ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ณรงค์เดช บ้านสระ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ณรงค์เดช บ้านสระ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIOR FOR STROKE PREVENTION AMONGST HYPERTENSIVE PATIENTS IN MAE CHAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE.

NARONGDATE BANSRA

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment

of the Requirements for the Master of Public Health Degree

May 2023

Copyright 2023 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ของ ณรงค์เดช บ้านสระ

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุกูล มะโนทน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ดร. สุทธิชัย ศิรินวล)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ผู้ศึกษาค้นคว้า: ณรงค์เดช บ้านสระ, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565

อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร. สุทธิชัย ศิรินวล

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง ,การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 400 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของทาโร ยามาเน่ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ การวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.50%) อาชีพเกษตรกรรม (63.50%) สถานภาพสมรส (70.80%) ศึกษาระดับประถมศึกษา (70.30%) มีอายุ 18-54 ปี (74.00%) รายได้ 3,000 บาทขึ้นไป (79.30%) มีโรคร่วม (69.00%) มีค่าBMI ระดับอ้วน (65.20%) ค่า Systolic ≤ 140 mmHg. (87.50%) และ Diastolic ≤ 90 mmHg. (95.50%) มีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.85, S.D. = 0.14) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.56, S.D. = 0.43) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.001$) ได้แก่ อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Title: FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIOR FOR STROKE PREVENTION AMONGST HYPERTENSIVE PATIENTS IN MAE CHAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE.

Author: Narongdate Bansra, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

Advisor: Suthichai Sirinual , Ph.D.

Keywords: Self-care behavior Stroke Hypertension Stroke prevention

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to explore self-care behavior and factors related to self-care behavior to prevent stroke among patients with hypertension. The population were patients with hypertension in Mae Chai District, Phayao Province, 400 participants were calculated by Taro Yamane's method, stratified random sampling. Data were collected using a questionnaires. Statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square and Pearson's correlation coefficient analysis. The results showed that most of the samples were female (53.50%), agriculturist (63.50%), married (70.80%), status primary school education (70.30%), aged 18-54 years (74.00%), income 3,000 baht or more (79.30%), comorbidities (69.00%), BMI at obesity level (65.20), Systolic Blood Pressure ≤ 140 mmHg. (87.50%), Diastolic Blood Pressure ≤ 90 mmHg. (95.50%), health awareness overall at high level ($\bar{x}$ = 2.85, S.D. = 0.14), stroke prevention behaviors at moderate level ($\bar{x}$ = 3.56, S.D. = 0.43). Factors related to self-care behavior for stroke prevention among hypertensive patients in Mae Chai District, Phayao Province were as follows occupation, risk perceived for stoke, perceived severity for stoke, perceived benefits for stoke prevention and perceived barriers for stoke prevention behavior.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษา ดร. สุทธิชัย ศิรินวล ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขอันเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ด้วยดี ตลอดมา

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจ จนทำให้งานวิจัยแล้วเสร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ เจ้าหน้าที่ทุกท่าน และมหาวิทยาลัยพะเยา ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งปวง และคอยให้คำแนะนำระหว่างการศึกษามาโดยตลอด

เหนือสิ่งอื่นใด ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัวที่สนับสนุน และคอยให้กำลังใจทุกเวลาที่เหนื่อยล้า ให้ความช่วยเหลือทุก ๆ ด้าน จนการเรียนผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

ท้ายนี้ผู้ศึกษาขอน้อมรำลึกถึงอำนาจบารมีของคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ในสากลโลก อันเป็นที่พึ่งให้ผู้ศึกษามีสติปัญญาในการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษาขอให้เป็นกตเวทิตาแด่บิดา มารดา ครอบครัวของผู้ศึกษา ตลอดจนผู้เขียนหนังสือ และบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้ศึกษา จนสามารถทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ณรงค์เดช บ้านสระ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 3

วัตถุประสงค์ของการศึกษา 3

สมมติฐานของการวิจัย 3

ขอบเขตของการวิจัย 3

นิยามศัพท์เฉพาะ 5

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย 6

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

แนวคิดเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 7

แนวคิดเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 28

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ 33

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมตนเอง 41

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 50

กรอบแนวคิดการวิจัย 53

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 54
ตัวแปรและการวัดตัวแปร 56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 60
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 62
การเก็บรวบรวมข้อมูล 64
การวิเคราะห์ข้อมูล 64
จริยธรรมการวิจัย 64
บทที่ 4 ผลการวิจัย 66
ข้อมูลส่วนบุคคล 66
การรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ 69
แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 74
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 77
บทที่ 5 บทสรุป 82
สรุปผลการวิจัย 82
อภิปรายผลการวิจัย 84
ข้อเสนอแนะ 88
บรรณานุกรม 89
ภาคผนวก 97
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการศึกษา 98
ประวัติผู้วิจัย 106

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามสัดส่วนจำแนกรายสถานบริการ พื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 55

ตาราง 2 แสดงปัจจัยส่วนบุคคล พื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 57

ตาราง 3 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 59

ตาราง 4 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 400).....66

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400).....69

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400).....70

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400) 71

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400).....72

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400) ...73

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายข้อ (n = 400).....74

ตาราง 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 400).....77

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 400) 77

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 400) 81

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ 40

ภาพ 2 พฤติกรรมสุขภาพ.....42

ภาพ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย 53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยสุขภาพ ทำให้พบเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นโดยส่วนใหญ่มักจะไม่ปรากฏอาการให้เห็นในระยะเริ่มแรก หากไม่ได้รับการตรวจรักษาและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุวดี ลีลัคนาวีระ และชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, 2560) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานถึงสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก โดยระบุว่า จากตัวเลขการเสียชีวิต 56.9 ล้านรายในปี 2559 นั้นกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54) เชื่อมโยงกับสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและสโตรกเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดด้วยตัวเลขรวม 15.2 ล้านรายในปี 2559 และยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตตลอด 15 ปีที่ผ่านมา (Word Health Organization, 2015) องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก มีผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน และพิการ จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563)

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60–I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2560–2564 เท่ากับ 47.81, 47.15, 52.97, 52.80 และ 55.53 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง (I60–I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2559–2562 เท่ากับ 451.39, 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและจากรายงานประจำปี พ.ศ. 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งประเทศ จากข้อมูลอัตราตาย 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) จังหวัดพะเยา มีอัตราการป่วยและตายเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มโรคเรื้อรังโดยโรคหลอดเลือดสมองมี อัตราป่วยเพิ่มจาก 93.90 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2561 เป็น 94.36 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564 และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น

จาก 74.41 ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 93.29 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, 2564) สำหรับอำเภอแม่ใจ จากข้อมูลอัตราตายจำแนกตามสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ปี พ.ศ. 2564 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายเป็นอันดับสองรองจากโรคปอดบวมซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการตายในระดับจังหวัด สำหรับข้อมูลการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา สำหรับพื้นที่อำเภอแม่ใจมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ใจทั้งหมด 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอแม่ใจมีประวัติเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ ระหว่างรับการรักษาอำเภอแม่ใจมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 4,421 คน คิดเป็นร้อยละ 21.54 ของ ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ อายุ พันธุกรรม ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการป้องกันก่อนเกิดโรค และการรักษาในระยะแรกอย่างทันท่วงทีจะช่วยลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี นอกจากนั้นการให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน สามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันและช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ที่ดี (บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, 2560) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker and Maiman (1975) ซึ่งกล่าวว่า การที่ บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคได้นั้น แนวคิดนี้เชื่อว่าขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันโรคเนื่องจากเชื่อว่า ภายหลังการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านนี้ แล้ว ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลและการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังพบว่าประชาชนทั่วไปมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (กาญจนาพร ยอดภีระ, 2562)

ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยาเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา เชิงพรรณนาแบบศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1.1 เพศ

1.1.2 อาชีพ

1.1.3 สถานภาพสมรส

1.1.4 ระดับการศึกษา

1.1.5 อายุ

1.1.6 รายได้/เดือน

1.1.7 โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

1.1.8 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

1.1.9 ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC

1.1.10 ระดับความดันโลหิต DIASTOLIC

1.2 ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1.3.1 การควบคุมอาหาร

1.3.2 การออกกำลังกาย

1.3.3 อารมณ์ (การจัดการความเครียด)

1.3.4 การใช้ยาความดันโลหิตสูง

1.3.5 การควบคุมระดับความดันโลหิต

1.3.6 การรักษาต่อเนื่อง

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 4,752 คน จากปีงบประมาณ 2564 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จากปีงบประมาณ 2564 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) จะต้องใช้ตัวอย่างในการศึกษาไม่น้อยกว่า 369 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดเนื่องจากการเก็บตัวอย่างไม่ครบ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้จำนวน 406 คน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2565 – มกราคม 2566 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง อันเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ อาการที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง และความรุนแรงขึ้นกับการทำลายเนื้อสมอง ก่อให้เกิดอาการแสดงซึ่งคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จากปีงบประมาณ 2564 รักษาต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2565

การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีต่อสุขภาพของตนเองในแต่ละเวลา ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้ จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived severity) หมายถึง การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ (โรคหลอดเลือดสมอง) หรือผลกระทบ

จากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำ

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การตรวจเลือด การตรวจพิเศษต่าง ๆ ทำให้เกิดความไม่สบายตัว การมารับบริการหรือการปรับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีนั้นขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ (การจัดการความเครียด) การใช้ยาความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิต และการรักษาต่อเนื่อง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการควบคุมและแก้ไข ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยง ด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ และการให้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รู้ถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับวิธีป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

2. ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดตัวแปร กรอบแนวคิด ตลอดจนแนวทางในการดำเนินการศึกษา โดยการใช้แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นสาเหตุลำดับต้นที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่ทำให้สมองขาดเลือด และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อัตราของผู้เสียชีวิตเพิ่มจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นภัยคุกคามระดับประเทศ เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยอันดับต้น ๆ และส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ ทำให้ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไทย (ภูมิพัชร ฤทธิ์นอก และคณะ, 2564)

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง อันเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไปก่อให้เกิดอาการแสดงซึ่งคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

National Institute of Neurological Disorders and Stroke ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นถาวรก็ได้ รวมทั้งการเกิดภาวะ Transient Ischemic Attack (TIA) ซึ่งอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (ดวงธิดา โสดาพรม, 2563)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2560) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไว้ว่าหมายถึงภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตันหรือแตก จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองสูญเสียความสามารถในการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยงและความรุนแรงขึ้นกับการทำลายเนื้อสมอง

ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมอง จึงหมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง อันเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ อาการที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง และความรุนแรงขึ้นกับการทำลายเนื้อสมอง ก่อให้เกิดอาการแสดงซึ่งคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

2. สถานการณ์โรค

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วย จำนวน 80 ล้านคน และพิการจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือด สมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นลำดับที่ 5 โดย ในปี ค.ศ. 2016 โดยเฉลี่ย มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก 3 นาที 33 วินาที และในปี ค.ศ. 2019 พบผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง 6.6 ล้านราย ทั่วโลก (American Heart Association, 2021)

ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ปี 2559–2561 เท่ากับ 399.88, 423.27 และ 471.71 ตามลำดับ พบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 45.62, 46.48 และ 42.94 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) ข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตโดยสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ 30–69 ปี ของโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงโดยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากที่สุด

จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เป็น 40.9 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

3. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547)

3.1 แบ่งตามลักษณะพยาธิสรีรวิทยา

3.1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke)

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) พบร้อยละ 85 โดยแบ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดกั้น (thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 โรคที่เกิดการอุดกั้นหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 20 และร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดออกจากหลอดเลือดอื่น (embolism) ที่สำคัญ ได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นบริเวณผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ส่วนที่เหลือนั้นพบ ร้อยละ 5 ซึ่งเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) เป็นต้น โดยทั่วไปในสภาวะพักนั้น สมองต้องการเลือดไปเลี้ยงประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ของ cardiac output และประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ ของออกซิเจนที่หายใจเข้าไปทั้ง ๆ ที่เนื้อสมองมีน้ำหนักเพียง 2 เปอร์เซ็นต์ ของน้ำหนักตัวเท่านั้น การทำงานของสมองนั้นไม่ได้ทำหน้าที่เก็บไกลโคเจน แต่ต้องการพลังงาน จากกระบวนการ Phosphorylation ของกลูโคสเพื่อที่ผลิตพลังงานในรูป ATP ไปใช้งานในสภาวะพักนั้น สมองของมนุษย์จะมี cerebral blood flow ระหว่าง 50–55 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัม ของน้ำหนักเนื้อสมองต่อนาที โดยที่ gray matter blood flow จะสูงกว่า white matter blood flow ซึ่งสมองควบคุมตัวเองอย่างอัตโนมัติในสภาวะปกติแรงต้านทานของหลอดเลือดของสมอง (cerebrovascular resistance) จะมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อควบคุมให้เลือดไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow) ให้คงที่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและ cardiac output ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีปัจจัยจำเพาะที่กระทบต่อ cerebral blood flow ด้วยในภาวะที่สมองปกติ ตัวอย่างของสภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของ blood flow เช่น การกระตุ้นโดยไฟฟ้าโดยตรงต่อเนื้อสมอง การชักภาวะที่มีการใช้อารมณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือด ทั้งขนาดใหญ่และ ขนาดเล็กสัมพันธ์กับภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) และการมีความดันเลือดสูงเป็นเวลานาน นอกจากเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ผนังหลอดเลือดใหญ่แข็งตัว แล้วยังพบว่า สัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงกลุ่ม perforating vessels ซึ่งเมื่อมีการอุดกั้น แล้วจะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็ก ๆ โดยทั่วไปลิ่มเลือดที่เกิดจะค่อย ๆ ก่อตัวตามผนัง หลอดเลือดที่มี atherosclerosis plaque

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อย ๆ ภายในเวลาเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน ทั้งนี้อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดกั้น ระยะเวลาของการขาดเลือด อัตรา การขาดเลือด และการได้รับเลือดชดเชยจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง ซึ่งอาจทำให้เซลล์ ประสาทสมองค่อย ๆ ตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง ในกรณีที่เนื้อสมองตายอย่างเฉียบพลัน สมองบริเวณนั้นจะบวมมาก ทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้นจนกดเบียดก้านสมอง ถ้าผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เนื้อสมองก็จะเริ่มสลายตัวบริเวณที่ขาดเลือดจะเป็นโพรงแผล เป็นอาการต่าง ๆ ของการขาดเลือดในสมองจะขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยขึ้นกับตำแหน่งของหลอดเลือด (location) ขึ้นกับแขนงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณต่าง ๆ ของสมอง ถ้าแขนงหลอดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณใด อาการก็จะขึ้นกับหน้าที่ของตำแหน่งต่าง ๆ เหล่านั้น และบริเวณของเนื้อสมองที่ขาดเลือด (area of ischemia) ถ้าเนื้อสมองมีการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างหรือเป็นบริเวณที่สำคัญย่อมเกิดอาการได้มากกว่า รวมทั้ง ความรวดเร็ว ในการเกิดการขาดเลือด (severity of ischemia) ถ้าการขาดเลือดเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เช่น ภาวะ embolism จะมีความรุนแรงของอาการมากกว่าภาวะที่ค่อย ๆ เป็นมากขึ้น เช่น ในภาวะของ thrombosis และขึ้นอยู่กับหลอดเลือด collateral (collateral circulation) ถ้าผู้ป่วยมีหลอดเลือด collateral ที่หล่อเลี้ยงทดแทนส่วนที่ขาดเลือดได้ดี จะมีอาการน้อยกว่า (ภัทรวิทย์ รักษ์กุล, 2555)

3.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke)

ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage)

ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) พบได้ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญ ได้แก่

1) Congenital and acquired cerebrovascular disease เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด โดยมักพบปัจจัยที่สำคัญในการทำให้เกิดเลือดออก คือ ความดันเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่ง

2) Aneurysms โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง พบเป็นสาเหตุรองลงไป

3) Neoplasms เนื้องอกของสมองไม่ว่าจะเกิดจาก primary หรือ secondary หรือเป็นสาเหตุของเลือดออกในสมองได้

4) Arteriovenous malformations เป็นสาเหตุที่ทำให้เลือดออกในสมองได้ พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของโรคหลอดเลือดโป่งพอง

5) Anticoagulant treatment ปัจจุบันมีการรักษาโรคต่าง ๆ เช่น deep vein thrombosis, ischemic stroke หรือ ischemic heart disease ซึ่งต้องควบคุมไม่ให้ระดับยา

มากเกินไป จนทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติได้ ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการให้ยาเหล่านี้ โดยมีเลือดออกในสมองได้

6) Coagulopathies เกิดจากโรคต่าง ๆ เช่น aplastic anemia, leukemia เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาของการแข็งตัวของเลือด และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตจากการที่มีเลือดออกในสมองเป็นจำนวนมาก

7) Drug abuse การใช้สารเสพติดบางชนิดทำให้เลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น เช่น แอมเฟตามีน หากใช้เป็นประจำจะทำให้เกิดภาวะความดันเลือดสูงตลอดเวลา เป็นเหตุของเลือดออกได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดโคเคนยังพบว่าเป็นสาเหตุในการเกิดเลือดออกในสมองเช่นกัน

8) Parasitic infection พยาธิที่ชอนไชไปยังสมองที่พบบ่อย ได้แก่ พยาธิ ตัวจี๊ด และพยาธิ Angiostrongyliasis

9) Autoimmune and inflammatory diseases มักพบร่วมกับ vasculitis ของหลอดเลือด ซึ่งพบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้เลือดออกในสมองได้

10) ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคทางสมอง โดยทำ endovascular treatment จาก mycotic aneurysm และ infective endocarditis เป็นต้น

อาการและอาการแสดงโดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีอาการเกือบทุกรายและมักจะให้ประวัติว่าเหตุการณ์ที่เกิดสัมพันธ์กับขณะที่ผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ (ซึ่งต่างจากในกลุ่มของการขาดเลือดในสมอง ซึ่งมักให้ประวัติเกิดขึ้นหลังจากตื่นนอน) จากประวัติโดยทั่วไปพบน้อยมากที่เกิดขึ้นขณะหลับอยู่ อาการของการที่มีเลือดออกในสมอง จะเป็นขึ้นมาทันทีทันใดหรืออาจมีอาการมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยทั่วไปมักจะมีอาการแย่ลงภายใน 2 ถึง 3 ชั่วโมง ซึ่งต่างจากกลุ่มที่เป็น cerebral thrombosis เช่นกัน ที่มักจะเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป และในกลุ่มที่มีเลือดออกนั้น ผู้ป่วยมักจะซึมหรือหมดสติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว อาการของภาวะเลือดออกในสมอง นั้นจะพบได้ ดังนี้

1. ปวดศีรษะ เป็นอาการที่พบได้บ่อยยกเว้นในกรณีที่ก้อนเลือดมีขนาดเล็ก โดยอาการปวดหัวจะพบมากในกลุ่มที่มีก้อนใหญ่

2. อาเจียน พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นอาการหนึ่งของ การที่มีความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงนั่นเอง

3. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป โดยทั่วไปจะสัมพันธ์กับขนาดของก้อนเลือด และความดันในกะโหลกศีรษะ โดยการวัดระดับของการรู้สึกตัวนั้น จะนิยมใช้

Glasgow Coma Scale เป็นมาตรฐาน โดยทั่วไปและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยและพยากรณ์โรคได้ดี

4. คอแข็งเกร็ง (meningism) อาจพบได้ในบางรายที่มีก้อนเลือดแตกเข้าไปในเวนตริเคิลหรือมีเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์

5. อาการตามตำแหน่งต่าง ๆ ของสมอง เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiplegia) มักเกิดที่ตำแหน่งของ putamen thalamus อาการชัก (seizure) มักพบในกรณีที่เลือดออกสมองชนิด lobar hematoma ส่วนถ้ามีเลือดออกใน cerebellum ก็จะพบอาการเดินเซหรือมี nystagmus เป็นต้น

6. หยุดหายใจ (apnea) มักพบร่วมกับการเกิดเลือดออกในบริเวณ posterior fossa เนื่องจากมีการกดก้านสมองหรือมีเลือดออกที่ก้านสมองเอง (ภัทรวิทย์ รักษ์กุล, 2555)

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น (Subarachnoid hemorrhage)

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น (Subarachnoid hemorrhage) พบได้ประมาณ ร้อยละ 5 มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่หลอดเลือดมีการโป่งพอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างมากทันที อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ ทำให้เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่เกิดขึ้น (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

3.2 แบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ

3.2.1 กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด carotid

1) กลุ่มอาการ anterior cerebral artery (ACA) การอุดกั้นของหลอดเลือดนี้ทำให้แขนขา ข้างตรงข้ามกับรอยโรคอ่อนแรงมากกว่าต้นขา มีอาการอ่อนแรงชาบริเวณหัวไหล่มากกว่าที่ปลายแขนและมือ

2) กลุ่มอาการ middle cerebral artery (MCA) ทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาจมีอาการชาครึ่งซีก แต่ไม่รุนแรงมากนัก ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านการมองเห็น ซึ่งจะเกิดด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดกั้นของหลอดเลือด

3) กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด

3.1) กลุ่มอาการ vertebra basilar artery ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิจากใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรค และจากร่างกายซีกตรงข้าม พบมีอาการหนังตาตก สูญเสียการหลั่งเหงื่อบริเวณใบหน้า มีอาการกลืนลำบาก พูดไม่ชัด

เสียงเปลี่ยน ตากระตุก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การอุดกั้นของ basilar artery อาจทำให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก มีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายถึงขั้นหมดสติ

3.2) กลุ่มอาการ posterior cerebral artery เมื่อมีการอุดกั้น ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกครึ่งซีก อาจเป็นความรู้สึกรับรู้ได้น้อยลง หรือรู้สึกแปลกไปจากปกติ หรือมีอาการเจ็บปวดก็ได้ อาจสูญเสียความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการแยกสี สูญเสียความสามารถในการอ่าน หรืออาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสีย ความทรงจำได้อีกด้วย (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

3.3 แบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค

3.3.1 Transient ischemic attack (TIA)

Transient ischemic attack (TIA) คือ ปรากฏการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่ อาการและอาการแสดงเกิดขึ้น และหายไปภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นไม่ พบว่ามีอาการสมองสูญเสียหน้าที่หลงเหลืออยู่เป็นรูปแบบของการขาดเลือดเลี้ยงไปเลี้ยงสมองที่มีความรุนแรงน้อย ภาวะ TIA มักเกิดจากการที่มี embolism อุดหลอดเลือดสมอง การที่สมองฟื้น หน้าที่กลับมาได้จากก้อนเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสลายตัวหรือเกิดจากการมีหลอดเลือดสารจากสมองบริเวณอื่นมาเลี้ยงทดแทนเพียงพอ

3.3.2 Reversible ischemic neurological deficit (RIND)

Reversible ischemic neurological deficit (RIND) พบได้ ไม่บ่อยนัก อาการแสดงจะเกิดขึ้น และคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง แต่หายไปภายใน 2 สัปดาห์ ได้แก่ Stroke in evolution เป็นในช่วงที่อาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้น มักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่กำลังขยายตัวอุดกั้นการไหลเวียนมากขึ้นเรื่อย ๆ และ Complete stroke คือ ภาวะที่มีอาการและอาการแสดงของโรคเต็มที่แล้ว (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

3.3.3 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สัญญาณอันตรายสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่ง ได้แก่ อาการดังต่อไปนี้

1) พูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจหรือพูดไม่ชัดทันทีทันใด

2) แขนขาหรือหน้าอ่อนแรงชาหรือขยับไม่ได้ทันทีทันใด

3) ตาข้างใดข้างหนึ่งมัวหรือมองไม่เห็นเห็นภาพซ้อนหรือมีอาการคล้ายม่านบังตาที่เป็นฉับพลัน

4) ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน

5) งุนงงเวียนศีรษะหรือเสียการทรงตัว เฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ ข้างต้น ถึงแม้ในบางครั้งอาการที่เกิดนี้อาจจะดีขึ้นได้เอง แต่การมาพบแพทย์โดยพลันก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง (กองการแพทย์ทางเลือก, 2566)

3.3.4 โรคหลอดเลือดสมองมีอาการ ดังนี้

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอาการที่มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยจะขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดรอยโรคและระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกทำลายอาการที่พบบ่อย ได้แก่

1) แขน ขา ใบหน้าอ่อนแรง/ไม่มีแรงชา/สูญเสียการรับความรู้สึกครึ่งซีกข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด

2) พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้นึกคำพูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด

3) ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด

4) ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน

5) เวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัว (กองการแพทย์ทางเลือก, 2566)

4. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง และการบำบัดรักษาเบื้องต้น

ผู้ป่วยทุกคนที่มาโรงพยาบาล ด้วยอาการที่มีความผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใดต้องทำ การตรวจสัญญาณชีพ ตรวจอาการทางระบบประสาท เพื่อประเมินว่าต้องให้การช่วยชีวิตขั้นสูงหรือไม่ ตรวจดูระบบทางเดินหายใจ การหายใจเพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ Glasgow Coma Scale (GCS) score น้อยกว่า 8 หรือเสี่ยงต่อการเกิดสำลัก ควรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจพร้อมกับส่ง Emergency laboratory tests (CBCBS BUNCr Electrolytes) รวมทั้งต้องซักประวัติและตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคตับ โรคไต การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสารเสพติด เพื่อแยกภาวะอื่นที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมอง (extracranial cause) ออกจากการศึกษา ถ้าผู้ป่วยมีอาการของความผิดปกติทางระบบประสาท ทันที โดยไม่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 14–80%

เมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลันควรได้รับการตรวจ CT brain ทุกราย เพื่อแยกโรคว่าเป็น ischemic stroke หรือ hemorrhagic stroke ถ้าผู้ป่วยมีระดับ ความรู้สึกตัวลดลง อาเจียน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ระดับความดันโลหิต (systolic blood pressure) มากกว่า

220 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 170 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเบาหวานหรือมีประวัติได้รับยา warfarin มีโอกาสเป็น hemorrhagic stroke มากกว่า ischemic stroke ซึ่งอาจจะใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง ischemic stroke และ hemorrhagic stroke อย่างไรก็ตามการตรวจด้วย CT brain จะช่วยแยกโรค ได้แน่นอนกว่า (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

5. หลักการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Management of Acute Cerebral Ischemia)

5.1 การช่วยเหลือขั้นต้น (Acute Resuscitation) เมื่อสมองมีการขาดเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง การดูแลเบื้องต้นเป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันการเกิดภยันตรายในขั้นทุติภูมิ (secondary injury) ได้และช่วยป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากผลของสมองขาดเลือดได้ภยันตรายในขั้นทุติยภูมินั้น จะส่งผลทำให้การบาดเจ็บของสมองรุนแรงขึ้นไป อีกเหตุของภยันตรายขั้นปฐมภูมินั้นเป็นต้นว่า hypoxia, hypotension, hypovolemia, decreased cardiac output, hyperthermia และ hyperglycemia เหล่านี้จะส่งผลทำอันตรายต่อสมองเพิ่มขึ้นได้อีก และการดูแลเบื้องต้นที่สำคัญ คือ การดูแล airway ที่พอเพียงการให้ ventilation ที่เหมาะสมรวมทั้งให้ออกซิเจนการดูดเสมหะบ่อย ๆ และตำแหน่งของศีรษะที่ดีสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัวอาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยให้พอเพียงและในผู้ป่วยสมองขาดเลือดนั้น จำเป็นต้องควบคุมให้ปริมาตรน้ำในหลอดเลือดให้พอเพียงแก้ปัญหาของภาวะของหัวใจผิดปกติด้วย ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้อาการเป็นมากขึ้นกว่าเดิม การใส่ central line หรือ Swan Ganz catheter อาจจะมีความจำเป็นในผู้ป่วยบางรายที่ยากที่จะประเมินสภาวะของน้ำหรือสภาพของหัวใจได้ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลง ได้แก่ ภาวะ hyperthermia ซึ่งพบว่า การลดอุณหภูมิร่างกายลงประมาณ 2-3 องศาเซลเซียส จะสามารถลดการขาดเลือดของสมองที่อาจจะเพิ่มขึ้นอีกได้ แต่ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 37 องศาเซลเซียส จะส่งผลกระทบให้สมองแย่ลงได้อีกจากการขาดเลือดเพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดสูงก็จะส่งผลให้อาการทางสมองแย่ลงได้ ดังนั้นการควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลสูงจนเกินไปจะช่วยให้การรักษาได้ผลดีขึ้น โดยไม่ควรให้สารน้ำที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลสูงมากจนเกินไป

5.2 การทำให้เลือดกลับมาหล่อเลี้ยงสมอง (Reperfusion of Ischemic Brain) การสลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ในปัจจุบันการศึกษาและการใช้ยาสลายลิ่มเลือด เช่น urokinase streptokinase และ recombinant tissue plasminogen activator พบว่า ถ้าให้ใน

ชั่วโมงแรก ๆ หลังจากเกิดการขาดเลือด จะช่วยทำให้อาการทางระบบประสาทดีขึ้น กลไกการออกฤทธิ์คือ ทำให้เกิดการ recanalization ของหลอดเลือดที่มีลิ่มเลือดภายใน แต่ความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงในการเกิด reperfusion hemorrhage ก็ยังพบได้มาก ซึ่งในปัจจุบันนี้ก็ยังคงต้องพัฒนา เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดปลอดภัยที่สุดและการบริหารยาที่เหมาะสมในการรักษาด้วยยากลุ่มนี้

5.3 การรักษาด้วยการทำปริมาตรให้เกินปกติในหลอดเลือด (Hypervolemic Hemodilution Therapy) ประกอบด้วย hypertension hypervolemic และ hemodilution มีประสิทธิภาพที่จะช่วยสมองที่ขาดเลือด โดยเฉพาะการที่มี vasospasm ร่วมด้วยการรักษา ที่นิยมใช้ก็คือการให้ colloid fluid ซึ่งพบว่า ทั้งการเพิ่มความดันเลือด และการให้ colloid expansion ในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือด จะพบว่า ภาวะของ vasospasm นั้นดีขึ้นได้ ซึ่งกลไกของการทำงานของ colloid expansion มีการทำงานโดยทำหน้าที่เพิ่ม cerebral blood flow เฉพาะที่และทำให้ลดปริมาตรของเนื้อสมองที่เกิด infarction ในการรักษาด้วยวิธีการให้สารน้ำนี้ ถ้ามีการควบคุมปริมาณน้ำ และประเมินสภาวะของน้ำในหลอดเลือดได้ดีให้ใส่ central line หรือ Swan-Ganz catheter โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาหัวใจร่วมด้วย

5.4 การต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation) การรักษาด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (heparin) ต่อเนื่องในการรักษาโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน กลไกของการรักษาต่างจากการให้ยาสลายลิ่มเลือดเพราะ heparin นั้น ไม่ได้ออกฤทธิ์สลายลิ่มเลือด แต่ทำให้กระบวนการแข็งตัวของเลือดเสียไปไม่สามารถจับตัวเป็นลิ่มได้ แต่การรักษาด้วย heparin ก็ยังคง พบว่า มีอัตราตายจากเลือดออกในสมองได้สูง โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดเลือดออกในสมองอยู่ระหว่าง 5 ถึง 15 เปอร์เซ็นต์ การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะเริ่มแรกของการขาดเลือดของสมองที่มีขนาดเหมาะสม พร้อมทั้งวิธีการบริหารยาที่ถูกต้องและระมัดระวัง จะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ แต่การให้ยากลุ่มนี้ควรจะได้พิสูจน์แยกโรคด้วย CT scan เพื่อแยกเลือดออกในสมองหรือสมองขาดเลือดก่อนจะให้ยา

5.5 การลดเมตาโบลิซึมของสมอง (Decreasing Cerebral Metabolic Demands) การที่สมองขาดเลือดนั้น สืบเนื่องมากจากความไม่สมดุลของ blood flow ที่ไปเลี้ยงกับความต้องการของเนื้อสมอง ถ้าการ reperfusion ไปยังเนื้อสมองที่ขาดเลือดนั้นยังไม่เกิดขึ้น การลดความต้องการของสมองที่ใช้ในกระบวนการเมตาโบลิซึมลง สามารถป้องกันและรักษาเนื้อเยื่อสมองไว้ได้ จนกว่าจะมี reperfusion ได้ วิธีการลดเมตาโบลิซึมของสมองที่ใช้กัน มาตั้งแต่ในอดีตก็คือ hypothermia และ barbiturate ซึ่งมีการศึกษาเพื่อจะใช้เป็นตัวป้องกันภยันตรายต่อสมอง (cerebral protectors)

6. หลักการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมอง (Management of Intracerebral Hemorrhage)

6.1 การผ่าตัด (Surgery) หากเลือดออกในสมองเป็นบริเวณกว้าง มีการคั่งค้างของเลือดในสมองจนทำให้สมองบวม แพทย์อาจใช้วิธีทำการผ่าตัดชนิดใดชนิดหนึ่งเพื่อลดอาการสมองบวม เช่น การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy incision) เพื่อนำลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดอุดตันอันเป็นสาเหตุที่ทำให้สมองบวมออกและช่วยลดความดันในสมอง การผ่าตัดใส่สายระบายเลือดและน้ำจากโพรงสมอง (Burr hole procedure) เพื่อทำการระบายเลือดที่คั่งในสมองให้ไหลออก การผ่าตัดโดยใช้คลิปหนีบที่บริเวณเส้นเลือดโป่งพอง (Clipping) หลอดเลือดสมองโป่งพองที่ยังไม่แตกแพทย์อาจใช้วิธีผ่าตัดใช้คลิปหนีบที่บริเวณเส้นเลือดโป่งพอง ทั้งนี้แพทย์อาจพิจารณาฉีดสารทึบรังสี (Angiography) ที่เส้นเลือดพร้อมกับเอกเรย์บันทึกภาพของหลอดเลือดสมองไว้เพื่อการพยากรณ์โรคในอนาคตการผ่าตัด “รูปผิดปกติของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ” AVM (Arteriovenous malformation: AVM) ที่ยังไม่แตก โดยจะทำการผ่าตัดดูดเอาก้อนเลือดภายในเส้นเลือด AVM ออก โดยใช้ระบบภาพนำวิถีช่วยเพื่อปิดหลอดเลือดที่ผิดปกติ และใช้กาวชนิดพิเศษหรือสารพิเศษที่ช่วยปิดกั้นการไหลเวียนของเส้นเลือดขนาดเล็กที่นำเลือดเข้าสู่เส้นเลือด AVM โดยจะเป็นการผ่าตัดที่ปราศจากแผลผ่าตัด

6.2 การรักษาโดยการใช้ยา (medications treatment) หากบริเวณเลือดออกในสมองเป็นจุดเล็ก ๆ และไม่มีอาการอื่นร่วม แพทย์อาจพิจารณาให้ยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดสมองบวมเพื่อลดอาการบวมและลดความเสียหายจากภาวะเลือดออกในสมอง ยาคลายเครียด (Anti-anxiety medicine) ยากันโรคลมชัก (Anti-epileptic medicine) ยาบรรเทาอาการปวดหัวรุนแรง หรือยาช่วยให้อุจจาระอ่อนนิ่มเพื่อป้องกันไม่ให้ท้องผูกและเกิดการเบ่งอุจจาระ ทั้งนี้แพทย์อาจทำ CT Scan สมองเป็นระยะเพื่อประเมินผลการรักษา

6.3 การปรับยา/และสั่งยาใหม่ (Medication adjustment or new prescriptions) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องทานยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด และมีภาวะเลือดออกในสมอง แพทย์อาจพิจารณาปรับยาหรือสั่งยาใหม่เพื่อไม่ให้มีเลือดออก (อุดม สุทธิพนไพศาล, 2566)

7. หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในระยะเฉียบพลัน ได้แก่

7.1 การให้ยาสลายลิ่มเลือด (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา โดยแพทย์จะให้ยาสลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดออกซิเจนได้ทันเวลา ทำให้เกิดความพิการน้อยลงจนแทบไม่มีหลังได้รับยาถึง 43 %

7.2 การใส่สายสวนเพื่อเปิดหลอดเลือด เมื่อมีอาการหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน แพทย์จะใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบไปตามหลอดเลือดจนถึงหลอดเลือดสมองบริเวณที่มีการอุดตันของลิ่มเลือด และทำการลากหรือดูดลิ่มเลือดออกเพื่อเปิดหลอดเลือดสมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ และมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตปกติ 50-60%

7.3 การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง

7.4 การรับตัวผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เพื่อติดตามอาการทางสมองที่อาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างใกล้ชิด และสามารถให้การรักษาได้อย่างทันที

7.5 การผ่าตัดเปิดกะโหลก จะพิจารณาทำเฉพาะกรณีที่สมองบวมจากการขาดเลือดบริเวณกว้าง (โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์, 2566)

8. หลักการรักษาโรคหลอดเลือดสมองทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการช่วยฟื้นฟู/พัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ตามความสามารถที่เหลืออยู่ ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหว การประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง ส่วนการฟื้นฟูทางด้านจิตใจนั้น ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปตามเป้าหมายอย่างเหมาะสม ส่วนการฟื้นฟูทางด้านสังคมนั้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติในสภาวะแวดล้อมหรือบทบาทเดิม ภายใต้การยอมรับของครอบครัว ชุมชน และสังคม

ปัจจุบัน การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความก้าวหน้าไปมาก โดยเฉพาะการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย มีทั้งการเกิดองค์ความรู้ใหม่ การใช้เทคนิคการฝึกใหม่ และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษาได้ (หัวเฉียวแพทย์แผนจีน, 2566)

9. หลักการดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคนี้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการ “ภาวะซึมเศร้า” ซึ่งถือเป็น “ปัญหาด้านจิตใจ” ที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง หรือมาจากภาวะเครียดจากสภาพร่างกายและวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์เปลี่ยนไปในด้านต่าง ๆ เช่น

ความวิตกกังวลและความเครียด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ว่าจะสามารถกลับมาเป็นปกติได้หรือไม่จนเกิดความเครียดอาจทำให้มีอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือบางคนก็อาจแสดงความก้าวร้าวออกมา

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยอาจมีอาการร้องไห้ตลอดเวลา เบื่อหน่าย มีอาการซึมเศร้าจนไม่อยากทำอะไร เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสมาธิ ขาดความมั่นใจในตัวเอง รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ รู้สึกสิ้นหวัง หรือถ้าเป็นมาก ๆ อาจถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ และอยากทำร้ายตัวเอง

การปรับตัว ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องด้วยอาการป่วยและอาจยังไม่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง การปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานบุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งสภาพแวดล้อมหรือคนใกล้ชิดที่ต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยให้มากที่สุด

การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจของตัวผู้ป่วยเอง

1. สอบถามแพทย์ถึงอาการต่าง ๆ และปัญหาทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้
2. สอบถามแพทย์ถึงสิ่งที่ไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม และสิ่งที่ยังสามารถทำได้
3. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้รักษา และพบแพทย์ตามนัดหมาย
4. หมั่นออกกำลังกายตามแพทย์แนะนำ
5. พยายามเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวตามปกติ (โรงพยาบาลพญาไท, 2564)

10. การป้องกันและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 ระยะ คือ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ (Primary prevention of stroke) และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention of stroke) มีรายละเอียด ดังนี้

10.1 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ (Primary prevention of stroke)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ (Primary prevention of stroke) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในกรณีที่บุคคลนั้น ยังไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ซึ่งการป้องกันในระยะนี้สามารถทำได้ โดยการควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ซึ่ง ได้แก่

1) ภาวะความดันโลหิตสูง

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญรองลงมาจากอายุ โดยเพิ่มความเสี่ยงทั้งในกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)และโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือด (ischemic stroke) โดยพบว่า หากมีภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (atherosclerosis) ซึ่งจะเกิดขึ้นทีละน้อย เมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือด และมีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียม (endothelium) เลือดจึงสัมผัสโดยตรงกับชั้นใต้เอนโดทีเลียม (subendothelium) ทำให้เกิด การรวมตัวของเกล็ดเลือด และกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor) เป็นผลให้เกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือดขึ้นบริเวณนั้น เมื่อลิ่มเลือดนี้ไปอุดหลอดเลือด จะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด ทำให้เนื้อสมองตายหรือหากเกิดภาวะความดันเลือดสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และมีการเสื่อมของหลอดเลือดขนาดเล็ก จะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพอง และถ้ามีความดันเลือดสูงขึ้นจากเดิม เช่น ตกใจหรือโกรธ หลอดเลือดสมองที่โป่งพองดังกล่าว จึงแตกออก มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมอง เนื้อสมองบริเวณนั้นเกิดการอักเสบ และตายเช่นเดียวกับในกรณีที่เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2551)

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยพบว่า ผู้ชายที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ประมาณ 4–6 เท่าของผู้ชายที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่า 160 มม.ปรอท ที่มีอายุใกล้เคียงกันและจากการศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ระหว่าง 70–100 มม.ปรอท พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวยิ่งต่ำลง ความเสี่ยงยิ่งลดลงแต่ไม่พบค่าที่ต่ำที่สุดของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวที่การลดลงของความดันไม่สัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้น การควบคุมภาวะความดันโลหิต จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว โดยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวที่ลดลงเฉลี่ย 10 มม.ปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลง ร้อยละ 34 และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวที่ลดลงเฉลี่ย 5 มม.ปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลง ร้อยละ 28 การควบคุมระดับความดันโลหิต นอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังช่วยลดความเสี่ยง

ของการเกิดโรคซ้ำได้อีกด้วย ในปัจจุบันพบว่า การให้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น สามารถลดอัตรา การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นชนิดไม่เสียชีวิตถึงร้อยละ 31 และสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 34 แต่หากต้องการให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยการใช้อาหารเพื่อความคุมความดันโลหิตสูง การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงสถานที่มีควันบุหรี่ การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ 20 การลดความเครียด และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยังสามารถควบคุมความดันโลหิตทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาควบคุม ความดันโลหิตได้อีกด้วย (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; ณัฐ พสุธารชาติ, 2553; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาชานุภาพ, 2551)

2) โรคหัวใจ

เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหัวใจที่ทำให้เกิดการหลุดของลิ่มเลือด (emboli) จากหัวใจไปอุดตันในหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็วแบบสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) พบว่า มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะหัวใจเต้นเร็วแบบสั่นพลิ้ว ร่วมกับโรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic Heart Disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองอุดตันมีภาวะหัวใจเต้นเร็วแบบสั่นพลิ้วร่วมด้วยเสมอ เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นเร็วแบบสั่นพลิ้ว จะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยายเกิดการคั่งของเลือด และมีการรวมตัวของเลือด เกล็ดเลือด และเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดหลอดเลือดสมองสำหรับโรคหัวใจอื่น ๆ เช่น โรคลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease) การติดเชื้อของเยื่อบุหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ (Bacterial Endocarditis) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) การอักเสบของหัวใจจากเนื้องอก(Non Bacterial Thrombotic Endocarditis) รวมถึงการมีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม ทั้งหมดนี้ก็เป็นสาเหตุ สำคัญของการเกิดลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองที่พบได้บ่อยเช่นกัน (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA]) แนะนำว่า ก่อนตัดสินใจใช้ยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant) และยาต้านเกล็ดเลือด

(antiplatelet) เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงที่จะเกิดโรคกับ ความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกผิดปกติอย่างรอบคอบ หากตัดสินใจใช้ยาวาร์ฟาริน (warfarin) แนะนำให้ปรับขนาดยาจนได้ค่า international normalized ratio (INR) ใกล้เคียง 2.5 (ช่วงของ การรักษา คือ 2–3) และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวควรปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด และหมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการได้รับยาเกินขนาด (Goldstein, 2001)

3) การสูบบุหรี่

เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำให้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เกินวันละ 40 มวน มีความเสี่ยงประมาณ 2 เท่า ของผู้ที่สูบน้อยกว่าวันละ 10 มวน เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคติน (nicotine) ซึ่งสามารถกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamine) เป็นสาเหตุที่เร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) และยังเพิ่มความหนืดของเลือด เพิ่มโปรตีน (fibrinogen) เพิ่มการจับของเกล็ดเลือดทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (hypercoagulability) แต่ความเสี่ยงดังกล่าว จะเริ่มลดลงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบ หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 4–5 ปี เนื่องจากความเสี่ยงที่ลดลงไม่เกี่ยวข้องกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่อยู่ท่ามกลางควันบุหรี่ มีระดับนิโคตินในเลือดสูงกว่าปกติ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบเอง ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสถานที่มีควันบุหรี่ จึงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

4) โรคเบาหวาน

เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากกลุ่มโรคหลอดเลือดขนาดเล็กอุดตัน (lacunar infarction) และการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงใหญ่ (atherosclerosis) โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ใกล้เคียงกัน เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีการพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดใหญ่ (macrovascular complication) เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication) ได้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนั้น สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA]) แนะนำให้ควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติที่สุดหรือให้น้อยกว่า 126 มิลิกรัมต่อเดลซิลิตร การให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำควบคู่ไปกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อย่างเคร่งครัด (Goldstein, 2001) 1.1.5 ภาวะไขมันในเลือดสูงไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยอ้อมกล่าวคือ การมีระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) ไตรกลีเซอร์ไรด์ (triglycerides) และแอลดีแอล (LDL) สูง เอชดีแอล (HDL) ต่ำ มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) 22 โดยไม่สามารถอธิบายได้แน่ชัดว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรแต่เนื่องจากพบว่า ระดับแอลดีแอล (LDL) สัมพันธ์กับการเกิดการแข็งตัว (atherosclerosis) ของหลอดเลือดแดงแคโรทิด (carotid) ดังนั้น จึงถือว่า ภาวะแอลดีแอล (LDL) ที่สูงกว่าปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

คณะกรรมการการศึกษาเรื่อง โคเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesterol Education Program [NCEP]) ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้แนวทางในการลดไขมันในเลือดตามระดับความรุนแรง และการมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสำคัญ (National Heart, Lung and Blood Institute, 2001) แต่อย่างไร ก็ตามในการควบคุมระดับไขมันควรให้แอลดีแอล น้อยกว่า 100 มิลิกรัมต่อเดลซิลิตร เอชดีแอลมากกว่า 35 มิลิกรัมต่อเดซิลิตร คลอเรสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลิกรัมต่อเดลซิลิตร และไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 200 มิลิกรัมต่อเดซิลิตร (American Heart Association, 2001)

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งได้แก่

1. โรคอ้วน ผู้ที่อ้วนมากกว่าปกติมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง จึงค่อนข้างยากที่จะพิสูจน์ว่า โรคอ้วนเพียงอย่างเดียวเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ ปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่า ผู้ชายที่อ้วนแบบลงพุงมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า คนที่มีสัดส่วนปกติ 2.3 เท่า และพบว่า ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากหลังอายุ 18 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากขึ้น โดยผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 11 กิโลกรัม แต่ไม่ถึง 20 กิโลกรัม มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ 1.7 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กิโลกรัม ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 20 กิโลกรัมขึ้นไป มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ 2.5 เท่าของ ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กิโลกรัม ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายก็จะช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

2. การขาดการออกกำลังกายการที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องจากการออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง มีการไหลเวียนโลหิตที่ดี การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายดี และยังช่วยลดความเครียดได้อีกด้วย (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ (Center for Disease Control and Prevention) และ 23 สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institute of Health) ประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ประชาชนออกกำลังกายที่ใช้แรงระดับปานกลาง อย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเกือบทุกวัน (Pate, et al., 1995)

3. การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่าการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงเดี่ยว ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง และยังไม่พบว่า การรับประทานวิตามินต่าง ๆ มีส่วนลดความเสี่ยงดังกล่าว ถึงแม้จะพบว่า ผู้ที่นิยมรับประทานผัก และผลไม้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง แต่ยังสรุปไม่ได้ว่าความเสี่ยงที่ลดลงเกิดจากแนวทางการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โดยรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ และมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายลดอาหารเค็ม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดแข็ง รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเป็นประจำ เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะพวกไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ไข่แดง กะทิ มะพร้าว รวมทั้งอาหารหวานจัดต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงได้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) ได้แนะนำให้ประชาชนรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี ส่วนผู้ที่มีระดับโฮโมซีสเทอีน (homocysteine) สูงกว่าปกติ อาจเพิ่มการรับประทานอาหารที่อุดม ด้วยกรดโฟลิก และวิตามินบี เนื่องจากมีหลักฐานที่สงสัยว่า ระดับโฮโมซีสเทอีน (homocysteine) ที่สูงกว่าปกติมีส่วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Goldstein, 2001)

4. การดื่มแอลกอฮอล์ มีงานวิจัยหลายฉบับสนับสนุนว่า การดื่มสุรา ขนาดน้อย ๆ ทำให้อัตราส่วนเสี่ยง (odds ratio) ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองลดลง ในขณะที่ผู้ที่ดื่มสุราจัดมีอัตราส่วนเสี่ยงดังกล่าวมากขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) The United States Preventive Services Task Force (USPSTF) แนะนำว่าผู้ชาย

ไม่ควรบริโภคแอลกอฮอล์เกิน 2 แก้วมาตรฐาน/วัน ส่วนผู้หญิงและผู้มีน้ำหนักน้อยไม่ควรบริโภคแอลกอฮอล์เกิน 1 แก้วมาตรฐาน/วัน (1 แก้วมาตรฐาน หมายถึง เบียร์ ไม่เกิน 12 ออนซ์ หรือ 360 ซี.ซี./ไวน์ไม่เกิน 5 ออนซ์ หรือ 150 ซี.ซี./วิสกี้ไม่เกิน 1½ ออนซ์ หรือ 45 ซี.ซี.) (The United States Preventive Services Task Force, 1996)

5. การใช้ยาเสพติด เนื่องจากพบว่าในกลุ่มคนอายุน้อยที่ใช้ยาเสพติด จำพวกแอมเฟตามีน โคเคน และเฮโรอีน ซึ่งมีสถานภาพทางสังคม และฐานะต่ำ ในสหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทั้งโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) แต่เมื่อพิจารณาตัดปัจจัยเสี่ยงอื่นออกไป ผลการศึกษาเฉพาะเรื่องการใช้ยาเสพติดยังไม่สอดคล้องกันนัก กล่าวคือ มีการศึกษาวิจัยพบว่า การใช้สารเสพติดทำให้ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งจากโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) เพิ่มเป็น 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เสพที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นใกล้เคียงกัน โดยพบว่า ส่วนหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดในช่วงเวลาที่เมายาและส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับ การติดเชื้อที่ผนังด้านในหัวใจ (infectious endocarditis) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยรองจากโรคหัวใจ (KaKu and Lowenstein. 1990) แต่ก็มีบางการศึกษาที่ไม่พบว่า การใช้โคเคนสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Qureshi, et al., 1997) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาย้อนหลังจากบันทึก ทางการแพทย์ซึ่งมีข้อมูลไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ที่คาดว่าไม่ได้ใช้สารเสพติดซึ่งอาจมีความผิดพลาดในการคัดเลือกได้

6. การใช้ยาคุมกำเนิด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติถึง 6–7 เท่า ซึ่งเป็นการศึกษายาคุมกำเนิดแบบดั้งเดิมที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง (มี estradiol 50 มคก.) แต่ถึงแม้ว่าการศึกษาผลของยาคุมกำเนิดในระยะหลังที่ได้ลดขนาดของฮอร์โมนเอสโตรเจนลงแล้วจะพบว่า มีส่วนเพิ่มความเสี่ยงไม่มากนักก็ยังควรหลีกเลี่ยงถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

7. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งยังขาดหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจน ได้แก่ ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ การใช้ฮอร์โมนทดแทนและภาวะหลอดเลือดอักเสบ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่สามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยง ด้านชีววิทยา ได้แก่

1. อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของทั้งภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณจนเป็นที่ยอมรับกันว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ จากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Health and Nutrition Examination Survey) พบว่าความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยภาวะหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่าในทุก ๆ 10 ปี เมื่ออายุมากกว่า 45 ปี (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

2. เพศ เกือบทุกช่วงอายุ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายก็สูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุด้วยเช่นกัน (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

3. ชาติพันธุ์ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการรับผู้ป่วยคนผิวดำที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว ทั้งเพศหญิงและเพศชาย (Sacco, et al., 2009; Kenedy, et al., 2002) ส่วนคนผิวดำ คนพื้นเมือง คนเอเชีย และคนเชื้อสายสเปน และโปรตุเกส (Hispanic) มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว (Ayala C, Croft JB, Greenlund KL, et al., 2002) แต่ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถบอกได้ว่าความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิตที่แตกต่างกัน นั้นมีปัจจัยด้านอื่นมาเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่

4. พันธุกรรม พบว่า ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ โดยปัจจัยด้านบิดาทำให้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 2.4 เท่าของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน ส่วนปัจจัยด้านมารดาทำให้มีความเสี่ยงสัมพันธ์เป็น 1.4 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า คู่แฝดเหมือนจากไข่ใบเดียวกันมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1.5 เท่าของคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

10.2 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระดับทุติยภูมิ ได้แก่

การให้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ถือเป็นยามาตรฐานของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระดับทุติภูมิ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์มีผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือดในการเกาะตัวกัน ยาที่มีในประเทศไทย

ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin) ไดพิวริดาโมล (Dipyridamole) ไตโคพิดิน (Ticlopidine) โคลพิโดเกล (Clopidogrel) และไทฟซอลู (Trifusal)

1) การให้ยากลุ่มต้านเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้แพร่หลายที่สุด คือ วาร์ฟาริน (Warfarin) และไม่ควรใช้ยานี้ร่วมกับแอสไพริน (Aspirin) หรือยาต้านเกล็ดเลือดอื่น เนื่องจากจะมีภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกมากขึ้น ส่วนประสิทธิผลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เมื่อเทียบกับแอสไพรินพบว่า ไม่แตกต่างกันทั้งยังมีภาวะเลือดออกมากกว่า

2) การผ่าตัด (Carotid endarterectomy: CEA) ถือเป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดคาโรติดตีบ (Carotid stenosis) โดยแนะนำให้ทำการผ่าตัดในผู้ที่มีการตีบของหลอดเลือดคาโรติดรุนแรง (ร้อยละ 70–99) ที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และการผ่าตัด ควรทำโดยเร็วที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ หลังเกิดอาการ สำหรับการผ่าตัดในผู้ที่มีหลอดเลือดคาโรติดตีบปานกลาง (ร้อยละ 50–69) ควรประมาณการระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกระดับทุติยภูมินั้น มีเพียงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังที่กล่าวมาแล้วในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิแล้วเท่านั้น

11. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

จากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมองไม่ว่าจะเป็นลักษณะการอุดตัน ตีบหรือแตกทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์ประสาทสมองตายหรือหยุดทำงาน การเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวนับเป็นปัญหาที่สำคัญก่อให้เกิดความบกพร่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 870; กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547, หน้า 201)

ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมองมักจะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดง ได้แก่ แขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ชัก สูญเสียความรู้สึกสัมผัส การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติไป เป็นต้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความบกพร่องทางด้านร่างกายย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) ภาวะอารมณ์ไม่ปกติเป็นแบบสองขั้น (bipolar disorder) ปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรง (Catastrophic reaction) เป็นต้น สำหรับด้านสติปัญญาพบว่า ถ้าเป็นในระยะยาวอาจจะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544, หน้า 871)

ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเนื่องจากมีความบกพร่องทางกายและจิตใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นหลังจากได้ออกจากโรงพยาบาล ความบกพร่องดังกล่าวอาจจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป และมีบทบาททางสังคมเพื่อนและสังคมการทำงานลดลงตามไปด้วย 5.4 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการความพิการ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทั่วไป เกิดการสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่ม สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สูญเสียทรัพยากรทั้งด้านบุคคล และมูลค่าทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (นิพนธ์ พวง วารินทร์, 2544, หน้า 17)

สรุป การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการควบคุมและแก้ไข ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ และการให้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)

แนวคิดเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมากมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นในประชากรต่างประเทศและประเทศไทย ที่มีอายุเกิน 40 วัยกลางคน พบมากในประชากรสูงอายุเกิน 65 ปี ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558, หน้า 1) ความดันโลหิตสูงเป็นโรคภัยเงียบมักไม่มีอาการและอาการแสดง หากไม่ได้รับการรักษาหรือไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดแดงในสมองตีบแคบหรือแตก โรคไตวาย และโรคหัวใจวาย

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure หรือ SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure หรือ DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท Isolated Systolic Hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มิลลิเมตร ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท

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

Masked Hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (SBP < 140 มิลลิเมตรปรอทและ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่า สูง (SBP ≥ 135 มิลลิเมตรปรอท และDBP ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท)

2. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 90–95%

แพทย์จะตรวจไม่พบภาวะผิดปกติหรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ” (Primary hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” (Essential hypertension) มักเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันที่สำคัญ คือ อิทธิพลของเอนไซม์ (สารเคมีที่มี หน้าที่เร่งปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ) ที่เรียกว่า “เรนิน” (Renin) และฮอร์โมนแองจิโอเท็นซิน (Angiotensin) จากไต ซึ่งทั้งสองสารนี้ทำงานร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำเกลือแร่โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย ทั้งหมดนี้ก็เพื่อเป็นการควบคุมความดันโลหิต

นอกจากนี้ กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (เพราะจะพบโรคนี้สูงขึ้นในบุคคลที่มีประวัติครอบครัว คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีพ่อแม่ พี่น้องเป็นโรคนี้จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัวประมาณ 3 เท่า), เชื้อชาติ (เพราะจะพบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงในคนอเมริกันผิวดำเมื่อเปรียบเทียบกับคนอเมริกันผิวขาวและชาวแมกซิกันอเมริกัน) ความอ้วน มีอายุมากขึ้น การรับประทานอาหารรสเค็มจัดหรือมีเกลือโซเดียมสูง (เพราะเกลือโซเดียมหรือเกลือทะเลเป็นตัวอุ้มน้ำในเลือด จึงส่งผลเพิ่ม ปริมาตรของเลือดที่ไหลเวียน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้) การดื่มแอลกอฮอล์ กระบวนการของร่างกายที่ส่งผลต่อสมดุลและการทำงานของเกลือแร่แคลเซียมในร่างกาย นอกจากนี้บุคคลจะเริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุได้ประมาณ 25–55 ปี (พบได้มากในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) และยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นได้มากขึ้น

2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 5–10 %

แพทย์อาจตรวจพบโรคหรือภาวะผิดปกติหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงได้ เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ” (Secondary hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ”

2.2.1 ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1) ความดันช่วงบนมีค่า ≥ 180 หรือความดันช่วงล่างมีค่า ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท

2) ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นก่อนอายุ 30 ปี หรือหลังอายุ 50 ปี

3) มีความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันที

4) ควบคุมความดันไม่ได้หลังจากเคยคุมได้ดีมาก่อน หรือใช้ยาลดความดันมาหลายชนิดแล้วแต่ยังควบคุมความดันไม่ได้

5) พบภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโตมีค่าครีอะตินีน (Creatinine) ในเลือด > 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

6) จอตาเสื่อม (Hypertension retinopathy) ระดับ 3 หรือ 4

7) มีอาการที่สงสัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ

2.2.2 สาเหตุของความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุนั้นอาจเกิดได้จากหลายสภาวะ ได้แก่

1) โรคไต เช่น กรวยไตอักเสบเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง หน่วยไตอักเสบ ฯลฯ

2) หลอดเลือดแดงไตตีบ (Renal artery stenosis)

3) หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta)

4) เนื้องอกบางชนิดของต่อมหมวกไตหรือต่อมใต้สมอง

5) โรคคุชชิง/การใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน

6) โรคของต่อมไทรอยด์/พาราไทรอยด์

7) ภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary aldosteronism)

8) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)

9) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาเม็ดคุมกำเนิด/เอสโตรเจน ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อิริโทรมัยซิน อะดรีนาลิน/ซูโดอีเฟดรีน ไซโคลสปอริน อีริโทรโพอิติน และรวมไปถึงการใช้สารเสพติดอย่างแอมเฟตามีน/โคเคน

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

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

3. ชนิดความดันโลหิตสูง

3.1 ชนิดไม่พบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งเป็นความดันโลหิตที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยทั่วไปมักไม่มีอาการผิดปกติ

3.2 ชนิดที่มีสาเหตุ เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ พบได้ ประมาณร้อยละ 50 โดยสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive sleep apnea) พบได้ถึงร้อยละ 50 (จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลดงนอก, และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์, 2558)

4. ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

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

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

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

5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความโลหิตสูงเป็นเวลานาน ๆ มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ตามมา เช่น ประสาทตา สมอง ไต หัวใจ หลอดเลือดแดงใหญ่ และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอหรือไม่ได้ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญนั้น ได้แก่

5.1 สมอง เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก กลายเป็นอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในบางรายที่เป็นเรื้อรังอาจจะกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง นอกจากนี้ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกอาจจะทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วหรือในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันอาจจะทำให้เกิดอาการปวด ศีรษะ ซึม เพ้อ ชัก หรือหมดสติได้ ซึ่งเรียกว่า “Hypertensive encephalopathy”

5.2 หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) ถ้าปล่อยให้เป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ เกี่ยวกับหัวใจตามมาได้ และโรคนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบ กลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากเป็นรุนแรงอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะทำให้มีอาการบวม

หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจตรวจพบหัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอจากหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว

5.3 ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ซึ่งในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ ต่อมาอาจจะแตกมีเลือดออกที่ตาทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตาบอดได้

5.4 ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอซึ่งไตที่วายจะยิ่งทำให้ความโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

5.5 หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายหลอดเลือดแดงใหญ่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองและภาวะเลือดเซาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ นอกจากนี้หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยงขาและปลายเท้าอาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ (โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย) ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ขาและปลายเท้าได้น้อย อาจเป็นตะคริวบ่อยหรือปวดน่องขณะเดินมาก ๆ หากหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันก็อาจจะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดจนกลายเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) ได้

6. การป้องกันความดันโลหิตสูง

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

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

6.2 ควบคุมน้ำหนักตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อเมตร ความยาวรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ในผู้ชาย และ 80 เซนติเมตร ในผู้หญิง ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

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

6.4 พักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงและรักษาสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ

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

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

6.7 ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เพราะอาจจะมียาบางตัวที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ส่วนการใช้ยาคุมกำเนิดแนะนำว่าควรปรึกษาแพทย์

6.8 ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ถึงแม้ว่าตนเองจะยังรู้สึกสบายดี ไม่พบความผิดปกติของร่างกายก็ควรไปตรวจสุขภาพซึ่งรวมถึงการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 2 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แนะนำว่าควรไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตรวจตามที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีรูปร่างอ้วน หรือมีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านก็ได้ เช่น สถานีอนามัย คลินิกแพทย์ ศูนย์บริการ สาธารณสุข (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2551)

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

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ

1. ความหมายของสุขภาพ

Orem (Orem, D. E., 1995) ได้ให้คำจำกัดความว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องคนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีโครงสร้างในการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม มีความแข็งแรงไม่เจ็บป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองมีความรู้และทักษะแรงจูงใจความเชื่อค่านิยมในสังคมและวัฒนธรรมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้างสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ ตามศักยภาพของตนการมีสุขภาพดีบุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลก(1998 อ้างอิงใน เพ็ญ สุขมาก, 2561) ได้ให้คำจำกัดความว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ, 2550) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพคือสุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ประเวศ วะสี (2550 อ้างอิงใน เพ็ญ สุขมาก, 2561) ได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา สุขภาวะทั้ง 4 ด้าน เชื่อมโยงกันเป็นบูรณาการเชื่อมโยงถึงกันและอยู่ในกันและกัน ปัญญาเป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจากปัญญา สุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้ การพัฒนาปัญญาต้องนำไปสู่การพัฒนากาย จิต และสังคม การพัฒนากาย จิต และสังคม ต้องนำไปสู่การพัฒนาปัญญาทั้ง 4 ร่วมกันจึงเกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์

อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ (2554) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะสุขภาพ เกิดจากการบูรณาการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่แสดงออกถึงภาวะต่าง ๆ อาทิ สุขภาพดีการเจ็บป่วย พิการและการเสียชีวิต

จุรีรัตน์ บุญภา (2558) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสมดุลหรือสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขในสภาวะแวดล้อมที่สุขสมบูรณ์ไม่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการ สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพ็ญ สุขมาก (2561) ได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาพ คือ สุขภาวะเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญาเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม และสุขภาพจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

สรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะสมดุลหรือสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขในสภาวะแวดล้อมที่สุขสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่บรรลุเป้าหมายของชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

โรเซนสต๊อค Rosenstock (1974 อ้างอิงใน อรนุช ประดับทอง และคณะ, 2563) อธิบายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไว้ว่า บุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรม

ที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด เป็นต้น

เพนเดอร์ Pender (1996 อ้างอิงในสมร ยอดพินิจ, 2560) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นส่วนของการสังเกตสถานภาพของสุขภาพเป็นความคิดเห็น และความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและประเมินภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบเอาใจใส่ดูแลตนเอง

สมร ยอดพินิจ (2560) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง แนวคิดหรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อันเป็นการประเมินตนเองทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดและความคิดเห็นส่วนบุคคล

อุมาพร บุญมาดำ (2561) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุปสรรคในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองในแต่ละเวลา ประกอบด้วย โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุปสรรคของการปฏิบัติตนของบุคคลนั้น ๆ

3. แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ

3.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและมีผู้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยแนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาการตัดสินใจที่อธิบายการกระทำในการเลือกสถานการณ์ที่แต่ละบุคคลสนใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยถูกพัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาทางสังคม เนื่องจากประชาชนไม่สนใจการป้องกันโรค จึงเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากขึ้น โดยสามารถทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และยอมรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสุขภาพของตนเอง บุคคลจะรับเอาความเชื่อของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในลักษณะเป็นตัวกำหนดหรือข้อห้าม อาจเป็นตัวกระตุ้น และมีบทบาทสำคัญในการวางเป้าหมายการกระทำส่วนหนึ่งคือ ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพในการป้องกันโรค ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติในการป้องกันโรคแบบแผนความเชื่อทาง

ด้านสุขภาพประกอบด้วย ตัวแปรทางด้านการรับรู้ของบุคคล ซึ่งกล่าวถึงความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวทำนายหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ

ความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต๊อค Rosenstock (1974 อ้างอิงใน อรนุช ประดับทอง และคณะ, 2563) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ ได้แก่ การรับรู้และแรงจูงใจของบุคคล การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ (จุรีรัตน์ บุญภา, 2558) คือ

1. ความพร้อมที่จะกระทำเป็นความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยตัดสินจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคที่จะตามมา

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการรับรู้ถึงความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของการกระทำ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรคว่ามีขนาดไหน โดยเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์และอุปสรรคเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ด้านร่างกาย จิตใจ การเงิน และผลกระทบที่ส่งต่อการปฏิบัติ

3. สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกระทำเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการแสดงของการเจ็บป่วยหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อต่าง ๆ สื่อมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ บุคลากรสุขภาพ เป็นต้น

ต่อมา Becker and Maiman (1975) (อ้างอิงใน อรนุช ประดับทอง และคณะ, 2563) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว เพื่อนำมาใช้อธิบายทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยต่าง ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเน ถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำ

หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค(Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือ เสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค(Perceived barriers) ของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. เกิดสิ่งชักนำให้การปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้

ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก หรือบุคคลที่นับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิงมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคมค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

โดยสรุป บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่า (การรับรู้) ดังต่อไปนี้

ปัจจัยหลัก

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย

ปัจจัยร่วม

1. แรงจูงใจ เช่น คำแนะนำ เพื่อน สิ่งต่าง ๆ

2. ปัจจัยกระตุ้น เช่น สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยหรือชาวบ้าน ความพึงพอใจความคาดหวังต่อบริการ

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองที่เน้นไปในทางพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเหมาะกับโรคความดันโลหิตสูงที่จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรคและเนื่องจากผู้ป่วยโรคดันโลหิตสูงเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยจะมีผลอย่างอื่นต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคดันโลหิตสูงโดยการประเมินการรับรู้ใน 4 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived susceptibility) ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยดันโลหิตสูง ดังนั้นโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจึง หมายถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาะแทรกซ้อน จึงเป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคดันโลหิตสูง และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

สรุป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองมากกว่าคนปกติ ผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง โดยโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากพันธุกรรม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Severity) เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับภาวะของโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ การก่อให้เกิดพิการเสียชีวิตหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน

สรุป การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะรู้สึกถึงอาการป่วยต่าง ๆ เช่น มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต เดินไม่ได้ ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า การรักษาต้องใช้เงินในการรักษาจำนวนมาก เกิดผลกระทบต่อครอบครัวที่ดูแล โรคหลอดเลือดสมองทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง และสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้

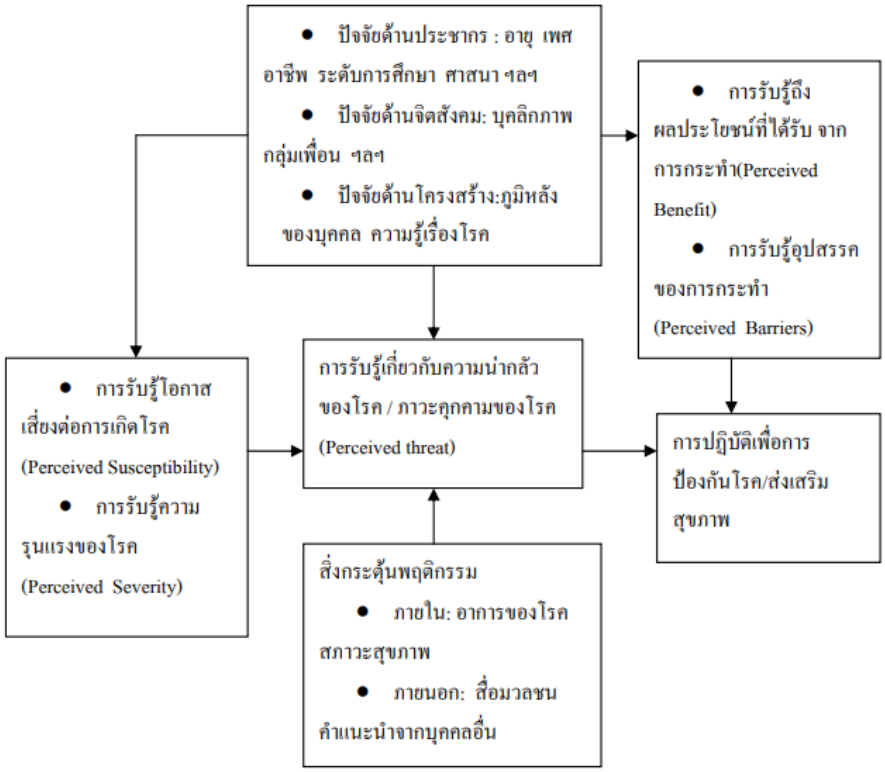
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Benefit) ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์จะได้รับ เมื่อแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยบุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรค สามารถควบคุมโรค รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

สรุป การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทราบถึงประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมอาหารหวานมันเค็ม และควบคุมอารมณ์ไม่ให้โมโหง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวลจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived Barriers) ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และคนในครอบครัว

สรุป การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับการพึ่งพาของคนในครอบครัว เช่น การจัดหาอาหารในแต่ละมื้อ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ และผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลตัวเอง เช่น การออกกำลังกายและการเสียเวลาไปพบแพทย์



ภาพ 1 แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Becker (1977)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา 4 ตัวแปรนี้ตามกรอบแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมตนเอง

1. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

Good (1959) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เกิดขึ้นภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตุไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

Cokerham (2010) ได้ให้ความหมายคำว่า พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเกี่ยวกับชีวิตและความเป็นอยู่ ทั้งที่เป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในตัวบุคคล ทั้งอยู่ในรูปของการกระทำและละเว้นการกระทำและทั้งที่ส่งผลดีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคมของบุคคล กลุ่มและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ การรักษาชีวิตและการเสริมสร้างร่างกายให้มีรูปลักษณะร่างกายที่สวยงามตามต้องการ

กองสุขศึกษา (2556) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปของความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเรียกว่าพุทธิพิสัย(Cognitive Domain) ความรู้สึกนึกคิดเจตคติท่าทีความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อบุคคลสิ่งของหรือเหตุการณ์ซึ่งเรียกว่าเจตพิสัย (Affective Domain) และในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomoter Domain) ดังภาพ 3 โดยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น4 ประเภท คือ

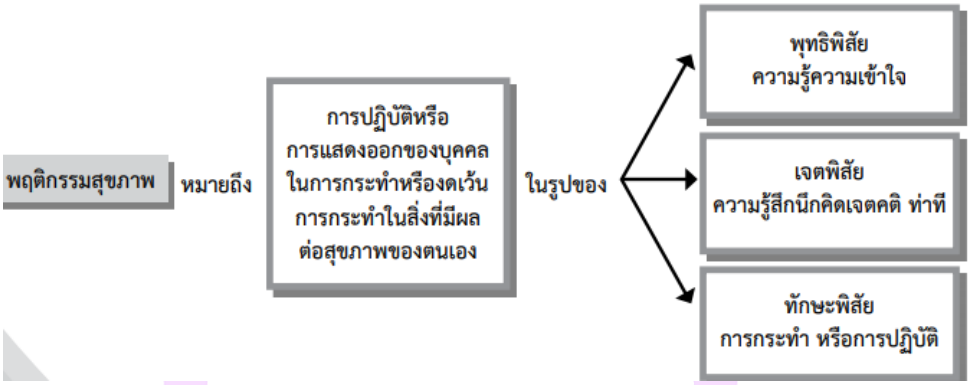
1. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค
3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และ
4. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของส่วนรวม โดยมีองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

4.1 พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

4.2 พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domian) หมายถึงสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที

ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบดื่มยาชูกำลัง ความไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Phychomotor domain) พฤติกรรมการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกาย และสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น



ภาพ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: กองสุขศึกษา, 2556

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการงดเว้นการกระทำใด ๆ ทั้งมีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งได้มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ พุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยจำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ คือ 1) พฤติกรรมการรักษาโรค 2) พฤติกรรมการป้องกันโรค 3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ 5) พฤติกรรมการคุ้มครองสุขภาพ

สุวิทย์ กุลฉิม (2558) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่

องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติและความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอกที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ควรรู้กล่าวถึง ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือพฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย

3. พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติไปแล้วอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน พฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะโดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการหรือพฤติกรรมการเสพสารเสพติด เป็นต้น

4. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ยานพาหนะ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

5. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการของตน การเพิกเฉยการแสวงหาการรักษา การหลบหลีกจากสังคม เป็นต้น

6. พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยเอง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและทักษะปฏิบัติ

2. ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) ได้ให้นิยามการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า เป็นการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนร่วมงานและชุมชนโดยรวมความคิด การตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรคและการปฏิบัติตนหรือรับบริการ

โอเร็ม (Orem, 1991) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ที่จะดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ พัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล

ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร (2563) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ไว้ว่าเป็นการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ตามบริบทของบุคคลรวมถึงความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นการปฏิบัติตนในลักษณะต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเต็มใจ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ

3. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem, D. E., 1995) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอ กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะ สัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสะท้อนความคิด

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป็นเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

3.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

3.1.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Care Operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบ ด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.1.2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components enabling Capabilities for Self-Care) โอเร็ม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไปพลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเองทั้งภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพ

6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดแทรกการดูแล ตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3.1.3 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities & Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น

2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

3) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน การนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

4) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

5) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

6) การเห็นคุณค่าในตนเอง

7) นิสัยประจำตัว

8) ความตั้งใจ

9) ความเข้าใจในตนเอง

10) ความห่วงใยในตนเอง

11) การยอมรับตนเอง

12) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

13) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จูงใจ นั้นมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัย จากโรคภัย และปัญหาการเจ็บป่วยที่กระทำเพื่อมุ่งจะจัดการกับปัญหาหรือแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ลดกิจกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถปฏิบัติหรือการกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองในการดำรงชีวิต การเรียนรู้และการจดจำในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ตัดสินใจและกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปแบบของความรู้ ความเข้าใจ เรียกว่าพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็นที่บุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective domain) และในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าทักษะพิสัย (Psychomotor domain) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ดังนี้จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) ได้กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้

โดยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมคือ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และภาวะอ้วน

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ด้วยการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสามารถทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

1. เลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณพอดี หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ลดอาหารหวานและเค็ม

2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์

3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม โดยให้ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50–25 กก./ม^2

4. หยุดสูบบุหรี่และงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ผ่อนคลายจิตใจ

6. ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและภาวะไขมันในเลือดสูง ควรดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ รับประทานยาและไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

Siriraj Stroke Center (2563) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 90% ป้องกันได้ การป้องกันเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด และควรป้องกันก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบ อุดตัน หรือแตก หลักการปฏิบัติตน ดังนี้

1. ตรวจเช็กสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ถ้าพบต้องรีบรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

2. ในกรณีที่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ต้องรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ห้ามหยุดยาเอง และควรรีบพบแพทย์ทันทีถ้ามีอาการผิดปกติ

3. ไม่เครียด

4. ควบคุมระดับความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. ควบคุมอาหารให้สมดุล ทานให้ครบ 5 หมู่ และหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หวาน มัน

6. รับประทานผัก ผลไม้อย่างสม่ำเสมอ

7. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์

8. ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม

9. งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

10. ถ้ามีอาการเตือนที่แสดงว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอชั่วคราว ควรรีบมาพบแพทย์ถึงแม้ว่าอาการเหล่านั้นจะหายได้เองเป็นปกติ

11. ผู้ที่เป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแล้ว แพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แต่การใช้ยาเหล่านี้จำเป็นต้องมีการติดตามผลและใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เนื่องจากถ้ามีการใช้ยาผิดประมาทเลินเล่อ หรือไม่มีการติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

นอกจากนี้ ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพควรมีส่วนร่วมในป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้แก่กลุ่มเสี่ยงโดยบุคลากรและหน่วยงานทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการป้องกันโรครณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการป้องกันและการเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนต่าง ๆ รวมทั้งจัดระบบบริการสุขภาพเชิงรุก โดยการคัดกรองโรค การเฝ้าประเมินและติดตามกลุ่มเสี่ยง การจัดระบบบริการที่รองรับหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร คือ รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ตรงเวลาหรือใกล้เคียงกันทุกมื้อ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารที่มีรสเค็มจัด อาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป และไม่ปรุงอาหารให้มีรสเค็มเพิ่มจากปกติ

2. การออกกำลังกาย คือ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เช่น การเดิน การขี่จักรยาน วิ่ง เต้นแอโรบิค รวมถึงการกวาดบ้าน ถูบ้าน โดยมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 3-5 นาที ยืดเยียดคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลัง 3-5 นาที

3. การจัดการความเครียด คือ การควบคุมควบคุมจิตใจให้สบาย ไม่โมโห หรือหงุดหงิดง่าย นอนหลับพักผ่อน วันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และเมื่อมีความเครียด ท่านจัดการกับความเครียดโดยการปรึกษากับผู้ที่ใกล้ชิด การใช้ธรรมมะ ฟังวิทยุ ดูทีวี เป็นต้น

4. การรับประทานยา คือ รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ (ถูกชนิดยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี) ไม่ปรับขนาดยาดันโลหิตสูง ปรับลดหรือเพิ่มยาหรือหยุดยาด้วยตนเอง ไม่รับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงและไม่ซื้อยารับประทานเองเมื่อท่านเจ็บป่วย

5. การควบคุมความดันโลหิต คือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด ดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อทราบว่าระดับความดันโลหิตของท่านสูงขึ้นกว่าเดิมและสังเกตอาการต่าง ๆ ที่เกิดกับท่านเสมอ ๆ

6. การรักษาอย่างต่อเนื่อง คือ การพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการสงสัยอาการผิดปกติให้ไปพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัดมาพบแพทย์เมื่อยาที่รักษาหมดและตรวจสุขภาพประจำปีติดต่อกันทุกปี

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วาสนา เหมือนมี (2558) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการปองกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ยุทธนา ชนะพันธ์ (2561) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 452 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.59 มีอายุเฉลี่ย ± S.D. เท่ากับ 63.06 ± 8.15 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67.04 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.81 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.73 และค่ามัธยฐานรายได้ของ

ครอบครัวต่อเดือน 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 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กาญจนาพร ยอดภีระ (2562) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอหนองแซง จังหวัดสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน ด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25 ระดับปานกลาง–ต่ำ ร้อยละ 75 โดยพบปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 70.56, 55.56, 67.78, 41.67 และ 79.44 ตามลำดับ และปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมาก ($r = 0.22$, $p = 0.003$) กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

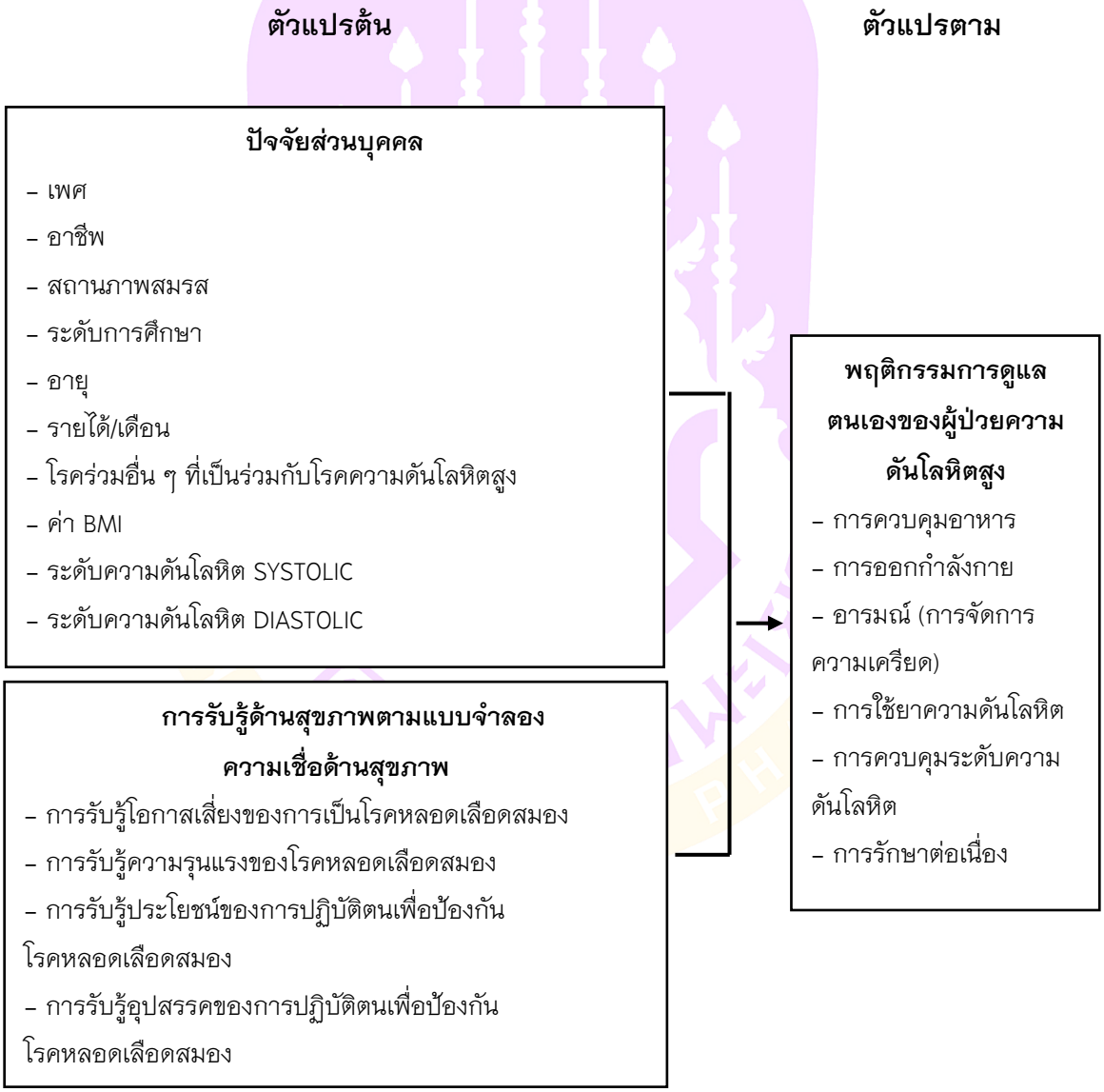
ดวงธิดา โสดาพรม (2563) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–79 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 313 คน เครื่องมือการวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.29, S.D. = 0.19) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยเรียงตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

อณัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จำนวน 258 คน ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามมี 6 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5) สิ่งชักจูงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ 6) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามส่วนที่ 2–6 หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.88, 0.76, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.8 มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 28.6 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยได้พัฒนากรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย ดังภาพที่ 3



ภาพ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มุ่งเน้นศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตน 4) การับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประกอบด้วย การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย อารมณ์ (ความเครียด) การดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย การรับประทานยาการ ควบคุมความดันโลหิต และการรักษาต่อเนื่อง ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรและการวัดตัวแปร
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การประมวลผลข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล
8. จริยธรรมการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 4,752 คน จากปีงบประมาณ 2564 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จากปีงบประมาณ 2564 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้คลาดเคลื่อนได้ ร้อยละ 5 จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size)

$$n = \frac{n}{1+N(e)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนดให้ e = 5%)

แทนค่าในสูตร $n = \frac{4,752}{1+4752(0.05)^2}$

$= 369$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) จะต้องใช้ตัวอย่างในการศึกษาไม่น้อยกว่า 369 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดเนื่องจากการเก็บตัวอย่างไม่ครบ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้จำนวน 406 คน

การสุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) หลังจากนั้นทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขนาดสัดส่วนเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มแต่ละพื้นที่ ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามสัดส่วนจำแนกรายสถานบริการ พื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนตัวอย่าง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ	931	79
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าตึง	199	17
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีถ้อย	455	39
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สุก	793	68
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสระ	256	22
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า	575	49
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงอินตา	413	35
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์	585	50
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก	488	42
สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านปางปูเลาะ	45	4
สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านป่าเมี่ยง	12	1
รวม	**4,752**	**406**

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ของประชากรเป้าหมาย

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไปมีที่ขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลแม่ใจ

1.2 สามารถสื่อสาร ตอบคำถามได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ และใช้ภาษาไทยได้

1.3 เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของประชากรเป้าหมาย

2.1 ผู้ที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ หรือเป็นผู้เสียชีวิต

2.2 มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. การถอนอาสาสมัครออกจากงานวิจัย

3.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือไปในพื้นที่เสี่ยง อยู่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อ Coronavirus–19

3.2 อาสาสมัครเกิดปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลัน จนไม่สามารถร่วมวิจัยต่อไป

3.3 มีความประสงค์จะออกจากการวิจัยในขณะดำเนินการจัดเก็บ

4. เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.1 หากมีการระบาดของเชื้อ Coronavirus–19 อย่างรุนแรงในกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัคร หรือมีประกาศของจังหวัดให้หยุดการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ตัวแปรและการวัดตัวแปร

ตัวแปรต้น มี 2 ตัวแปร ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้ต่อเดือน ยาที่รับประทานประจำนอกเหนือจากยาโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) และระดับความดันโลหิต โดยมีรายละเอียดการวัด ดังนี้

ตาราง 2 แสดงปัจจัยส่วนบุคคล พื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ตัวแปร	รายละเอียด	ระดับการวัด (Scale)
1. เพศ	1 = เพศชาย	การวัดแบบนามบัญญัติ
	2 = เพศหญิง	(Nominal Scale)
2. อาชีพ	1 = เกษตรกร	การวัดแบบนามบัญญัติ
	2 = รับจ้าง	(Nominal Scale)
	3 = แม่บ้าน	
	4 = พนักงานรัฐวิสาหกิจ	
	5 = รับราชการ	
	6 = อื่น ๆ	
3. สถานภาพสมรส	1 = สถานภาพสมรสคู่	การวัดแบบนามบัญญัติ
	2 = โสด	(Nominal Scale)
	3 = หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษา	1 = ประถมศึกษา	การวัดแบบอันดับ
	2 = มัธยมศึกษาตอนต้น	(Ordinal Scale)
	3 = มัธยมศึกษาตอนปลาย	
	4 = อนุปริญญา/ปวส.	
	5 = ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
	6 = ไม่ได้ศึกษา	
5. อายุ	1 = อายุ 18–54 ปี	การวัดแบบอัตราส่วน
	2 = อายุ 55–ปีขึ้นไป	(Ratio Scale)
6. รายได้/เดือน	1 = น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	การวัดแบบอัตราส่วน
	2 = มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป	(Ratio Scale)
7. โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	1 = ไม่มี	การวัดแบบอัตราส่วน
	2 = อื่น ๆ ระบุ	(Ratio Scale)
8. ค่าดัชนีมวลกาย	1 = ปกติ (18.5–22.9 kg/m2)	การวัดแบบนามบัญญัติ
	2 = น้ำหนักเกิน (เท่ากับหรือมากกว่า 23.0 kg/m2	(Nominal Scale)

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	รายละเอียด	ระดับการวัด (Scale)
9. ระดับความดันโลหิต	1 = ≤ 140 mmHg	การวัดแบบนามบัญญัติ
SYSTOLIC	2 = > 140 mmHg	(Nominal Scale)
10. ระดับความดันโลหิต	1 = ≤ 90 mmHg	
DIASTOLIC	2 = >90 mmHg	

การศึกษาครั้งนี้ทางผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ในช่วงระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2566 ถึง 30 มีนาคม 2566 โดยมีกระบวนการดังนี้

ตาราง 3 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ลำดับที่	กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมโครงการ/กลุ่มตัวอย่าง	คณะผู้วิจัย	การพบกับคณะผู้วิจัย	หมายเหตุ
1.	การลงพื้นที่ครั้งที่ 1 เพื่อไปประชุมวางแผนหารือกับพื้นที่เป้าหมาย และสำรวจพื้นที่เป้าหมายการ	-	หลังจากให้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยจะดำเนินการทำหนังสือถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง	พบเพียงแต่ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	-ใช้เวลาประมาณ 1 -2 ชั่วโมงในการปรึกษาหารือ
2.	ลงพื้นที่ครั้งที่ 2 เพื่อการจัดเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน	เก็บข้อมูลทั้ง 3 ส่วนของงานวิจัย	มีการพบเจอกัน	-ใช้เวลาประมาณ3-4ชั่วโมง (ครึ่งวัน)
3.	ลงพื้นที่ครั้งที่ 3 เพื่อการจัดเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน	เก็บข้อมูลทั้ง 3 ส่วนของงานวิจัย	มีการพบเจอกัน	-ใช้เวลาประมาณ3-4ชั่วโมง (ครึ่งวัน)
4.	ลงพื้นที่ครั้งที่ 4 เพื่อการจัดเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน	เก็บข้อมูลทั้ง 3 ส่วนของงานวิจัย	มีการพบเจอกัน	-ใช้เวลาประมาณ3-4ชั่วโมง (ครึ่งวัน)
5.	ลงพื้นที่ครั้งที่ 5 เพื่อการจัดเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน	เก็บข้อมูลทั้ง 3 ส่วนของงานวิจัย	มีการพบเจอกัน	-ใช้เวลาประมาณ3-4ชั่วโมง (ครึ่งวัน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมข้อมูลลงในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้/เดือน โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC ระดับความดันโลหิต DIASTOLIC

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านละ 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ 3 ระดับ (1–3 คะแนน) รวมจำนวน 20 ข้อ

การรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีระดับการวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นคำถามสร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประยุกต์วิธีการสร้างของลิเคิร์ท การประเมินการรับรู้และความคาดหวัง มี 3 ตัวเลือกคือ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจว่าข้อความนั้น

โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้ระดับความคิดเห็น ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก (Positive Statement)

เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ (Negative Statement)

เห็นด้วย ให้คะแนน 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 3 คะแนน

การแปลผลคะแนน

2.34–3.00 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ในระดับสูง

1.67–2.33 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

1.00–1.66 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ (Rating scale) 5 ระดับ (1–5 คะแนน) จำนวน 25 ข้อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ (ความเครียด) การดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย การรับประทานยา การควบคุมน้ำตาลในเลือด การรักษาต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีระดับการวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) เป็นแบบสอบถามที่ใช้มาตราส่วนประเมินค่าคะแนน (Rating Scale) ตามแบบ Likert Scale โดยประยุกต์ใช้วิธีการสร้างของลิเคิร์ท แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ

ทุกครั้ง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทุกครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองบ่อยครั้ง

บางครั้ง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองบางครั้ง

นานครั้ง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนานครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยดูแลสุขภาพตนเอง

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทางบวก

ทุกครั้ง 5 คะแนน

บ่อยครั้ง 4 คะแนน

บางครั้ง 3 คะแนน

นานครั้ง 2 คะแนน

ไม่เคย 1 คะแนน

ข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทางลบ

ทุกครั้ง 1 คะแนน

บ่อยครั้ง 2 คะแนน

บางครั้ง 3 คะแนน

นานครั้ง 4 คะแนน

ไม่เคย 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน (Best, 1977)

3.68–5.00 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูง

2.34–3.67 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองปานกลาง

1.00–2.33 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

2. สร้างเครื่องมือโดยการศึกษาค้นคว้าตำรา แนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมถึงการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์สำหรับการวิจัย

3. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่เรียบเรียงมาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) รวมถึงความชัดเจนของคำถามเพื่อขอคำแนะนำในการปรับปรุง แก้ไข ให้ได้แบบสอบถามที่สื่อความหมายตรงกัน คำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจะต้องประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ คือ

+1 = สอดคล้อง หรือแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดจุดประสงค์ตามที่ระบุไว้จริง

0 = ไม่แน่ใจ ว่าข้อคำถามนั้นวัดจุดประสงค์ตามที่ระบุไว้

-1 = ไม่สอดคล้อง หรือแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดไม่ตรวจจุดประสงค์ตามที่ระบุไว้

ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

จากสูตร $$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ คือ ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เลือกข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วัด โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item–Objective Congruence Index: IOC) ดังนี้

IOC $\geq$ 0.67 แสดงว่าข้อความที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวัดได้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

IOC $<$ 0.67 แสดงว่าข้อความที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวัดได้ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

จากนั้นคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ส่วนข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.67 นำมาปรับปรุงให้เหมาะสม ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิแอลฟา (α– coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพื่อทดสอบหาค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α– coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงสามารถยอมรับแบบสอบถามเพื่อทำการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปได้

5. นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.67–1.00 นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ได้แก่ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย มหาวิทยาลัยพะเยา และจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังการได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยพะเยา

1. ผู้วิจัยประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และชี้แจงขั้นตอนการวิจัย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้รับทราบ

2. จัดเตรียมอุปกรณ์ สำหรับดำเนินการวิจัย

3. ดำเนินการรวบรวมแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล

4. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ 6 ฉบับ จึงได้ตัดออก เหลือกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

5. วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติและสรุปผลรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิธีการทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคลของผู้ตอบแบบสอบถามใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. คะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา ใบรับรองเลขที่UP-HEC 1.2/047/66 ผู้วิจัยพิทักษสิทธิ์กลุมตัวอย่างและปองกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น

กลุมตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ตอกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยตารางการบรรยายดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
   2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
   2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
   2.3 การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
   2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 4 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 400)

ปัจจัยส่วนบุคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	186	46.50
หญิง	214	53.50
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	6.30
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	2.30

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เกษตรกรรม	254	63.50
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	31	7.70
รับจ้างทั่วไป	67	16.70
อื่น ๆ	14	3.50
สถานภาพสมรส		
โสด	95	23.80
สมรส	283	70.80
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	22	5.40
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	281	70.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	6.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19	4.80
ปวส./อนุปริญญา	18	4.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	25	6.20
ไม่ได้ศึกษา	32	8.00
อายุ		
อายุ 18–54 ปี	296	74.00
อายุ 55 ปี ขึ้นไป	104	26.00
($\bar{X}$ = 46.79, S.D. = 8.38, Min = 29, Max = 64)		
รายได้/เดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	83	20.70
มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป	317	79.30

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	124	31.00
อื่น ๆ	276	69.00
ค่าดัชนีมวลกาย		
ปกติ	139	34.80
อ้วน	261	65.20
ระดับความดันโลหิต		
Systolic		
≤ 140 mmHg	350	87.50
> 140 mmHg	50	12.50
($\bar{X}$ = 128.69, S.D. = 12.19, Min = 98, Max = 168)		
Diastolic		
≤ 90 mmHg	382	95.50
> 90 mmHg	18	4.50
($\bar{X}$ = 78.96, S.D. = 7.37, Min = 65, Max = 100)		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.50 สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 70.80 ด้านระดับการศึกษาพบว่า มีระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 70.30 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 18–54 ปี ร้อยละ 74.00 ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 79.30 มีโรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.00 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายในระดับอ้วน ร้อยละ 65.20 ระดับความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง ≤ 140 mmHg. ร้อยละ 87.50 และมีระดับความดันโลหิต Diastolic ในช่วง ≤ 90 mmHg. ร้อยละ 95.50

การรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400)

	การรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	n = 400		ระดับ
		$\bar{X}$	S.D.	
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.18	0.47	ปานกลาง
2	การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.85	0.21	สูง
3	การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.62	0.30	สูง
4	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.56	0.22	สูง
	รวมค่าเฉลี่ย	**2.85**	**0.14**	**สูง**

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 0.14) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 0.21) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 2.18, S.D. = 0.47) อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400)

	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	n = 400		ระดับ
		$\bar{X}$	S.D.	
1	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	2.29	0.74	ปานกลาง
2	โรคหลอดเลือดสมองจะนำไปสู่การเสียชีวิตซึ่งมักเป็นผลมาจากโรคความดันโลหิตสูง	2.08	0.73	ปานกลาง
3	ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง	2.02	0.76	ปานกลาง
4	ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่มีบิดา มารดาหรือญาติสาย ตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่มีโอกาสที่จะ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.82	0.78	ปานกลาง
5	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น	2.68	0.49	สูง
	รวมค่าเฉลี่ย	**2.18**	**0.47**	**ปานกลาง**

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.18, S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 5. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 2.68, S.D. = 0.49) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4. ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่มีบิดา มารดาหรือญาติสาย ตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่มีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 1.82, S.D. = 0.78) อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400)

	การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	n = 400		ระดับ
		$\overline{X}$	S.D.	
1	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตเดินไม่ได้	2.84	0.39	สูง
2	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า	2.83	0.41	สูง
3	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล	2.98	0.14	สูง
4	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง	2.97	0.21	สูง
5	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก	2.63	0.60	สูง
	รวมค่าเฉลี่ย	**2.85**	**0.21**	**สูง**

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.85, S.D. = 0.21) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้ เงินจำนวนมากในการรักษา เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ($\overline{X}$ = 2.98, S.D. = 0.14) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ($\overline{X}$ = 2.63, S.D. = 0.60) อยู่ในระดับสูง

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400)

	การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	n = 400		ระดับ
		$\bar{X}$	S.D.	
1	การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.74	0.46	สูง
2	การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	2.68	0.48	สูง
3	การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.27	0.69	ปานกลาง
4	การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็มไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารที่มีรสเค็มเท่านั้น	2.81	0.42	สูง
5	การควบคุมอารมณ์ ไม่ให้โมโหง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.62	0.60	สูง
	รวมค่าเฉลี่ย	**2.62**	**0.30**	สูง

จากตาราง 8 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.62, S.D. = 0.30) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4. การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็มไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารที่มีรสเค็มเท่านั้น ($\bar{X}$ = 2.81, S.D. = 0.42) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X}$ = 2.27, S.D. = 0.69) อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (n = 400)

	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	n = 400		ระดับ
		$\bar{X}$	S.D.	
1	การควบคุมอาหารของท่านถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร	2.03	0.86	ปานกลาง
2	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 วัน ได้โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ	2.97	0.21	สูง
3	การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการของโรคเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้ว่าจะต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็ตาม	2.98	0.21	สูง
4	การที่ต้องดูแลตนเองทุกเวลาทำให้ท่านเบื่อหน่ายตนเองเป็นบางครั้ง	2.66	2.53	สูง
5	ท่านจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวและบุคคลในครอบครัวท่านไม่มีเวลาในการพาท่านมาพบแพทย์ตามนัด	2.12	0.99	ปานกลาง
	รวมค่าเฉลี่ย	**2.56**	**0.22**	**สูง**

จากตาราง 9 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.56, S.D. = 0.22) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3. การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการของโรคเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้ว่าจะต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็ตาม ($\bar{X}$ = 2.98, S.D. = 0.21) อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1. การควบคุมอาหารของท่านถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร ($\bar{X}$ = 2.03, S.D. = 0.86) อยู่ในระดับปานกลาง

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายข้อ (n = 400)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	n = 400		ระดับ
	$\bar{X}$	S.D.	
การควบคุมอาหาร			
1 ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลาหรือเวลาใกล้เคียงกันทุกมื้อ	4.69	0.55	สูง
2 ท่านมักปรุงรสอาหารให้มีรสเค็มเพิ่มจากปกติ เช่น เกลือ น้ำปลา กะปิ ปลาร้า เป็นต้น	2.81	1.33	ปานกลาง
3 ท่านดื่มสุรา เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.20	0.86	ปานกลาง
4 ท่านหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด อาหารหมัก ดองและอาหารสำเร็จรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง แหนม	3.72	0.85	สูง
รวมค่าเฉลี่ย	**4.27**	**0.57**	**สูง**
ด้านการออกกำลังกาย			
5 ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดิน การขี่จักรยาน วิ่งเต้นแอโรบิค เป็นต้น 20-30 นาที/ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันและไม่หักโหมจนเกินไป	3.17	1.32	ปานกลาง
6 ท่านออกกำลังกายโดยทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูพื้น	4.22	1.05	สูง
7 ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 3-5 นาที	2.30	1.25	ต่ำ
8 ท่านผ่อนคลายยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลัง กาย 3-5 นาที	2.22	1.46	ต่ำ
รวมค่าเฉลี่ย	**2.98**	**0.68**	**ปานกลาง**

ตาราง 10 (ต่อ)

	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	n = 400		ระดับ
		$\bar{X}$	S.D.	
ด้านอารมณ์ (การจัดการความเครียด)				
9	ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3.35	1.38	ปานกลาง
10	ท่านนอนหลับพักผ่อน วันละ 6- 8 ชั่วโมง	4.54	0.87	สูง
11	ท่านควบคุมจิตใจให้สบาย ไม่โมโห หรือ หงุดหงิดง่าย	3.85	0.94	สูง
12	เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการกับความเครียดโดยการปรึกษากับผู้ที่ใกล้ชิด การใช้ธรรมมะ ฟังวิทยุ ดูทีวี เป็นต้น	3.97	0.79	สูง
	รวมค่าเฉลี่ย	**3.68**	**0.71**	**สูง**
ด้านการใช้ยาความดันโลหิตสูง				
13	ท่านรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ (ถูกชนิดยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี)	4.19	0.99	สูง
14	ท่านมักลืมรับประทานยาความดันโลหิตสูง	2.78	1.22	ปานกลาง
15	ท่านปรับขนาดยาเบาหวาน ปรับลดหรือเพิ่มยาหรือหยุดยาด้วยตนเอง	2.24	1.53	ต่ำ
16	ท่านรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาเบาหวาน	4.17	0.97	สูง
17	ท่านซื้อยารับประทานเองเมื่อท่านเจ็บป่วย	3.07	0.62	ปานกลาง
	รวมค่าเฉลี่ย	**3.29**	**0.52**	**ปานกลาง**
ด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต				
18	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการควบคุมระดับความดันโลหิต	4.04	0.97	สูง
19	ท่านควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด	3.02	0.31	ปานกลาง
20	ท่านดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อทราบว่าระดับความดันโลหิตของท่านสูงขึ้นกว่าเดิม	3.97	0.78	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		n = 400		ระดับ
		$\overline{X}$	S.D.	
ด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต				
21	ท่านมักจะสังเกตอาการต่าง ๆ ที่เกิดกับท่านเสมอๆ	4.22	0.51	สูง
	รวมค่าเฉลี่ย	**3.81**	**0.43**	**สูง**
ด้านการรักษาต่อเนื่อง				
22	เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการสงสัยอาการผิดปกติท่านไปพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด	4.07	0.86	สูง
23	ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ	4.83	0.54	สูง
24	ท่านมาพบแพทย์เมื่อยาที่รักษาหมด	4.51	0.81	สูง
25	ท่านตรวจสุขภาพประจำปีติดต่อกันทุกปี	2.76	0.84	ปานกลาง
	รวมค่าเฉลี่ย	**4.04**	**3.38**	**สูง**
	รวมค่าเฉลี่ยทุกด้าน	**3.56**	**0.43**	**ปานกลาง**

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.56, S.D. = 0.43) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การควบคุมอาหาร ($\overline{X}$ = 4.27, S.D. = 0.57) อยู่ในระดับสูง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ($\overline{X}$ = 2.98, S.D. = 0.68) อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 23. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ($\overline{X}$ = 4.83, S.D. = 0.54) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 8. ท่านผ่อนคลายยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย 3-5 นาที ($\overline{X}$ = 2.22, S.D. = 1.46) อยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 400)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	82	20.50
ระดับปานกลาง	231	57.70
ระดับสูง	87	21.80

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.70 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 21.80 และระดับต่ำร้อยละ 20.50 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						x^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	38	20.30	106	56.70	43	23.00	0.32	0.85
หญิง	44	20.70	125	58.60	44	20.70		

ตาราง 12 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						x^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	4.00	8	32.00	16	64.00	215.70	0.00**
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	0	0.00	9	100.00		
เกษตรกรรม	81	31.90	172	67.7	1	0.40		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0	0.00	15	48.40	16	51.60		
รับจ้างทั่วไป	0	0.00	28	41.80	39	58.20		
อื่น ๆ	0	0.00	8	57.10	6	42.90		
สถานภาพสมรส								
โสด	17	17.90	63	66.30	15	15.80	4.11	0.39
สมรส	60	21.20	156	55.10	67	23.70		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	22.70	12	54.60	5	22.70		
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	56	19.90	166	59.10	59	21.00	5.89	0.83
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	24.00	13	52.60	6	24.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	26.30	10	52.60	4	21.10		
ปวส./อนุปริญญา	4	22.20	11	61.10	3	16.70		
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	28.00	14	56.00	4	16.00		
ไม่ได้ศึกษา	4	12.50	17	53.10	11	34.40		

ตาราง 12 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						x^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ								
18–54 ปี	63	21.30	169	57.10	64	21.60	0.43	0.84
55 ปีขึ้นไป	19	18.30	62	59.60	23	22.10		
รายได้								
≤ 3,000 บาท	24	28.90	44	53.00	15	18.10	4.68	0.09
> 3,000 บาท	58	18.30	187	59.00	72	22.70		
โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง								
ไม่มี	23	5.80	68	17.00	33	8.30	12.84	0.54
เบาหวาน	20	5.00	40	10.00	17	4.30		
ไขมันในเลือดสูง	30	7.50	96	24.00	26	6.50		
โรคหลอดเลือดหัวใจ	0	0.00	3	0.80	0	0.00		
เก๊าท์	9	2.30	16	4.00	8	2.00		
หอบหืด	0	0.00	4	1.00	1	0.30		
ต่อมลูกหมากโต	0	0.00	1	0.30	1	0.30		
อื่น ๆ	0	0.00	3	0.80	1	0.30		
ค่าดัชนีมวลกาย								
ปกติ	25	6.30	83	20.80	31	7.80	0.83	0.66
อ้วน	57	14.20	148	37.00	56	14.00		

ตาราง 12 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						x^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC								
≤ 140 mmHg	72	20.60	202	57.70	76	21.70	0.01	1.00
> 140 mmHg	10	20.00	29	58.00	11	22.00		
ระดับความดันโลหิต DIASTOLIC								
≤ 90 mmHg	79	20.70	222	58.10	81	21.20	1.51	0.45
> 90 mmHg	3	16.70	9	50.00	6	33.30		

หมายเหตุ: P < .001

จากตาราง 12 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อาชีพ p < 0.001 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้/เดือน โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC และระดับความดันโลหิต DIASTOLIC

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 400)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
การรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.751**	<0.001
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.276**	<0.001
3. การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.131**	<0.001
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	-0.264**	<0.001

หมายเหตุ: P < .001

จากตาราง 13 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ p < 0.001 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (r = 0.751) และน้อยที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองคือการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (r =-0.264)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จากปีงบประมาณ 2564 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) จำนวนทั้งหมด 400 คน งานวิจัยนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ (Becker and Maiman (1975) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใช้ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยมีรูปแบบการนำเสนอแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.50 สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 70.80 ด้านระดับการศึกษาพบว่า มีระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 70.30 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 18-54 ปี ร้อยละ 74.00 ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 79.30 มีโรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.00 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายในระดับอ้วน ร้อยละ 65.20 มีระดับความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง < 140 mmHg. และ Diastolic ในช่วง < 90 mmHg. ร้อยละ 87.50 และ 95.50 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.85, S.D. = 0.14) พิจารณารายด้าน พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\overline{X}$ = 2.85, S.D. = 0.21) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\overline{X}$ = 2.18, S.D. = 0.47) อยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.56, S.D. = 0.43) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การควบคุมอาหาร ($\overline{X}$ = 4.27, S.D. = 0.57) อยู่ในระดับสูง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ($\overline{X}$ = 2.98, S.D. = 0.68) อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 23. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ($\overline{X}$ = 4.83, S.D. = 0.54) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 8. ท่านผ่อนคลายยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย 3–5 นาที ($\overline{X}$ = 2.22, S.D. = 1.46) อยู่ในระดับต่ำ

4. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

4.1 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อาชีพ $p < 0.001$ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้/เดือน โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC และระดับความดันโลหิต DIASTOLIC

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < 0.001$ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ($r = 0.751$) และน้อยที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองคือการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r=-0.264$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีระดับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.56, S.D. = 0.43) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของผู้ป่วยในรูปแบบของความรู้ ความเข้าใจ และในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ป่วยมีความรู้ด้านการรับรู้ถึงอันตรายที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, วีณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง (ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่ และคณะ, 2561) อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความแตกต่างกัน โดยพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้เป็น ภาคเหนือ ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่ภาคอีสาน และการศึกษาของ Wan, Zhao, Zhang, Deng, Li, He, and Ruan (2014) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจีนแผ่นดินใหญ่ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 2 ด้าน พบมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 โดยพบ 5 ตัวแปร ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) อาชีพ และตัวแปรด้านปัจจัยการรับรู้สุขภาพ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของการเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ทั้ง 5 ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น สามารถอภิปรายรายละเอียด ได้ดังนี้

อาชีพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนเองจากสถานบริการทุกครั้งที่ไปรับบริการ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเองให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูง เนื่องจากที่ผ่านมาตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีหรืออีกนัยหนึ่งคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อย เนื่องจากที่ผ่านมาตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่เดิม จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดียิ่งขึ้นเนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยลงได้ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, et al., 1977) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2558) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (p-value = < 0.001) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Becker and Maiman, 1975) ได้กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิ่น แซ่ตัน (2563) การรับรู้โอกาสเสียงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Cf = 5.048, p < 0.05) และการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองระดับที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ปัจจัยเสียงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไม่ดี (OR_ = 5.83, 95%CI of OR = 2.86 11.87, p-value < 001)

การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดการปฏิบัติมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (p-value = < 0.001) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker and Maiman (1975)ได้กล่าวว่าการกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามีภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น ซึ่งสิ่งชักนำนี้จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (χ^2 = 2.62, S.D. = 0.30)

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านทางสื่อมวลชน เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว หนังสือพิมพ์หรือวารสารจะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี (2558) พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker and Maiman (1975) กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ทางด้านลบ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ลดลง บุคคลจึงหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมากการกระทำก็จะไม่เกิดขึ้นแต่เมื่อมีความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคจึงมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยเป็นตัวกั้นขวางการกระทำและมีผลทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่น้อย จึงทำให้มองว่าการดูแลตนเองไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและวาสนา เหมือนมี (2558) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สามารถให้หน่วยบริการสาธารณสุข จัดกิจกรรมคัดกรองกลุ่มอาชีพเกษตรกร ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนได้ดีสามารถเป็นตัวแทนในการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการนำวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2563). **ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี 2561**. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2563, จาก http://www.thaincd.com/2016/news/announcementdetail.php?id=13251&gid=16/ ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี_2561_.pdf

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). **จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561**. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563 จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020

กองการแพทย์ทางเลือก, (2566). **เรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์-อัมพาต)**. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2566. จาก https://thaicam.go.th/foot-reflexology-2023/

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **การปรับเปลี่ยนสุขภาพโดยชุมชน**. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก http://www.hed.go.th/linkHed/index/331

กองสุขศึกษา. (2556). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน**. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนาพร ยอดภีระ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. **วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**, 1(2), 62-74.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ: งานตำราและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). **ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน**. เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). **พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลดงนอก, และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์. (2558). **ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง**. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.

จุรีรัตน์ บุญภา. (2558). **ผลของรูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมสำหรับพนักงานรักษาความสะอาดสังกัดเทศบาลนครอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง. **การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น. โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารสาธารณสุขชุมชน**, 2(2), 62–77.

ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย, **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 38(2), 158–167.

ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน มณีนิล. (2561). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ**, วารสารสุขศึกษา, 41(1), 62–73.

ณัฐ พสุธารชาติ. (บรรณาธิการ). (2553). **Hypertension and acute stroke. Basic and Clinical Neuroscience 2** (หน้า 85–91). กรุงเทพ ฯ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงธิดา โสดาพรม. (2563). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). **โรคหลอดเลือดสมอง** (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 874). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

นุจรี อ่อนสีน้อย และคณะ. (2560). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง**, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(1), 63–77.

บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 11(2), 28-37

บุญชัย พิพัฒน์วนิชกุล. สถาบันประสาทวิทยา. (2552). **"โรคหลอดเลือดสมอง".** สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก htpp://www.pni.go.th/pnigoth/?p=848.

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

พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเชื่อและความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 6(2), 44-55

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550**. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

พระสุกสะหวัน บุดขะหมวน. (2559). **"การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร"**. วิทยานิพนธ์ สส.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

เพ็ญ สุขมาก. (2561). **การสร้างเสริมสุขภาพ**. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภัทรวิทย์ รักษ์กุล. (2555). **โรคหลอดเลือดสมอง**. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก http://www.med.tu.ac.t/UserFiles/File/Data%20microsite/Clinic/Research/06%20bkv6.pdf

ภูมิพัชร ฤทธิ์นอก และคณะ, (2564). **โปรแกรมการจำแนกโรคหลอดเลือดสมอง**. โครงงานปริญญานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารพยาบาล**, 70(2), 27-36.

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

รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. (2554). ผลของโปรแกรมสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 25(2), 79–93.

โรงพยาบาลพญาไท. 2564. **ดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยจิตแพทย์**. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2566, จาก https://www.phyathai.com/article_detail/3600/th/

โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์. 2566. **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน**. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2566, จาก https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/treatment-of-stroke

วาสนา เหมือนมี. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, 9(2), 156–164.

วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). **โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ระยะที่ 1**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, วีณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (ฉบับพิเศษ)**, 573–582.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันประสาทวิทยา.

สมชาย โตวณะบุตร. (2555). **เรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์–อัมพาต)**. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=376

สมร ยอดพินิจ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ**, 33(1), 141–150.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป** (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558, หน้า 3). กรุงเทพมหานคร: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2550). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. กรุงเทพ ฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่, (2558). **ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/odpc1/

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2562). **ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้องรังจังหวัดพะเยา**. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2563, จาก http://203.209.96.247/chronic/report

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ. (2564). **ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2564, จาก https://maechaihealth.wordpress.com/

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). **คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)**. กรุงเทพฯ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). **รายงานประจำปี 2560**, สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2563, จาก http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&tid=30&gid=1-015-008

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. **350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน** (พิมพ์ครั้งที่ 4).กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

สุวิทย์ กุลฉิม. (2558). **ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก https://sites.google.com/a/banraiwitthaya.ac.th/krusuwit/porkaerm-sanakngan-/tawdaneinkarhruxkheruxnghmayniporkaermexcel

หัวเฉียวแพทย์แผนจีน. (2566). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2566, จาก https://www.huachiewtcm.com/content/6894/

อณัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารพยาบาล**, 70(2), 27-36

อรนุช ประดับทอง และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา**. 21(1), 55-67.

อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. (2554). **การสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน. การประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานครฯ: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

อุดม สุทธิพนไพศาล. (2566). **เลือดออกในสมอง**. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2566. จาก https://www.medparkhospital.com/content/intracerebral-hemorrhage

อุมาพร บุญมาดำ. (2561). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ประกอบอาหารในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเวียงเหนือ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน**. การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

American Heart Association. (2001). Primary prevention of stroke. **Stroke**, 32, 280 – 317

American Heart Association. (2021). **2021 Heart disease and stroke statistics update fact sheet at-a-Glance.** Retrieved February 1, 2021, from https://www.heart.org/-/media/phd-fifiles-2/science-news/2/2021-heart-and-stroke update/2021_heart_disease_and_stroke_statistics_update _fact_sheet at_a_glance.pdf

Ayala, C. Croft, J. B. Greenlund, K. L., et al. (2002). Sex difference in US mortality rate for stroke and stroke subtypes by race, ethnic and age, 1995 – 1998. **Stroke 2002**, 33, 1197–201.

Becker, et al. (1977). Scale for measuring health belief model demensions: a test of predictive value internal consistency, and relationships beliefs., Health Decision Making Reagarding Amniocentesis in Woman of Advanced Maternal Age". **Health Educ Q. Ohio**, 19(2), 177–186.

Becker, M. H. and Maiman, L. A. (1975). The Health Belief Model: Origin sand Correlation in Psychological Theory**. Health Education Monography**, 2(Winter), 336–385.

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

Cokerham G. and Cokerham W. (2010). **Health and Globolization.** Cambridge: Polity Press.

Good, C. V. (1959). **Dictionary of Education**. New York: McGraw–Hill.

Goldstein, L. B. (2001). The Stroke Council of the American Heart Association. **Stroke**. 32(1). 280–299.

Kaku D. A. and Lowenstein D. H. (1990). **Emergence of recreational drug abuse as a major risk factor for stroke in young adults. Ann Intern Med**, 113(11), 821–827.

Kenedy B. S., Kasl S. V., Brass LM and Vaccarino V. (2002). Trends in hospitalized stroke for blacks and whites in the United States, 1980 – 1999. **Neuroepidemiology 2002**, 21, 131–141.

Orem, D. E. (1991). **Nursing**. Concepts of Practice (4thed.). St. Louis: Mosby Year Book.

Orem, D. E. (1995). **Nursing**. Concepts of Practice. Missouri: C. V. Mosby.

Pate, R., et al. (1995). Physical activity and public health. A recommentdation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports medicine. **The Journal of the American Medical Association**, 273(5), 15–18.

Qureshi, et al. (1997). **Habitual sleep patterns and risk for stroke and coronary heart disease: a 10-year follow-up from NHANES**. Retrieved 29 August 2021, from https://n.neurology.org/content/48/4/904.short

Rosenstock, I, M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, 2(4), 328–335.

Sacco, et al. (2009). **Heart disease and stroke statistics**. Retrieved 29 August 2021, from https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191261

Siriraj Stroke Center. (2020). **Stroke Prevention**. Retrieved February 29 2023, from https://www.sirirajstrokecenter.org/2019/2910.html

The United States Preventive Services Task Force. (1996). **Guide to Clinical Preventive Services**. Baltimore: Williams & Wilkins.

Wang, Zhao, Zhang, Deng, Li, He, and Ruan. (2014). **Stroke prevention knowledge and prestrike health behaviors among hypertensive stroke patients in mainland China**. Retrieved August 28, 2021 from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23388703/

World Health Organization. (2015). **Prevent brain stroke**. Retrieved August 29, 2021, from https://www.who.int/southeastasia/news/detail/29-10-2016-preventbrain-stroke

World Health Organization. (2015). **Selfcare for health: a handbook for community health workers & volunteers**. Retrieved August 29 2564, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf.

World Stroke Organization. (2020). The 2018 World Health Organization Classification of Cutaneous, Mucosal, and Uveal Melanoma: Detailed Analysis of 9 Distinct Subtypes Defined by Their Evolutionary Pathway. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, 144 (4), 500–522.

Yamane, T. (1973). **Statistics. An Introductory statistics** (Second Edition). New York: Harper & Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือในการศึกษา

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเฉพาะบุคคล ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

2. แบบสอบถามนี้สำหรับสอบถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

3. แบบสอบถามนี้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้การสัมภาษณ์ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลอันจะทำให้งานวิจัยในครั้งนี้ได้ผลที่สมบูร์และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ

เลขที่แบบสอบถาม .....

วัน เดือน ปี ที่ตอบแบบสอบถาม ...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ เกษตรกรรม ☐ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่น ๆ .....

3. สถานภาพสมรส ☐โสด ☐ สมรส ☐หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ ปวส./อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรีขึ้นไป ☐ ไม่ได้ศึกษา

5. อายุ .....ปี

6. รายได้/เดือน ☐น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ☐ 3,001–6,000 บาท
☐ 6,000–9,000 บาท ☐ มากกว่า 9,000 บาทขึ้นไป

7. โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุโรคประจำตัวที่เป็นนอกเหนือจากโรคเบาหวาน (ตอบได้หลายข้อ)

☐ เบาหวาน ☐ ไขมันในเลือดสูง
☐ โรคหลอดเลือดหัวใจ ☐ เก๊าท์
☐ หอบหืด ☐ ต่อมลูกหมากโต
☐ อื่น ๆ ระบุ .....

8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

9. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

10. ค่า BMI.....

11. ระดับความดันโลหิต...../..... mmHg

วันที่ตรวจ...../...../.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง			
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ			
2. โรคหลอดเลือดสมองจนนำไปสู่การเสียชีวิตซึ่งมักเป็นผลมาจากโรคความดันโลหิตสูง			
3. ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง			
4. ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่มีบิดามารดาหรือญาติสาย ตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่มีโอกาสที่จะ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง			
5. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น			
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตเดินไม่ได้			
7. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า			
8. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล			

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
9. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง			
10. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก			
การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตน			
11. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้			
12. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
13. การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้			
14. การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็มไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารที่มีรสเค็มเท่านั้น			
15. การควบคุมอารมณ์ ไม่ให้โมโหง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน			
16. การควบคุมอาหารของท่านถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร			
17. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน ได้โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ			
18. การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการของโรคเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้ว่าจะต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็ตาม			
19. การที่ต้องดูแลตนเองทุกเวลาทำให้ท่านเบื่อหน่ายตนเองเป็นบางครั้ง			

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
20. ท่านจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวและบุคคลในครอบครัวท่านไม่มีเวลาในการพาท่านมาพบแพทย์ตามนัด			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความถี่ในการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานครั้ง	ไม่เคย
การควบคุมอาหาร					
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลาหรือเวลาใกล้เคียงกันทุกมื้อ					
2. ท่านมักปรุงรสอาหารให้มีรสเค็มเพิ่มจากปกติ เช่น เกลือ น้ำปลา กะปิ ปลาร้า เป็นต้น					
3. ท่านดื่มสุรา เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
4. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด อาหารหมัก ดองและอาหารสำเร็จรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง แหนม					
การออกกำลังกาย					
5. ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดิน การขี่จักรยาน วิ่งเต้นแอโรบิค เป็นต้น 20-30 นาที/ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันและไม่หักโหมจนเกินไป					
6. ท่านออกกำลังกายโดยทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูพื้น					
7. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 3-5 นาที					

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานครั้ง	ไม่เคย
8. ท่านผ่อนคลายยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย 3-5 นาที					
อารมณ์ (การจัดการความเครียด)					
9. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
10. ท่านนอนหลับพักผ่อน วันละ 6- 8 ชั่วโมง					
11. ท่านควบคุมจิตใจให้สบาย ไม่โมโห หรือ หงุดหงิดง่าย					
12. เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการกับความเครียดโดยการปรึกษากับผู้ที่ใกล้ชิด การใช้ธรรมมะ ฟังวิทยุ ดูทีวี เป็นต้น					
การใช้ยาความดันโลหิตสูง					
13. ท่านรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ (ถูกชนิดยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี)					
14. ท่านมักลืมรับประทานยาความดันโลหิตสูง					
15. ท่านปรับขนาดยาความดันโลหิตสูง ปรับลดหรือเพิ่มยาหรือหยุดยาด้วยตนเอง					
16. ท่านรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาเบาหวาน					
17. ท่านซื้อยารับประทานเองเมื่อ					

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานครั้ง	ไม่เคย
ท่านเจ็บป่วย					
การควบคุมระดับความดันโลหิต					
18. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการควบคุมระดับความดันโลหิต					
19. ท่านควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด					
20. ท่านดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อทราบว่าระดับความดันโลหิตของท่านสูงขึ้นกว่าเดิม					
21. ท่านมักจะสังเกตอาการต่าง ๆ ที่เกิดกับท่านเสมอ ๆ					
การรักษาต่อเนื่อง					
22. เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการสงสัยอาการผิดปกติท่านไปพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด					
23. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ					
24. ท่านมาพบแพทย์เมื่อยาที่รักษาหมด					
25. ท่านตรวจสุขภาพประจำปีติดต่อกันทุกปี					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ณรงค์เดช บ้านสระ
วัน เดือน ปี เกิด	13 กรกฎาคม 2537
สถานที่เกิด	จังหวัดพะเยา
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2559 วท.บ.(อนามัยชุมชน), มหาวิทยาลัยพะเยา, จังหวัดพะเยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	79 หมู่ 4 ตำบลสระ อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา 56160
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลที่ได้รับ	-