 39.7 โดยพบว่าข้อที่มีความเห็นใน

ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการควบคุมความดันโลหิต จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ร้อยละ 58.9 แต่ยังมีบางความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว เช่น ลูก/หลาน ญาติใกล้ชิดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพียง ร้อยละ 19.7 และ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร เช่น จากการอ่านแผ่นพับในการควบคุมความดันโลหิต เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพียง ร้อยละ 22.1 จึงอาจทำให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และ สุธงษิณ แซ่ตัน (2563) ได้อธิบายว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนากิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเน้นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และศึกษาตัวแปรด้านประชากรเพิ่มเติม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center. (2563). *ร้อยละการควบคุมความดันโลหิตได้ดี*. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2563 , จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2020&source=pformatted/format1.php&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561a). *ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูง ปี 2561*. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2564, จาก http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%AB%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87_61.pdf
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561b). *รายงานประจำปี 2561 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ.
- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปี 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ.
- กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, และ จิตติมา กตัญญู. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. *การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15, มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร*.

- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. มหาวิทยาลัยมหิดล,
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. การประชุมวิชาการระดับชาติ "นเรศวรวิจัย" ครั้งที่ 12, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ : Health behavior (พิมพ์ครั้งที่ 5). มหาสารคาม: โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร และ ส่วยถิ่น แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสหภาพสาธารณสุขชุมชน, 2(2), 62-77.
- ณัชชา เจริญสรรพกิจ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 3(3), 46-58.
- ณัฐยา ป้อมบุบผา. (2561). แรงจูงใจการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(2), 57-68.
- ณัฐธิดา กันสาตร์. (2558). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยนเรศวร,

- เตือนใจ หมวกแก้ว. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล,
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2558). โรคหลอดเลือดสมอง ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยสารหมอชาวบ้าน. (2549). โลก(ของ)สุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2562, จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/1437>
- ประเพ็ญพร ช นานาพงษ์, และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(3), 325-340.
- ปรารณา วัชรานุรักษ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.
- พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2557). กลุ่มอาการสมองขาดเลือด Stroke Syndrome. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 30(4), 24-34.
- พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, ชีรนุช ห้านิรัตติย์, และ สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
- พิชญา รินทา. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์,
- พิมพ์พร คงชุม. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพราณกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. มหาวิทยาลัยนเรศวร,

- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ภาณี วสุเสถียร. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 14(1), 42-53.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2554). *เอกสารการสอนชุดวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11-15* (พิมพ์ครั้งที่ 13). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109-119.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 27-35.
- รัญญา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, และ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย. (2562). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบปฐมภูมิ. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 18(2), 29-39.
- ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และ วรณศิริ ประจันโน. (2561). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 68-77.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2558). *โรคหลอดเลือดสมอง. ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมรัตน์ ขำมาก. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3).

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: อีว่น้ำพรีนติง จำกัด.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท อีว่น้ำพรีนติง จำกัด.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ทริค จึงค์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2562, จาก <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php>*
- สุทิสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน,
- สุริยา หล้ากำ และ ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. (2560). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตำบลเหนือเมืองอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 85-94.
- เสกสรร จวงจันทร์. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 29(2).
- อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน. (2561). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิ*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(1).
- Abascal, J. V., Hernandez, Y. G., Mederos, L. E. A., & Caballero, Y. V. (2016). *Modifiable risk factors in uncontrolled high blood pressure patients of Banjul, Gambia*. *Correo Científico Médico*, 20(3).

- Bandura, A., Freeman, W., & Lightsey, R. (1999). *Self-efficacy: The exercise of control*. In: Springer.
- Cao, Q., Pei, P., Zhang, J., Naylor, J., Fan, X., Cai, B., . . . Shi, R. (2016). Hypertension unawareness among Chinese patients with first-ever stroke. *BMC Public Health*, 16(1), 1-6.
- Daskalopoulou, S. S., Khan, N. A., Quinn, R. R., Ruzicka, M., McKay, D. W., Hackam, D. G., Padwal, R. S. (2012). The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(3), 270-287.
- Eckel, R. H., Jakicic, J. M., Ard, J. D., de Jesus, J. M., Houston Miller, N., Hubbard, V. S., Millen, B. E. (2014). 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American college of cardiology*, 63(25 Part B), 2960-2984.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
- Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., Laurent, S. (2007). 2007 ESH-ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC task force on the management of arterial hypertension. *Journal of hypertension*, 25(9), 1751-1762.
- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health education research*, 1(3), 153-161.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change¹. *The journal of psychology*, 91(1), 93-114.

- Sarikaya, H., Ferro, J., & Arnold, M. (2015). Stroke prevention-medical and lifestyle measures. *European neurology*, 73(3-4), 150-157.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.
- Wang, J., Wen, X., Li, W., Li, X., Wang, Y., & Lu, W. (2017). Risk factors for stroke in the Chinese population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(3), 509-517.
- Williams, B., Poulter, N., Brown, M., Davis, M., McInnes, G., Potter, J., Thom, S. M. (2004). Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004—BHS IV. *Journal of human hypertension*, 18(3), 139-185.
- World Health Federation. (2014). *Hypertension*. Retrieved May, 11 2019 from www.world-heartfederation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/hypertension/
- World Health Organization. (2012). *Stroke : a global response is needed*. Retrieved May, 21 2019 from <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636/en/>
- World Stroke Organization. (2008). *Facts and Figures about Stroke*. Retrieved from May, 21 2019 <https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke>
- World Stroke Organization. (2017). *World Stroke Organization(WSO)Annual Report 2017*. Retrieved May, 11 2019 from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2017_online.pdf





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.(พิเศษ) สุพัฒนา คำสอน
อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ วังวนสินธุ์
อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง ในการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลโดยการมีพนักงานสัมภาษณ์ที่ได้รับคำแนะนำฝึกหัดจนสามารถปฏิบัติงานได้ตามที่ผู้ศึกษาต้องการ ดังนี้

1. เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สนทนาเชื่อมโยงไปถึงแบบสัมภาษณ์
2. ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า คำตอบในแต่ละคำถามที่ได้จะนำไปพัฒนาให้เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันสูงที่ควบคุมไม่ได้ และปรับปรุงบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จึงขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบตรงตามความจริง และข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ
3. การสัมภาษณ์ จะเรียงลำดับเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ ประกอบด้วย

- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

นักศึกษาปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 9 ข้อ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ
หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มปีถึงวันที่ทำแบบสอบถาม)

3. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ป. 1 – ป. 4

() 3. ป. 5 – ป. 7

() 4. มัธยมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษา

() 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.

() 6. อนุปริญญา หรือ ปวส.

() 7. ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า

() 8. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ปัจจุบันท่านมีสถานภาพใด

() 1. โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

() 2. สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน

() 3. สมรสแล้วแยกกันอยู่คนละจังหวัด

5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด

() 1. เกษตรกรรม

() 2. รับจ้าง

() 3. รับราชการ

() 4. ค้าขาย

() 5. ธุรกิจส่วนตัว

() 6. ไม่มีอาชีพ

6. รายได้ของครอบครัวท่าน.....บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้

2.1 รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้เป็นส่วนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้น้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ไม่ตรงกับข้อความที่ให้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1.โรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้				
2.เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบ คือภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดจากความดันโลหิตสูง				
3.เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้ตายหรือพิการได้				
4.อาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขน ขา ชาหรืออ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน				
5.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงานก่อนวัยอันควร				
6.โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว				
7.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก				
8.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ				
9.โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นภาระสังคมในการจัดสวัสดิการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี				

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้เป็นส่วนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้น้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ไม่ตรงกับข้อความที่ให้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1.โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เสมอ				
2.ท่านไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอาจทำให้ท่านเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้				
3.หากท่านชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				
4.คนที่เป้นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ				
5.หากท่านเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง อาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				
6.ท่านไม่ออกกำลังกายอาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
7.ท่านสูบบุหรี่ อาจทำให้ท่านเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากยิ่งขึ้น				
8.ท่านดื่มสุรา อาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
9.ท่านชอบรับประทานอาหารเค็มเป็นประจำอาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้				
10.ท่านรับประทานยาที่แพทย์สั่งไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				

2.3 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้เป็นส่วนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้น้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ไม่ตรงกับข้อความที่ให้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1.การรับประทานอาหารเค็มให้น้อยลงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้				
2.การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
3.การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
4.การงดสูบบุหรี่ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง				
5.การงดดื่มสุราจะช่วยลดเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
6.การลดอาหาร ขนมขบเคี้ยวที่ปรุงแต่งด้วยสารปรุงรสจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
7.การพักผ่อนให้เพียงพอ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
8.การทำจิตใจให้เบิกบาน ผ่อนคลายความเครียด จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
9.การควบคุมความดันโลหิต จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
10.การกินยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				
11.การมาตรวจตามแพทย์นัดจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				

2.4 การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้เป็นส่วนมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้ปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ตรงกับข้อความที่ให้น้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความรู้ไม่ตรงกับข้อความที่ให้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม อาหารดองเค็ม				
2.ในระหว่างการรับประทานอาหารท่านสามารถลดการเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารให้น้อยลง				
3.ท่านสามารถลดปริมาณอาหารประเภทข้าวหรือแป้งให้น้อยลง				
4.ท่านสามารถประกอบอาหาร ด้วยการลดการใช้เครื่องปรุงรสเค็มได้				
5.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิให้น้อยลง				
6.ท่านสามารถใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว แทน น้ำมันหมูในการผัดหรือทอดได้				
7.ท่านสามารถรับประทานผักหรือผลไม้ที่มีรสหวานน้อยทุกวันได้				
8.ท่านสามารถออกกำลังกายด้วยการด้วยการเดิน หรือกายบริหารได้				
9.ท่านสามารถหาวิธีการคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ พูดคุยกับเพื่อน ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นต้น				
10.ท่านสามารถมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ทุกครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความอย่างสม่ำเสมอหรือทุกครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความเป็นส่วนใหญ่

บางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความเป็นบางครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
1.ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการควบคุมความดันโลหิต จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล				
2.ญาติใกล้ชิด เช่น ลูก หลาน คอยกระตุ้นเตือนท่านให้มาพบแพทย์ตามนัด				
3.ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว เช่น ลูก/หลาน ญาติใกล้ชิดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				
4.ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติ ลูก/หลาน เมื่อมีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว				
5.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร เช่น จากการอ่านอ่านแผ่นพับในการควบคุมความดันโลหิต เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				
6.ญาติใกล้ชิด เช่น ลูก หลาน คอยกระตุ้นเตือนท่านให้รับประทานยา				
7.ท่านได้รับการดูแลเรื่องการควบคุมอาหาร เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคคลในครอบครัว				

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติได้เลย

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1.ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือป่นลงในอาหารระหว่างรับประทานอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)				
2.ท่านใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผงสำเร็จรูป หรือเครื่องแกงสำเร็จรูปในการปรุงอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)				
3.ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ขนมกรุบกรอบ ฯลฯ				
4.ท่านรับประทานอาหารที่เป็นของหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง ปลาจืด ฯลฯ				
5.ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ปูเค็ม				
6.ท่านรับประทานผักใบเขียว และผลไม้				
7.ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร				
8.ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร				
9.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ				
10.ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์ปริมาณที่สูง เช่น หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ ข้าวขาหมู หมูกระทะ				
11.ท่านดื่มกาแฟสำเร็จรูป (ทรีอินวัน) หรือกาแฟเติมครีมเทียม (คอฟฟี่เมต)				

4.2 การจัดการความเครียด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
12.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะจัดการ ความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ				
13.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านชอบแยกไปอยู่ คนเดียว				
14.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านดูภาพยนตร์หรือ ฟังเพลง				
15.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรก				
16.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านสวดมนต์ หรือ นั่งสมาธิ				
17.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยระบาย กับคนใกล้ชิด				

4.3 การออกกำลังกาย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
18.ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน วิ่งเหยาะๆ หรือ กายบริหาร				
19.ท่านออกกำลังกายไม่ต่ำกว่า 30 นาที				
20.ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
21.ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ตัดหญ้า				
22.ท่านหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกเกิดความผิดปกติ ของร่างกาย				

4.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
23. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
24. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่				

4.5 พฤติกรรมการการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
25. ท่านมาพบแพทย์ตรงตามที่แพทย์นัด				
26. ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์จัดให้				

ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 678/2019
IRB No. 0703/62



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยธนบุรี
99 หมู่ 9 ตำบลท่าไม้ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา 85000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

Study Title : Factors affecting to preventive behavior of stroke patients among uncontrolled-hypertensive patients in Muang District, Phitsanulok Province

ผู้วิจัยหลัก : นาสีญญารัตน์ วาศิษณะ

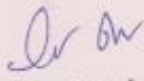
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF-01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กรกฎาคม 2562
2. AF-02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กรกฎาคม 2562
3. AF-03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กรกฎาคม 2562
4. AF-04-10 (กลุ่มศึกษาจริง) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 ตุลาคม 2562
5. AF-04-10 (กลุ่มทดสอบเครื่องมือ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
6. AF-05-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
7. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 25 ตุลาคม 2562
8. ใข้ขออนุมัติโครงการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 สิงหาคม 2562
9. ประวัติการแก้ไขเอกสาร เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 14 สิงหาคม 2562
11. สรุปรายงานฉบับแก้ไขฉบับสุดท้าย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562

ลงนาม 
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารัตน์ วาศิษณะ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยธนบุรี

วันที่รับรอง : 13 พฤศจิกายน 2562
Date of Approval : November 13, 2019
วันหมดอายุ : 13 พฤศจิกายน 2563
Approval Expire Date : November 13, 2020
ทั้งนี้ การรับรองไม่มีเงื่อนไขที่จะนำไปดำเนินการใดๆ (อยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ง ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

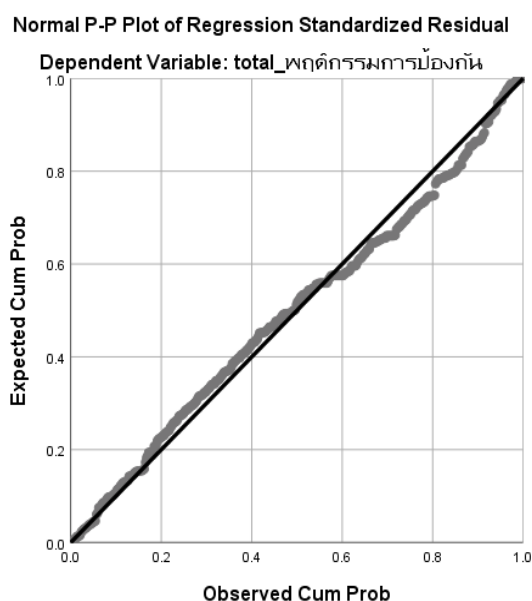
1. ตัวแปรตามเป็น Interval scale/ Ratio scale ในการศึกษานี้มีตัวแปรตามคือ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับการวัดเป็น Interval scale

2. ตัวแปรต้นเป็น Interval scale/ Ratio scale หรืออาจเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการศึกษานี้มีตัวแปรทั้งหมด 11 ตัว แต่ละตัวมีระดับการวัด ดังแสดงในตาราง

ตารางแสดงการจัดระดับการวัดของตัวแปรและการให้รหัสตัวแปรหุ่น

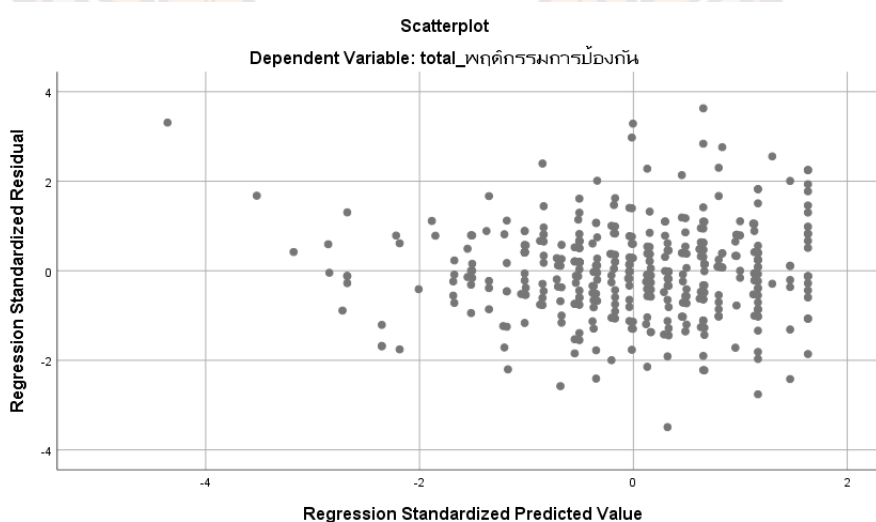
ตัวแปร	ระดับการวัด	ตัวแปรหุ่น
1.เพศ	Nominal scales	1 = หญิง 0 = ชาย
2.อายุ	Ratio scales	
3.สถานภาพสมรส	Nominal scales	1 = คู่อยู่ด้วยกัน 0 = โสด,หม้าย,หย่า,แยกกันอยู่
4.ระดับการศึกษา	Ordinal scales	1 = ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า 0 = มัธยมศึกษาตอนต้น,มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.,อนุปริญญาหรือปวส.,ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า, สูงกว่าปริญญาตรี
5.อาชีพ	Nominal scales	1 = ไม่มีอาชีพ 0 = เกษตรกรรม,รับจ้าง, รับราชการ,ค้าขาย,ธุรกิจส่วนตัว
6.รายได้	Ratio scales	
7.การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	Interval scale	
8.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	Interval scale	
9.การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	Interval scale	
10. การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	Interval scale	
11.การได้รับการสนับสนุนจากสังคม	Interval scale	

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



ภาพแสดง Total : พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
จากภาพผลการพล็อตกราฟ Normal P-P plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีแนวโน้ม
เป็นเส้นตรง แสดงว่าเข้าใกล้การแจกแจงแบบปกติ

4. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)



ภาพแสดง Total : พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
จากภาพพบว่า กราฟการกระจายของ Scatterplot ระหว่างค่า Regression Standardized
Residual กับค่า Regression Standardized Predictive Value มีการกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ ค่า

ความคลาดเคลื่อน มีช่วงในช่วงใดช่วงหนึ่งแคบๆ ไม่ว่าค่า Predictive Value จะเปลี่ยนไปอย่างไร แสดงว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่

5. ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบจากการ Plot normal curve ของค่า Residual พบว่า Residual มีการกระจายแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.996 และจากการวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.677 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน ดังตาราง

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	58.05	74.77	70.21	2.791	416
Residual	-22.102	22.966	.000	6.305	416
Std. Predicted Value	-4.357	1.632	.000	1.000	416
Std. Residual	-3.493	3.629	.000	.996	416

a. Dependent Variable: total_พฤติกรรมกำบังกัน

Model Summary ^d					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.378 ^a	.143	.141	6.391	
2	.394 ^b	.156	.152	6.352	
3	.405 ^c	.164	.158	6.328	1.677

Predictors : (Constant), การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตน

Predictors: (Constant), รับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตน, เพศ

Predictors: (Constant), รับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตน, เพศ, สถานะภาพ

Dependent Variable : พฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง

6. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุดคือ 0.977 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า

VIF ของตัวแปรทุกตัวไม่เกิน 10 แสดงว่าค่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized			Standardized		Collinearity Statistics	
		Coefficients		Coefficients		t		
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	54.655	1.899			28.786	.000	
	total_รับรู้ความคาดหวัง	.470	.057	.378		8.308	.000	1.000
2	(Constant)	53.691	1.926			27.878	.000	
	total_รับรู้ความคาดหวัง	.468	.056	.376		8.312	.000	1.000
	เพศ_dummy2	1.625	.652	.113		2.494	.013	1.000
3	(Constant)	54.697	1.983			27.578	.000	
	total_รับรู้ความคาดหวัง	.466	.056	.375		8.311	.000	.999
	เพศ_dummy2	1.427	.657	.099		2.174	.030	.977
	สถานะ_dummy	-1.305	.650	-.091		-2.008	.045	.977

a. Dependent Variable: total_พฤติกรรมการป้องกัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การถดถอยพหุคูณ สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Stepwise Multiple Regression)

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเพื่อหาความสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $r < .08$)

X_1 : เพศ

X_2 : อายุ

X_3 : สถานภาพสมรส

X_4 : ระดับการศึกษา

X_5 : อาชีพ

X_6 : รายได้

X_7 : การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

X_8 : การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

X_9 : การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

X_{10} : การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

X_{11} : การได้รับการสนับสนุนจากสังคม

Y : พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

