



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี

FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CEREBROVASCULAR  
DISEASE AMONG PEOPLE WITH CHRONIC DISEASE IN CHON BURI

ประไพศรี คงหาสุข

มหาวิทยาลัยบูรพา

2562

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี



ประไพศรี คงหาสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CEREBROVASCULAR  
DISEASE AMONG PEOPLE WITH CHRONIC DISEASE IN CHON BURI



PRAPAISRI KONGHASOOK

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE  
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2019

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ประไพศรี คงหาสุข ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกริฑากุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เป็ยชื่อ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกริฑากุล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาล

ศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ Ph.D.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



59920419: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ผู้เป็นโรคเรื้อรัง

ประไพศรี คงหาสุข : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. (FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CEREBROVASCULAR DISEASE AMONG PEOPLE WITH CHRONIC DISEASE IN CHON BURI) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ศ.ค., สุวรรณ จันทรประเสริฐ, ศ.ค. ปี พ.ศ. 2562.

ผู้เป็นโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ผู้เป็นโรคเรื้อรังจึงควรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพหุการณณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 208 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.33$ ,  $SD = 0.45$ ) และพบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.40 ( $R^2 = 0.224$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง





59920419: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.  
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FACTORS INFLUENCING, PREVENTIVE BEHAVIORS, PEOPLE WITH  
CHRONIC DISEASE

PRAPAISRI KONGHASOOK : FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE  
BEHAVIORS FOR CEREBROVASCULAR DISEASE AMONG PEOPLE WITH CHRONIC  
DISEASE IN CHON BURI. ADVISORY COMMITTEE: SOMSAMAI  
RATTANAGREETHAKUL, Dr.P.H., SUWANNA JUNPRASERT, Dr.P.H. 2019.

People with chronic disease are the important risk group of cerebrovascular disease, therefore, they should have effective preventive behavior. This predictive research aims to examine factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among people with chronic disease in Chon Buri. The Health Belief Model (Becker, 1974) was modified to establish the conceptual framework. Multi-stage random sampling was used to recruit the sample of 208 chronic disease patients, who was received care services in the non-communicable diseases clinic, sub-district health promoting hospital in Chon Buri, during December 2018 to January 2019. Data collecting were questionnaires including: personal factors, perceived of cerebrovascular disease, received information, preventive behaviors for cerebrovascular disease. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results indicated that the mean score of preventive behaviors for cerebrovascular disease was high level ( $M = 4.33$ ,  $SD = 0.45$ ). In addition, multiple regression analysis showed that the factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease were perceived barriers, cues to action factors and perceived benefit of preventive. Total variance accounted for preventive behaviors for cerebrovascular disease was 22.40 % ( $R^2 = 0.224$ ) at the significant.

The results of this research can use for development a preventive behaviors for cerebrovascular disease guideline among people with chronic disease, for decrease the incidence of cerebrovascular disease.





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความ ละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยเกิดกระบวนการเรียนรู้ และแนวทางในการ ค้นคว้า ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้ คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มาใช้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 และเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี

เนื่องจกงานวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา จึง ขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวิเชียร คุณแม่สุณี คงหาสุข ที่ให้โอกาสทางการศึกษา สนับสนุนทุนในการทำวิจัย และให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายรัตนะ โปษ และสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้กำลังใจ และ สนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และ ประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ประไพศรี คงหาสุข

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ .....	ช
สารบัญ .....	ฅ
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญภาพ .....	ฐ
บทที่ 1 .....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 .....	12
เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคหลอดเลือดสมอง.....	12
การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	21
พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง .....	26
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง .....	39
บทที่ 3 .....	48

วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	54
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	56
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ .....	57
บทที่ 4 .....	59
ผลการวิจัย .....	59
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล.....	59
ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง .....	61
ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง .....	66
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง .....	69
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	71
บทที่ 5 .....	75
อภิปรายและสรุปผล .....	75
สรุปผลการวิจัย .....	75
อภิปรายผล.....	76
ข้อเสนอแนะ .....	84
บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก .....	94
ภาคผนวก ก .....	95

ภาคผนวก ข .....97

ภาคผนวก ค .....102

ภาคผนวก ง.....107

ประวัติย่อของผู้วิจัย .....117



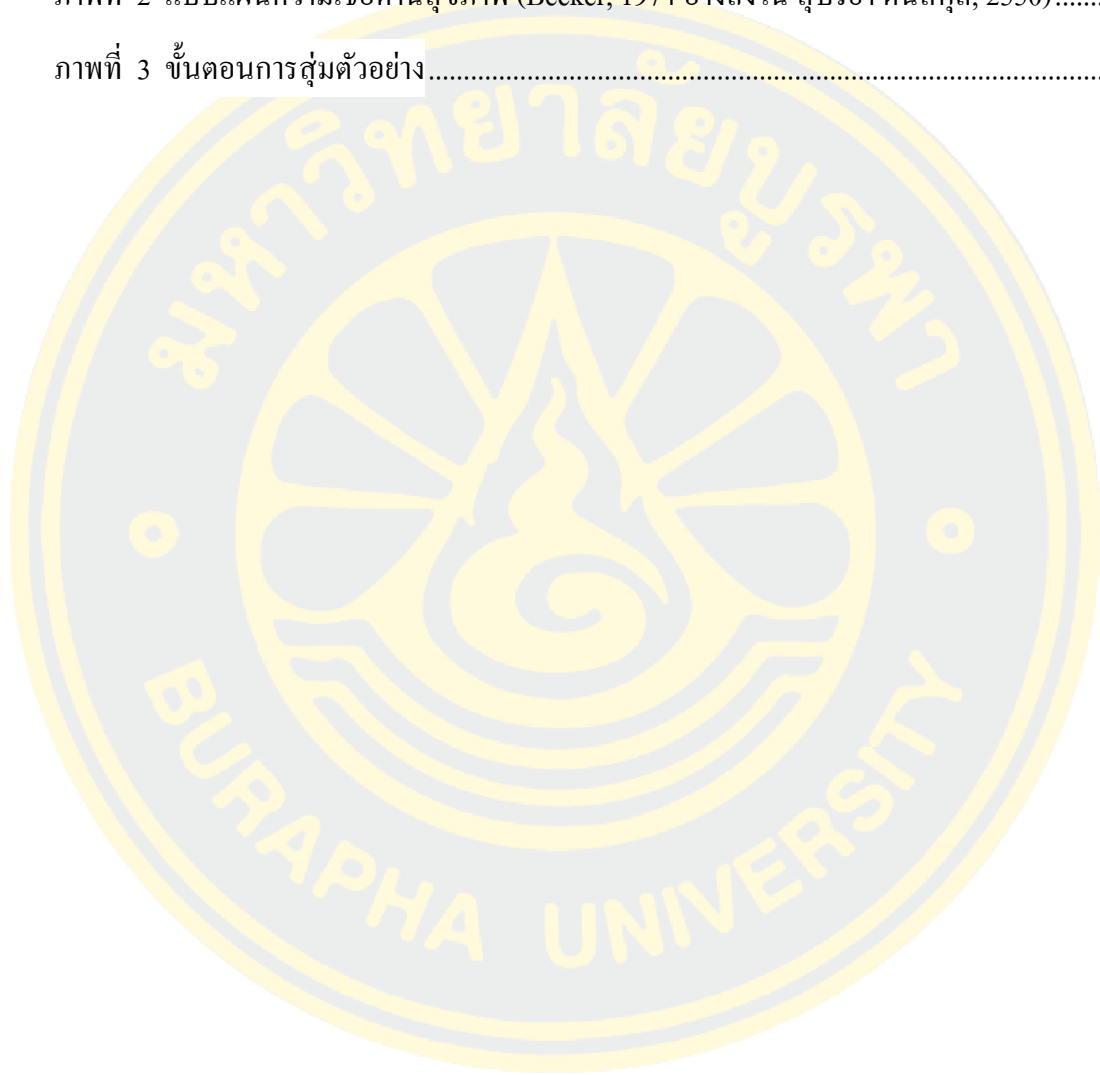
## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ระดับความดันโลหิตสูง จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ .....	25
ตารางที่ 2	การคำนวณหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง .....	50
ตารางที่ 3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล .....	60
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด ตีอคมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และ โดยรวม .....	61
ตารางที่ 5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด ตีอคมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และ โดยรวม .....	63
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือด ตีอคมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และ โดยรวม .....	64
ตารางที่ 7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือด ตีอคมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และ โดยรวม .....	66
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด ตีอคมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และ โดยรวม .....	67
ตารางที่ 9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดตีอ คมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และ โดยรวม .....	69
ตารางที่ 10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ต่อโรค หลอดเลือดตีอคมอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดตีอคมองกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดตีอคมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแสดงในรูปเมตริก สหสัมพันธ์ .....	72
ตารางที่ 11	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด ตีอคมอง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน .....	73

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974 อ้างถึงใน สุปรียา ต้นสกุล, 2550).....	40
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง.....	51





# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของระดับโลกและระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกาย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และยังส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากสถานการณ์ทั่วโลกปี พ.ศ. 2557 องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก และประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก โดยในแต่ละปีมีประมาณ 6 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (World Stroke Organization [WSO], 2014)

สำหรับประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ก) อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 เท่ากับ 61.60 และ 70.21 และพบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 43.30 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของประชาชนไทยทั้งในเพศชายและเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559) จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งนอกจากจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง โดยมีค่าใช้จ่ายต่อปีสูงถึง 29,571 บาทต่อราย และผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายต่อปี 1,629 บาทต่อราย รวมค่ารักษาเฉลี่ยต่อปีทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อราย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำจำกัดความของ

โรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติของอาการทางสมองที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง อาจเกิดจากการตีบตัน หรือการแตกของเส้นเลือด ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวหรือถาวร และหากไม่ได้รับการแก้ไขทันที จะทำให้เนื้อสมองในส่วนนั้น ๆ ตายได้ (World Health Organization [WHO], 2010) และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ได้กำหนดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ 8 ปัจจัย ดังนี้ 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) การเป็นโรคเบาหวาน 3) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง 4) ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) การขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม 6) ภาวะน้ำหนักเกิน 7) การสูบบุหรี่ และ 8) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (WSO, 2016)

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังปัจจัยเสี่ยงที่องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกได้กำหนดไว้ และโรคเรื้อรังยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 การเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตของประชากรไทย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) สถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 กรมควบคุมโรค รายงานว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกของโรคสูงสุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2554-2556 เท่ากับ 1,433.61, 1,570.63 และ 1,629.95 ตามลำดับ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2554-2556 เท่ากับ 968.22, 1,050.05 และ 1,081.25 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ข) ซึ่งทั้งสองโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและเป็นโรคเรื้อรังที่องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกได้กำหนดให้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกประาะได้ง่าย จากการศึกษาติดตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยชายวัยกลางคนระยะเวลา 28 ปี ในประเทศสวีเดน พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เป็น 2 เท่า ของผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง (Harmsen, P., Lappas, G., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L, 2006) และการศึกษาของ Stamler, J., Vaccaro, O., Neaton, J. D., Wentworth, D (1993) พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน จากสาเหตุดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดก่อให้เกิดความเสื่อมของร่างกายแบบค่อยเป็นค่อยไปและนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี พ.ศ. 2557 พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีผู้ที่ยังสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 13.2 และ 11.1 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2557) และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาล 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีพฤติกรรมไม่รับประทานอาหารหวานจัดอยู่เพียง ร้อยละ 6.8 มีพฤติกรรมการไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มอยู่เพียง ร้อยละ 7.3 และมีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารมันอยู่เพียง ร้อยละ 7.8 (อุมาพร แซ่กอ, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่งมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใส่ใจและการติดตามการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมด้านการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ (เพชรธณี สุวรรณมาลี, 2554) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการพักผ่อน ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรค และด้านการใส่ใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (เวียงมร ปัทวงษ์ษา, 2558) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กล่าวคือ การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด มันจัด จะทำให้เกิดการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือด การเพิ่มความดันโลหิต และการเพิ่มระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้การสูบบุหรี่ที่มีสารนิโคตินและสารพิษอื่น ๆ จะทำให้หลอดเลือดหดตัวและตีบแข็ง มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต การทำงานของอินซูลินผิดปกติ และความเครียดทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น มีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง เกิดการอุดตันเมื่อเกิดในตำแหน่งของหลอดเลือดสมองจึงนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงสามารถทำได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรค

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, M. H, 1974) เชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคได้นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรค สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การประเมินผลกระทบที่จะได้รับจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตป้องกันการโรคนั้นมีประโยชน์จริงสามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีอุปสรรคปัญหาทำให้เกิดความยากลำบาก ซึ่งการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคจะทำให้เกิดความขัดแย้ง ลังเลในการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เป็นการได้รับสิ่งกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค และปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค เช่น บุคลิกภาพ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ การเจ็บป่วย โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ตรงตามที่พฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น ปัจจัยดังกล่าวสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของบุคคล และปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชายมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าเพศหญิง (Fogle, C. C. et al., 2008; พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556; กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ, 2554) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุมาก (Muntner, P. et al., 2006; พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการศึกษาจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี มีแนวทางในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคได้อย่างเหมาะสม (กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ, 2554) ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการมีโรคร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (Marx, J. J. et al., 2009; กันยารัตน์ อุษสกุล, 2555) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลา



การเจ็บป่วยนานจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อุมากร ใจยังยืน, 2552)

ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคมีอิทธิพลต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Fernandes, P. T., Avelar, W. M., S. B. Mory, Hansen, R., & Li, L. M 2009) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, 2558) บุคคลที่รับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Al Shafee, M. A., Ganguly, S. S., & Al Asmi, A. R, 2006) บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ทิพวรรณ ประสานสอน, 2556) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคสูง และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (วาสนา เหมือนมี, 2557; สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) และปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับปัจจัยชักนำ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง (วาสนา เหมือนมี, 2557; สุทัสสา ทิจะยัง, 2557)

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 (จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว) พบว่าในปี พ.ศ. 2550-2557 มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าระดับประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2557-2559 มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 293.19, 295.55 และ 292.32 ตามลำดับ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6, 2560) และในจังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมองได้ จังหวัดชลบุรี พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 173.28, 171.36 และ 329.97 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560) มีอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 18.32, 42.65 และ 162.03 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560) ในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จำนวน 42,102 ราย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้เพียงร้อยละ 22.84 และ 30.01 ตามลำดับ นอกจากนี้

ผลการประเมินสุขภาพและพฤติกรรม พบว่า มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 2.55 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 28.51 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 14.57 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชลบุรี, 2560) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวจะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถทำได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค ลดการบริโภครสหวาน มัน เค็ม เพิ่มการออกกำลังกายให้เพียงพอ การจัดการความเครียด และการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นสถานบริการที่มีพื้นที่ความรับผิดชอบใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ศึกษาในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (สุทัตสา ทิจะยัง, 2557; ทิพวรรณ ประสานสอน, 2556; พรารณา วัชรานุรักษ์, 2560) ในกลุ่มผู้สูงอายุ (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, 2558) และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วาสนา เหมือนมี, 2557; กัญยรัตน์ อู่สกุล, 2555) ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล แต่การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีบริบทของการให้บริการแตกต่างจากโรงพยาบาล และมีความใกล้ชิดกับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด จึงมีความสำคัญในการศึกษา

ดังนั้นการศึกษานี้จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, M. H, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ปัจจัยชกนำไปให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ คำนึงมวลถายการมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

ชุมชนเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี และกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี

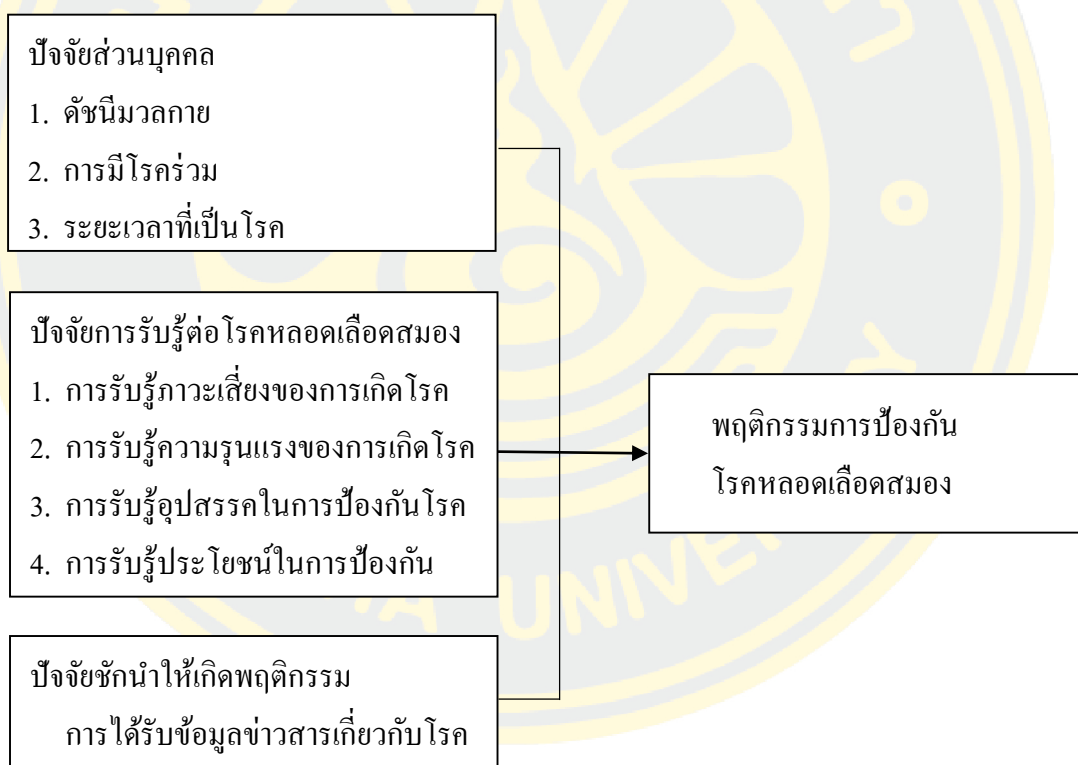
### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยเชื่อว่าผู้เป็นโรคเรื้อรังจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตราบเท่าที่การปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น ครอบคลุมตัวแปรตามองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

การรับรู้ของบุคคลต่อโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความเป็นไปได้ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยงต่ออาการที่ผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการประเมินความรุนแรงที่จะได้รับการจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่า



การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีประโยชน์จริง สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived barriers) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีอุปสรรค ทำให้เกิดความยากลำบาก ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 227 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2562 โดยมีตัวแปรในการศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1.1 ดัชนีมวลกาย

1.1.2 การมีโรคร่วม

1.1.3 ระยะเวลาที่เป็นโรค

1.2 ปัจจัยการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

1.2.3 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค

1.2.4 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค

1.3 ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

**นิยามศัพท์เฉพาะ**

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ใช้ระยะเวลานาน รักษาไม่หาย แต่ป้องกันได้ ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การจัดการความเครียด และการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีระดับการวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

3. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย

3.1 ดัชนีมวลกาย หมายถึง ระดับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการประเมินดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) สูตรการคำนวณหาค่า BMI คือ น้ำหนัก (กิโลกรัม) หาร ส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง

3.2 การมีโรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวนอาการแทรกซ้อนในรอบ 6 เดือน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต วิกฤตจากผลรวมจำนวนโรคและอาการแทรกซ้อนที่ประเมินโดยผู้วิจัย

3.3 ระยะเวลาที่เป็นโรค หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงจนถึงวันเก็บข้อมูล คิดจำนวนเต็มเป็นปี ถ้าเศษเกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี

4. ปัจจัยการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อลักษณะต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีระดับการวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ประกอบด้วย

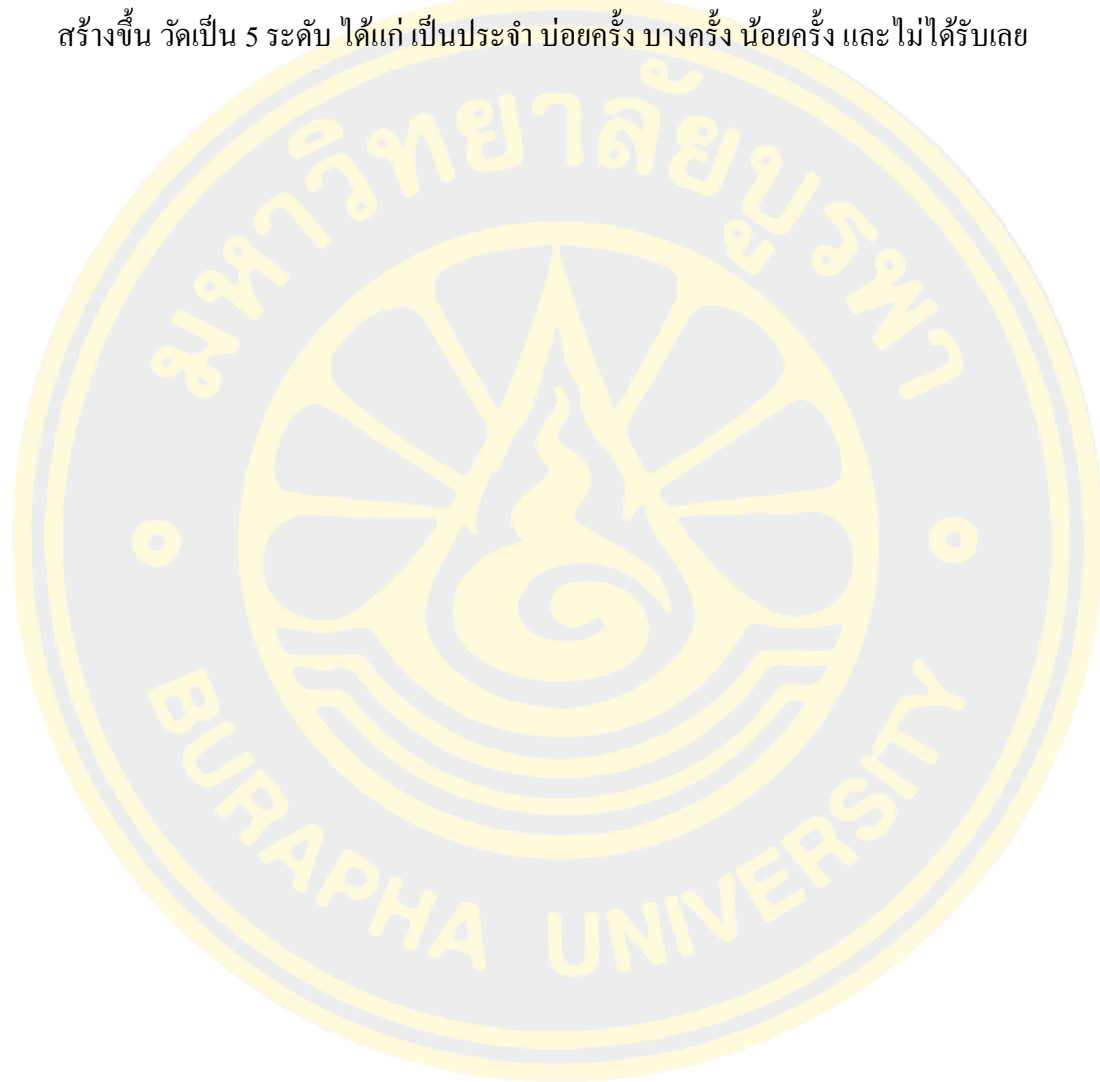
4.1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความเป็นไปได้ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยงต่ออาการที่ผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่ออาการที่ผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการประเมินความรุนแรงที่จะได้รับจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาจทำให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ระยะเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เป็นภาระของครอบครัว ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

4.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีประโยชน์จริง สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ ทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง รู้สึกสดชื่น ลดความตึงเครียด และการไม่สูบบุหรี่ ช่วยลดความรุนแรงและโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีอุปสรรคปัญหาทำให้เกิดความยากลำบาก มีค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลามาก ยุ่งยาก รู้สึกขาดความสุข

5. ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม หมายถึง การได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรค ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ซึ่งหมายถึง การได้รับข้อมูล หรือข่าวสารของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากคนในครอบครัว ชุมชน จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ และบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้รับเลย



## บทที่ 2

### เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

#### โรคหลอดเลือดสมอง

##### สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต จากสถานการณ์ทั่วโลก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน และเกิดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน มีรายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของหลายประเทศ

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ค) อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 เท่ากับ 61.60 และ 70.21 และพบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 43.30 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชาย และเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559)



### ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นความผิดปกติของอาการทางสมองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นแบบบางส่วนหรือทั้งสมอง มีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวหรือถาวร หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เนื้อสมองตายจนกระทั่งเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบ ตัน หรือแตก (WHO, 2010)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorder and Stroke, 2004) ได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยง หรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมองเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

### ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามพยาธิสภาพหรือลักษณะของการเกิดโรค ได้เป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองแบบเลือดออก (จตุพงษ์ พันธุ์วิไล ภูพิงค์ เอกะวิภาค และสายสมร บริสุทธิ์, 2555; สถาบันประสาทวิทยา, 2554; สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) รายละเอียดดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือด (Ischemic stroke) พบได้ประมาณ ร้อยละ 70-80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณดังกล่าวไม่เพียงพอ ความผิดปกติมักจะค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย และเป็นสาเหตุของการเกิดอัมพาตครึ่งซีกที่พบได้บ่อยกว่าสาเหตุอื่น ๆ โรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือดเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ 1) การตีบตันของหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มักมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) และภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน โดยภาวะหลอดเลือดแข็งตัวจะทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การตีบตันหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของหลอดเลือดสมองโดยจะพบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle cerebral arteries) และ 2) การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือดต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจ ภาวะหรือโรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) หรือจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภายหลังการผ่าตัดหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้น

อื่น ๆ ที่ลอยในกระแสเลือด เช่น ฟองอากาศ ชิ้นส่วนของไขมันที่เกิดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บหรือกระดูกหัก เป็นต้น ซึ่งสามารถแบ่งโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือดทั้ง 2 ลักษณะตามระยะเวลาของการดำเนินโรคได้ เป็น 4 ประเภท (จุดพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ, 2555; สถาบันประสาทวิทยา, 2554; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553) ดังนี้

1.1 Transient Ischemic Attack [TIA] เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวจากการอุดตันของ Thrombus อาจเกิด 2-3 นาที หรือ ถึง 10 นาที และสามารถเกิดขึ้นซ้ำได้ อาการของผู้ป่วยจะหายได้เองภายใน 1 ถึง 24 ชั่วโมง

1.2 Reversible Ischemic Neurological Deficit [RIND] อาการเหมือน TIA แต่ยาวนานกว่า คือ นานกว่า 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

1.3 Progressive stroke or Stroke in evolution เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดมาเลี้ยงเป็นเวลานานและรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน อาการจะเป็นมากขึ้นและอาจพบภาวะสมองบวมร่วมด้วยหากไม่ได้รับการรักษาทันเวลา

1.4 Completed stroke or Cerebral infarction หรือ Stroke เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างถาวร โดยอาการเหล่านี้อาจคงที่ ไม่ดีขึ้นหรือเลวลง อาการอาจดีขึ้นแต่ต้องใช้เวลาานหลายวันหรือหลายอาทิตย์ หรืออาการอาจแย่ลงไปเรื่อย ๆ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะเลือดออกตามมาหลังจากการเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ที่เรียกว่า Hemorrhagic transformation ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นกับบริเวณที่มีการตายของเนื้อสมอง หากมีน้อยอาการจะดีขึ้นภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าเป็นในบริเวณกว้าง โอกาสที่จะดีขึ้นค่อนข้างน้อย

2. โรคหลอดเลือดสมองแบบเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 20-30 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมอง หรือการตกเลือดในสมอง และหากก้อนเลือดโตขึ้นจากการที่เลือดออกมาระบาย ๆ ก็จะซึมเข้าไปในโพรงของสมอง และถ้าความดันโลหิตสูงหลอดเลือดที่แตกจะไม่สามารถปิดได้ ก้อนเลือดในสมองจะบีบและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หากเลือดออกมากจะทำให้ก้านสมองถูกกดเกิดภาวะสมองเคลื่อนตัวลงมา ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ อาการดังกล่าวเกิดขึ้นในเวลารวดเร็ว ซึ่งสาเหตุมักเกิดจาก ภาวะความดันโลหิตสูง ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองแบบเลือดออก สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ (จุดพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ, 2555; สถาบันประสาทวิทยา, 2554; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553) ดังนี้

2.1 Intracerebral hemorrhage [ICH] เป็นภาวะที่มีเลือดออกเกิดขึ้นภายในเนื้อสมอง โดยเลือดที่ออกมาอาจไหลออกสู่ชั้น Subarachnoid space ด้วยก็ได้



2.2 Subarachnoid hemorrhage [SAH] เป็นภาวะที่มีเลือดออกไหลออกสู่ชั้น Subarachnoid space ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก มักมาด้วยอาการไม่รู้สึกตัว ประวัติว่ามีอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่ร่วมกับปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นทันทีทันใด

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก (Hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอ ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (Hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเกิดเนื้อสมองตาย และปัญหาสำคัญ คือ ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (Brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (Brain herniation) ได้ ถ้าการแตกของหลอดเลือดสมองไม่มากนัก ก้อนเลือดที่กดเนื้อสมองจะค่อย ๆ ซึมเข้าสู่หลอดเลือดสมองจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งของสมองที่เกิดภาวะเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ Basal ganglia, Thalamus, Cerebellum และ Pons (จตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ, 2555)

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง สาเหตุการแตกของหลอดเลือดมักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บ กระแทก อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูง หรือมีความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

สรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาททำให้เกิดอาการทางสมอง มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่โป่งพองเกิดการตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกาย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และยังส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

### **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

## 1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้

1.1 Homocysteine เป็นสารเคมีที่เกิดจากเมตาบอลิซึมของ Methionine ซึ่งร่างกายได้รับจากอาหารประเภทโปรตีน โดยปกติระดับของ Homocysteine ในเลือดอยู่ระหว่าง 5-15  $\mu\text{mol/L}$  ถ้าระดับของ Homocysteine ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นก็จะทำให้เกิดความเสียหายต่อผนังด้านในของหลอดเลือด (Endothelial damage) ที่ละน้อย จนในที่สุดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันสอดคล้องกับการศึกษาของ Tantirittisak, T., Sura, T., Moleerergpoom, W., Hanchaipiboolkul, S (2007) พบว่า ผู้ที่มีระดับโฮโมซิสเตอีนสูงจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปกติ 4.277 เท่า (odds ratio 4.277; 95%CI 2.551-7.171) และเมื่อตัดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ก็พบว่ามีโอกาสมากกว่าปกติ 3.401 เท่า (odds ratio 3.401; 95%CI 1.954-5.922) และพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่มีหลอดเลือดสมองใหญ่ตีบมีระดับโฮโมซิสเตอีนสูงมากกว่าชนิดหลอดเลือดเล็กตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 เพศ เพศชายเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่าของเพศหญิง และพบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanchaipiboolkul, S. et al. (2011) พบว่า เพศชาย เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.3 อายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อายุมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือด โดยพบว่าในผู้ที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองก็จะเพิ่มมากขึ้นไปด้วย

1.4 ชาติพันธุ์ อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในคนผิวดำสูงกว่าคนผิวขาว ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.5 พันธุกรรม ผู้ที่บิดาหรือมารดามีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสรรค์ จวงจันทร์ (2558) พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา มารดาและญาติสายตรงที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร พุทธรังศรี (2557) พบว่า ประวัติทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

2.1 ความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย ภาวะนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความเสี่ยงประมาณ 3-17 เท่า ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาของโรค ความรุนแรง และการควบคุมความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanchaiphiboolkul, S. et al. (2011) พบว่า ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร พุททวงศ์ (2557) พบว่า Systolic BP  $\geq$  160 mmHg Diastolic BP  $\geq$  100 mmHg เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 เบาหวาน เป็นปัจจัยสำคัญรองมาจากภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลา 12 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Plengvidhya, N. et al. (2006) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดในสมองตีบเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษานี้ยังเน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนดังกล่าว ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanchaiphiboolkul, S. et al. (2011) พบว่า เบาหวาน เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002

2.3 ไขมันในเลือดสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดไม่ยืดหยุ่น เกิดการตีบหรืออุดตันง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanchaiphiboolkul, S. et al. (2011) พบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสรรค์ จวงจันทร์ (2558) พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติไขมันในเลือดสูง, HDL เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาย จิโรจน์กุล, สมจิต นิปัทธหัตถพงศ์, ฐิตาพร เขียนวงษ์, เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ และณัฐนาฏ ไร่เสถียร (2556) พบว่า ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และไขมันแอลดีแอล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร พุททวงศ์ (2557) พบว่า การตรวจพบค่า LDL-Cholesterol  $\geq$  100 mg/dL

Triglyceride  $\geq 150$  mg/ dL เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้ เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาย จิโรจน์กุล และคณะ (2556) พบว่า ดัชนีมวลกาย อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.5 ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้เกิดการสะสมของไขมันชนิดที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (LDL) ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ดังนั้นภาวะขาดการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร พุททวงศ์ (2557) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง Hemorrhagic และ Ischemic stroke โดยพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 1.5 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร พุททวงศ์ (2557) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การบริโภคน้ำอาหารไม่เหมาะสม การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และการดื่มแอลกอฮอล์

#### การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ที่ขัดขวางการนำเลือดไปเลี้ยงสมอง หรือทำให้มีเลือดออกในสมอง รวมถึงจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง มีผลทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นกรมควบคุมโรคจึงได้นำปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนาเป็นแบบการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ซึ่งเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยพร้อมกันเพื่อทำนายโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดภายในอนาคต 10 ปี ข้างหน้า โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ใช้ประเมินในแบบประเมินมี 7 ข้อ แบ่งปัจจัยเสี่ยงได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ และ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูง



ระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลรวมสูง ระดับไขมันชนิดเอชดีแอลต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วนและการสูบบุหรี่ อีกทั้งการเป็นโรคร่วม ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial fibrillation โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ก)

การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) แบ่งกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเสี่ยงต่ำ หมายถึง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 10 2) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง หมายถึง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 10-20 3) กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 20-30 4) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก หมายถึง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 30-40 และ 5) กลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย หมายถึง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ร้อยละ 40 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ก) เมื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการตนเองหลังการประเมิน เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมกรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

#### ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (อาริสตา ชินประพัทธ์, 2553; จาตุรงค์ บุญพิทักษ์ สยาม ทองประเสริฐ และอภิชนา ไชวินทะ, 2553) ดังนี้

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ การสั่งการของระบบประสาท การรับรู้ความรู้สึก การหายใจ การพูด การกลืน การเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว รวมถึงการเคลื่อนย้ายตนเอง การเดิน อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด โดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และเวียนศีรษะบ้านหมุน และในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลานาน หากไม่ได้รับการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพที่ดีพอ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้

## 1.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม จากผลกระทบด้านร่างกายจากการเจ็บป่วยด้วย

โรคหลอดเลือดสมอง มักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่า วิตกกังวล เสียใจ และสูญเสียความเป็นตัวเอง ผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถเข้าสังคมได้เหมือนเคย การสูญเสียภาพลักษณ์ทำให้รู้สึกอับอาย ไม่อยากพบปะผู้คน เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ไม่สามารถทำงานสร้างรายได้ได้ และมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ รู้สึกด้อยค่า หมดหวัง อาจเกิดภาวะซึมเศร้า หรือบางรายอาจแสดงอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย และก้าวร้าว

2. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อครอบครัวมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากความรุนแรงของโรคและความพิการที่หลงเหลือจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนับเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญอย่างยิ่งของครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลอาการของผู้ป่วย เกิดความเหนื่อยล้า และส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของ

3. ผลกระทบต่อสังคม โรคหลอดเลือดสมองนอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง และส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยแล้ว การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ เกิดภาระโรคจากการเจ็บป่วย เกิดความพิการที่หลงเหลือ และเกิดการสูญเสียปีแห่งสุขภาวะของประชาชน ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อีกทั้งทำให้สูญเสียแรงงานจากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมตามมา

### การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับประเภท ความรุนแรง และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาเร็วมากเท่าไร ก็จะช่วยส่งผลให้ลดอัตราการเกิดความพิการและเสียชีวิตได้มากเท่านั้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) หลักการของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. การรักษาด้วยยา เป็นวิธีที่ใช้รักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทสมองขาดเลือด โดยยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมองมี 2 กลุ่มหลัก ๆ ได้แก่

1.1 กลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ได้แก่ แอสไพริน ไตฟิวิริดาโมล ไตโคลพิดิน โคลพิโดเกรล ไทฟุซอล ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ที่มีผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือดในการเกาะตัวกัน (ก้องเกียรติ คุณท์กัณฑ์กร, 2553; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.2 กลุ่มด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้แพร่หลายที่สุดคือ วาร์ฟาริน ในผู้ป่วยทั่วไปที่รักษาด้วยยาจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นเวลานานเพียงพอเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และต้องได้รับการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับขนาดของยาตามแผนการรักษา

2. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (Evacuation of hematoma) ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง มีภาวะสมองบวม หรือการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง (Ventricular drainage) ในผู้ป่วยที่มีเลือดและน้ำไขสันหลังซึมเข้าไปในโพรงสมอง สรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คั่งสุรา สูบบุหรี่ การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด มันจัด การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูง และการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม

## การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง (Chronic diseases) หมายถึง โรคที่ไม่ติดต่อกันคนสู่คน การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ใช้เวลานาน รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการประคับประคองไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่ความพิการ หรือเสียชีวิตได้

### การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังมีหลายโรค เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โรคเรื้อรังเหล่านี้จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

โรคหัวใจสามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หลายกลไก ได้แก่ Cardiogenic embolism ซึ่งพบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย โรคหัวใจที่เสี่ยงต่อการเกิด Embolism ได้แก่ Cardiac arrhythmia, Valvular heart disease, Acute myocardial infarction เป็นต้น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในหัวใจห้องบน เกิดลิ่มเลือดขึ้นภายในห้องหัวใจ และหลอดเลือด เมื่อลิ่มเลือดจากหัวใจหลุดลอยออกไปอุดตันบริเวณของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื้อสมองขาดเลือดและตายได้ อีกกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



จากโรคหัวใจ คือ จาก Cardiac output ที่ลดลงจากโรคหัวใจจะทำให้เกิด Hemodynamic stroke เนื่องจาก Cerebral blood flow ลดลง (วิทยา ศรีดามา, 2550)

โรคเบาหวานสามารถทำให้เกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย จากการมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน น้ำตาลกลูโคสจะจับกับเม็ดเลือดแดง ในหลอดเลือดทำให้ปล่อยออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายได้ลดลง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชั้นผนังหลอดเลือด การทำลายผนังหลอดเลือด และเกิดลิ่มเลือดขึ้นได้ ทำให้หลอดเลือดเสื่อมเร็วมากขึ้น เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตันของกลุ่มหลอดเลือดขนาดเล็ก (Lacunar infarction) มีการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์ของ โรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 2.5-4 เท่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อัตราเสี่ยงโรคของผู้ป่วยภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติราว 3-17 เท่า เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งในการทำให้ภาวะหลอดเลือดตีบแข็งเป็นเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดหนาตัวและขาดความยืดหยุ่น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Artherosclerosis) มีการทำลายชั้นผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการรวมตัวกันของเกล็ดเลือดและเม็ดเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นทำให้หลอดเลือดของสมองเกิดภาวะ Aerebral atherosclerosis ตามมา และในที่สุดก็จะเกิดภาวะ Cerebral thromboembolism เกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายได้ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบว่า การมีระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลสูง เอชดีแอลต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Artherosclerosis) ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงถือว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

จากพยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 กรมควบคุมโรค รายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกของโรคสูงสุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งสองโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและเป็น

โรคเรื้อรังที่องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกได้กำหนดให้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะได้ง่าย ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น อธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

### โรคเบาหวาน

#### ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มโรคเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (วิทยา ศรีดามา, 2550)

ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงหายาระยะยาว การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญของตาบอด ไตวาย ถูกตัดเท้าจากแผลติดเชื้อลุกลาม และมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ

#### ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ (วิทยา ศรีดามา, 2550) ได้แก่

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (Type I diabetes mellitus) เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลิน โดยมีพยาธิสภาพที่ Islet cells of Langerhans ผู้ป่วยชนิดนี้ส่วนใหญ่พบอายุน้อยกว่า 20 ปี อาการของโรคเกิดขึ้นรวดเร็ว รูปร่างผอม ต้องรักษาด้วยอินซูลินไม่ให้ขาด
2. เบาหวานชนิดที่ 2 (Type II diabetes mellitus) เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลินแต่ไม่รุนแรงเท่าชนิดที่ 1 ร่วมกับมีภาวะ Insulin resistance และการเพิ่ม Hepatic gluconeogenesis ผู้ป่วยชนิดนี้มักมีอายุมากกว่า 30 ปี อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ รูปร่างอ้วนหรือปกติ มักมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวชัดเจน
3. เบาหวานชนิดอื่น ๆ (Other specific types) เช่น โรคเบาหวานจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการทำงานของ  $\beta$ -cell โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ โรคเบาหวานที่เกิดจากยา เป็นต้น
4. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) คือ โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

#### อาการและอาการแสดง

1. ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) เนื่องจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทำให้ท่อไตไม่สามารถดูดกลับน้ำตาลได้หมด น้ำตาลที่ออกมากับปัสสาวะจะดึงน้ำออกมามากด้วย
2. กระหายน้ำ คิมน้ำบ่อย (Polydipsia) เนื่องจากปัสสาวะบ่อยมากขึ้น ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกระหายน้ำ และต้องดื่มน้ำบ่อยมากขึ้น

3. หิวบ่อย รับประทานอาหารมากขึ้น (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์มาใช้ได้ เซลล์ขาดสารอาหารที่ทำให้พลังงานจึงกระตุ้นระบบประสาทไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ทำให้รู้สึกหิวและรับประทานอาหารมากขึ้น

4. ชักและหมดสติชนิดไฮเปอร์ออสโมลาร์ (Hyperosmolar coma) เกิดจากร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) จากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดส่วนปลายล้มเหลว ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้ชัก และหมดสติได้

#### พยาธิสภาพของโรคเบาหวานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคเบาหวานในภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั่วร่างกายได้เร็วมากขึ้น โดยน้ำตาลกลูโคสจะไปเกาะกับเม็ดเลือดแดงทำให้การปล่อยออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อลดต่ำลงจากปกติ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงทั้งขนาดใหญ่ (Macrovascular) และขนาดเล็ก (Microvascular) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) ร่วมกับการมีไขมันในเลือดสูงก็จะส่งผลให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดได้ โดยกลไกการเกิดเริ่มจาก Small dense LDL เข้าไปในผนังหลอดเลือดโดยง่าย ถ้ามี Endothelial ผิดปกติ เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง LDL ผ่านขบวนการ Oxidized เป็น Oxidized LDL macrophage จะกิน Oxidized LDL ทำให้ Macrophage เปลี่ยนเป็น Foam cell ก่อให้เกิดมีเม็ดเลือดขาว และ Smooth muscle cells แบ่งตัวเข้ามาในชั้น Subendothelial เกิดเป็น Plaque และอุดตันหลอดเลือด อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานจะมีสารต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าคนปกติทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่ายกว่า และเกิดการอุดตัน เมื่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบหรืออุดตัน จึงทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบขึ้นได้โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตันของกลุ่มหลอดเลือดขนาดเล็ก (Lacunar infarction) และหากมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยก็สามารถเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกได้ (นิพนธ์ พวงรินทร์, 2544) โดยปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่

ในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความดันโลหิตชนิดซิสโตลิก (Systolic hypertension) ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และความอ้วน ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็ก คือ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และระดับกรดยูริกในเลือดสูง (อภิชาติ วิชาณรัตน์, 2546)

#### โรคความดันโลหิตสูง

##### ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่

140/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งจะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

### การแบ่งระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิตในผู้ใหญ่สามารถแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงได้ดังตารางที่ 1 (Whelton, P. K. et al., 2017)

ตารางที่ 1 ระดับความดันโลหิตสูง จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่

Category	Systolic pressure (mm Hg)	Diastolic pressure (mm Hg)
Normal	< 120	< 80
Elevated	120-129	< 80
Hypertension		
Stage 1 hypertension (Mild)	130-139	80-89
Stage 2 hypertension (moderate)	140-179	90-119
Stage 3 hypertension (Severe)	≥ 180	≥ 120

หมายเหตุ เมื่อ Systolic และ Diastolic pressure อยู่ใน Category ที่ต่างกัน ให้ใช้ Category ที่สูงกว่า

### อาการและอาการแสดง

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะตรวจพบจากการตรวจสุขภาพหรือตรวจพบโดยบังเอิญ โดยไม่มีอาการให้รู้ตัวมาก่อน มีส่วนน้อยที่อาจมีอาการแสดงและอาการของภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย มักพบในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง เกิดอาการในตอนเช้าและอาจดีขึ้นหรือค่อย ๆ หายไปเองในไม่กี่ชั่วโมง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือตาพร่ามัวร่วมด้วย
2. เวียนศีรษะ มึนงง
3. เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ จากภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว
4. เจ็บหน้าอก จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด



### การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงวินิจฉัยได้จาก ประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรับประทานยา เมื่อวัดความดันโลหิตได้มากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ให้วัดความดันโลหิตซ้ำใน 2 สัปดาห์ เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง

### พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัว และแข็งตัว ภายในหลอดเลือดตีบแคบทำให้การไหลเวียนเลือด ไปเลี้ยงสมองลดลง และขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และอาจเกิดการโป่งพองและหลอดเลือดสมองแตกได้ จนเกิดเลือดออกในสมองได้ ทำให้เนื้อสมองตายเกิดความพิการหรือเสียชีวิต ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าบุคคลปกติ ผลของการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะเป็นความผิดปกติที่มาจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนอุดตัน และทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด หรือมีภาวะเลือดออกที่สมอง

โรคเรื้อรังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย หลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดหนาตัวและขาดความยืดหยุ่น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Artherosclerosis) มีการทำลายชั้นผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการรวมตัวกันของเกล็ดเลือด และเม็ดเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดสมอง และการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างรวดเร็วและรุนแรงจะเป็นผลทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดสมองได้

### พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการกระทำในรูปแบบของการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ก) ประกอบด้วย การไม่สูบบุหรี่ การรับประทาน อาหารเพื่อควบคุมโรค ลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มการออกกำลังกายให้เพียงพอ

การควบคุมน้ำหนัก การจัดการความเครียด และการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และสม่ำเสมอ จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต แบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

### 1. การไม่สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนในสมองน้อยลง มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินที่จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีการหลั่งฮอว์โมนอะดรีนาลีน ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และยังส่งผลปริมาณ Hemoglobin ในเลือดเพิ่มขึ้น การทำงานของสาร Insulin ผิดปกติ เกิดการลดลงของ Albumin มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และ Blood-brain-barrier อีกทั้งการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ Coronary Artery Calcium [CAC] โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนต่อวัน ตั้งแต่อายุ 16 ปี มีปริมาณ CAC เท่า ๆ กับผู้ที่อายุมากกว่า 10 ปีที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน และระดับ CAC มีความสัมพันธ์กับ Artherosclerotic รวมทั้งมีผลกระทบไปจนถึงระดับยีน ยิ่งผู้ป่วยสูบบุหรี่มากความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็เพิ่มมากขึ้น สารพิษในควันบุหรี่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย จนเกิดการตีบตันของหลอดเลือด หากเกิดในบริเวณของหลอดเลือดสมองทำให้นำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายได้

การไม่สูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ช่วยป้องกันไม่ให้เพิ่มระดับของความดันโลหิต ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดทั่วร่างกาย และป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือแตก มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสดังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เป็น 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ และพบว่า ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่แต่หากได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (จรรยา สันตยากร, 2554) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงไม่ควรมียุติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

### 2. การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค

พฤติกรรมรับประทานอาหารเป็นการปฏิบัติเป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ การเลือก การเตรียม การรับประทานอาหาร รวมทั้งความชอบในการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีและควบคุมโรคได้ ในทางตรงข้ามกันหากบุคคลมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่



ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ไม่สามารถควบคุมโรคได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และโรคอื่น ๆ ตามมาได้ (อรุณลดานางแย้ม, 2550) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด มันจัด ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือดสูง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เกิดการแตก ตีบ ตันของหลอดเลือด และนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

2.1 การไม่รับประทานอาหารหวานจัด เนื่องจากน้ำตาลเป็นโมเลกุลของสารอาหาร กลุ่มคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานแต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ น้ำตาล 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี ถ้าร่างกายได้รับน้ำตาลมากกว่า ร้อยละ 20 ของพลังงาน ร่างกายจะสะสมพลังงานส่วนเกินไว้ในรูปของไขมันทำให้เป็นโรคอ้วน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาในการนำน้ำตาลไปใช้ จะต้องใช้อินซูลินปริมาณพอเหมาะกับปริมาณน้ำตาล หากร่างกายมีอินซูลินไม่เหมาะสมกับปริมาณน้ำตาล จะทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดโดยน้ำตาลกลูโคสจะไปเกาะกับเม็ดเลือดแดงทำให้การปล่อยออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อลดต่ำลงจากปกติ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ การป้องกันการรับประทานอาหารที่หวานมากเกินไปสามารถทำได้ (ชนิพรรณ บุตรย์, 2557) ดังนี้

2.1.1 รับประทานน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน

2.1.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทูเรียน ลำไย น้อยหน่า

ละมุด มะม่วงสุก เป็นต้น

2.1.3 งดน้ำอัดลมและขนมหวานทุกชนิด

2.1.4 รับประทานผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักคะน้า ผักกาด ถั่วฝักยาว ผักบุ้ง

ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ สลัด ผัด ผัก เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ มีกากใยอาหารสูง ทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง

2.1.5 รับประทานอาหารประเภทแป้งคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่จำกัด ได้แก่ ข้าว เผือก มัน ขนมจีน มั้กะโรนี ถั่วเมล็ดแห้ง และลดอาหารประเภทไขมัน

2.1.6 ในคนปกติควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน ส่วนในผู้ป่วยโรคเบาหวานควรบริโภคน้ำตาล 3-4 ช้อนชาต่อวันเท่านั้น

2.2 การไม่รับประทานอาหารเค็มจัด เนื่องจากอาหารที่มีรสเค็มจากเกลือโซเดียม ทำให้มีการกั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานหนัก ความตึงตัวของผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดภาวะระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง มีการทำลายชั้นผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการรวมตัวกันของเกล็ดเลือดและเม็ดเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดสมองได้ และการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างรวดเร็วและรุนแรงจะส่งผลทำให้เกิดหลอดเลือดสมองแตกได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงควรปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการรับประทานอาหารที่เค็มจัด (ชนิพรรณ บุตรยี่, 2557) ดังนี้

- 2.2.1 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และอาหารหมักดอง
  - 2.2.2 จำกัดเกลือในอาหารไม่ให้เกิน 2 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน
  - 2.2.3 หลีกเลี่ยงการเติมเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงแล้ว
- รวมทั้งงดการใช้ผงชูรส (Monosodium glutamate) ในการปรุงอาหาร
- 2.2.4 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง
  - 2.2.5 หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมชนิดต่าง ๆ ที่มีการเติมผงฟู (Baking powder and baking soda)
  - 2.2.6 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่บรรจุขวด ที่มีการเติมสารประกอบของโซเดียมเพื่อเพิ่มโซเดียมให้สำหรับนักกีฬาหรือผู้ที่มีการสูญเสียเหงื่อมาก
  - 2.2.7 รับประทานโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือคิดเป็นปริมาณเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน

2.3 การไม่รับประทานอาหารมันจัด เนื่องจากไขมันเป็นสารอาหารกลุ่มที่ให้พลังงานสูงที่สุด คือ 9 กิโลแคลอรี ต่อ 1 กรัม การรับประทานไขมันไม่ควรเกินร้อยละ 25-35 ของพลังงานที่ได้รับ การสะสมของไขมันส่วนเกินจะทำให้เป็นโรคอ้วน และการมีระดับไขมันในเลือดสูงจะเกิดการเกาะกลุ่มของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบ ตัน การมีระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลสูง เอชดีแอลต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Artherosclerosis) ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะส่งผลให้หลอดเลือดเสื่อมเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมการรับประทานมันจัด (ชนิพรรณ บุตรยี่, 2557) ดังนี้

2.3.1 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เบเกอรี่ (ไขมันทรานส์) อาหารทอด และอาหารที่มีกะทิทุกชนิด

2.3.2 ไม่ใช้ไขมันอิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว และกะทิ ในการทำอาหาร

2.3.3 เลือกรับประทานอาหารประเภทต้ม ตุ่น นึ่ง ย่าง อบ แทนการผัด และทอด

2.3.4 หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ควรแยกหนังและมันออก

2.3.5 ลดการรับประทานอาหารทะเล ไข่แดง และเครื่องในสัตว์

2.3.6 ใช้น้ำมันในการปรุงอาหารไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน และสำหรับผู้ป่วย เบาหวานควรใช้น้ำมันในการปรุงอาหาร 3-4 ช้อนชาต่อวันเท่านั้น

สรุปได้ว่าการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ให้หลากหลายได้สัดส่วน ได้แก่ ข้าวหรือแป้ง วันละ 8-12 ทัพพี ผัก วันละ 4-6 ทัพพี ผลไม้ไม่หวาน วันละ 3-5 ส่วน นมพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว และน้ำตาล น้ำมัน เกลือ ในปริมาณน้อย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลา หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือ โซเดียม มีส่วนผสมของน้ำตาล และมีไขมันสูง รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ใยอาหารให้มากขึ้น ได้แก่ ผัก ผลไม้ ที่ไม่มีรสหวานจัด และปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อควรใกล้เคียงกัน ไม่รับประทานอาหารจุกจิก และงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

### 3. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญ และมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มไขมันชนิดดี HDL ในเลือด และลดระดับไขมันคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี LDL หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่น การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดดีขึ้นชะลอความเสื่อมของหลอดเลือด เมื่อออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะสามารถช่วยทำให้ระบบไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดีมากอย่างหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการออกกำลังกายเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีข้อปฏิบัติ ดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ, 2547)

3.1 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายมีผลต่อกลไกการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย มีความซับซ้อน และขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือดได้ ควบคุมความดันโลหิต และการเพิ่มสมรรถนะของหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานควรปฏิบัติ (เทพ หิมะทองคำ, 2547) ดังนี้

3.1.1 ก่อนเริ่มออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจเช็คร่างกายจากแพทย์ก่อน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากการออกกำลังกายจะทำให้เกิดกรดคั่งในกระแสเลือดได้ง่าย ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานหรือมีโรคแทรกซ้อน และผู้ป่วยสูงอายุ ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและทดสอบการทำงานของหัวใจก่อนออกกำลังกาย

3.1.2 เลือกการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลานานเพียงพอที่ร่างกายใช้พลังงานจากออกซิเจนที่หายใจเข้าไป เพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจและปอด และเกิดขบวนการสร้างพลังงานให้ร่างกาย ได้แก่ เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ จักรยาน เต้นแอโรบิก โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และควรทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

3.1.3 การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ คือ กิจกรรมที่ร่างกายได้ออกแรง จนเหนื่อยขึ้นกว่าปกติ ได้แก่ ทำงานบ้าน การเดินทางด้วยการเดินเท้า จักรยาน การขึ้นบันได และการใช้แรงในการทำงาน

3.1.4 ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารแล้ว 1-2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ค่อนข้างสูง และไม่ควรออกกำลังกายตอนท้องว่าง หลังตื่นนอนใหม่ ๆ หรือหลังฉีดอินซูลิน เพราะจะทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้

3.2 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านภายในหลอดเลือด หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่น ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้การหดตัวของหลอดเลือดแดงลดลง ระดับ



ความดันโลหิตลดลง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น (พิจารณ์ พิมพ์ชนวิทย์, 2552) ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ หลักในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีข้อปฏิบัติดังนี้

3.2.1 ก่อนเริ่มการออกกำลังกายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ก่อน เพื่อให้ทราบความพร้อมในการออกกำลังกาย ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/ 110 มิลลิเมตรปรอทได้ หรือผู้ที่มีความดันโลหิตระดับรุนแรง ควรงดการออกกำลังกายจนกว่าจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3.2.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ อย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ จักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือออกแรงต้านวัตถุ เพราะจะทำให้มีแรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น

3.2.3 การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ คือ กิจกรรมที่ร่างกายได้ออกแรงจนเหนื่อยขึ้นกว่าปกติ ได้แก่ ทำงานบ้าน การเดินทางด้วยการเดินเท้า จักรยาน การขึ้นบันได และการใช้แรงในการทำงาน

ขั้นตอนการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยการบริหารร่วมกับการยืดข้อและกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ อย่างเป็นระเบียบจากส่วนบนไปหาส่วนล่าง และจากส่วนต้นไปหาส่วนปลายของร่างกาย โดยการอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5-10 นาที เริ่มต้นด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายช้า ๆ เช่น การบริหารคอ ไหล่ ลำตัว สะโพก แขน ขา ข้อเท้า และเท้า โดยอาจไล่จากส่วนบนลงล่างหรือจากส่วนล่างขึ้นบน เพื่อปรับสภาพร่างกายให้เตรียมพร้อมในเบื้องต้นก่อน จากนั้นจึงค่อยเพิ่มระดับการเคลื่อนไหว เช่น การเดินเร็วพร้อมกับหมุนแขนเป็นวงกลม หรือวิ่งเหยาะ ๆ เพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกาย 1-2 องศาเซลเซียส หรือให้มีเหงื่อซึม

2. การเหยียดและยืดกล้ามเนื้อ (Stretching exercise) เป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้อ และช่วยลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและข้อต่อขณะออกกำลังกายเต็มที่ โดยเหยียดยืดกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายค้างไว้ประมาณ 10-30 วินาที เพื่อให้กล้ามเนื้อค่อย ๆ เหยียดยาวขึ้นอย่างช้า ๆ จนรู้สึกตึง ปฏิบัติซ้ำอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ในการเหยียดยืดกล้ามเนื้อในแต่ละท่า โดยเหยียดยืดกล้ามเนื้อแขน ไหล่ หน้าอก ลำตัว น่อง ต้นขา หลัง สะโพก ทีละส่วนอย่างเป็นระบบ

3. การออกกำลังกายต่อเนื่อง (Exercise) เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก หรือการมีกิจกรรมที่ร่างกายได้ออกแรงจนเหนื่อยขึ้นกว่าปกติ ได้แก่ ทำงานบ้าน การเดินทางด้วยการเดินเท้า เดินเท้าอย่างน้อยวันละ 2.5-3.5 กิโลเมตร หรือเดินนาน

30 นาที รวมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยจะทำครั้งเดียวหรือแบ่งทำ 2-3 ครั้งในหนึ่งวันก็ได้ การปั่นจักรยาน การขึ้นบันได และการใช้แรงในการทำงาน โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

4. การผ่อนร่างกายให้เย็นลง (Cool down) เป็นการลดสภาวะร่างกายก่อนจะหยุดกิจกรรม เพื่อให้หัวใจค่อย ๆ เต้นช้าลงในขณะเดียวกันก็จะช่วยให้โลหิตที่คั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อแขนขาในขณะออกกำลังกายอย่างจริงจังนั้น กลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนเพื่อแจกจ่ายไปตามอวัยวะสำคัญได้อย่างเพียงพอ โดยลดความหนักในการออกกำลังกายลง เช่น วิ่งเหยาะ ๆ เดินเบา ๆ บนลู่วิ่ง ว่ายน้ำช้า ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ซึ่งต้องแน่ใจว่าระดับความหนักที่ใช้ในการออกกำลังกายนั้นเบากว่าระดับการออกกำลังกายของวันนั้น ๆ หลังจากนั้นจะตามด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อกลุ่มหลัก ๆ ของร่างกาย

สรุปได้ว่าการออกกำลังกายที่เพียงพอ และเหมาะสม เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญ และมีประโยชน์เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด และลดระดับไขมันในเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่น ชะลอความเสื่อมของหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนเริ่มออกกำลังกายต้องได้รับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินความพร้อมก่อนควรเลือกการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก โดยออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และออกกำลังกายตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ได้แก่ การอุ่นร่างกาย การยืดและยืดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย และการผ่อนร่างกายให้เย็นลง ในช่วงเวลาและระยะเวลาที่เหมาะสม

#### 4. การจัดการความเครียด

ความเครียดทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดหดตัว ต่อมใต้สมอง ไฮโปทาลามัส และต่อมพิทูอิทารี จะส่งสัญญาณระบบประสาทอัตโนมัติให้ผลิต สารอีพิเนฟรินและคอร์ติซอล หรือ "สารความเครียด" เพื่อเพิ่มค่าออกซิเจนในเลือด แต่เมื่อเกิดความเครียดต่อเนื่อง การบีบรัดตัวของหลอดเลือดและความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะทำให้หลอดเลือดเป็นแผลเกิดคราบเลือดเกาะอยู่บนผนังหลอดเลือด เมื่อมีลิ้มเลือดหรือไขมันที่ลอยอยู่ในหลอดเลือดไปติดบริเวณดังกล่าวอาจทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง และเมื่อเกิดการตีบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจึงเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้



การจัดการความเครียดจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ โดยการผ่อนคลายความเครียด การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การหายใจเข้าออกลึก ๆ จะช่วยลดความวิตกกังวล การฝึกควบคุมอารมณ์ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (พิจารณา พิมพ์ชนก ไร่, 2552)

วิธีการบรรเทาความเครียด (Stress reduction or Management) เมื่อรู้สึกเครียดคนเราจะมีวิธีผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน หรือสนใจทำแล้วเพลิดเพลินมีความสุขซึ่งวิธีคลายเครียดโดยทั่วไปมีดังนี้ (พิจารณา พิมพ์ชนก ไร่, 2552)

1. นอนหลับพักผ่อน
2. ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เต้นแอโรบิก รำมวยจีน โยคะ
3. ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ แต่งกลอน
4. ทำงานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่าง ๆ สะสมแสตมป์ สะสมเครื่องประดับ ถ่ายรูป จัดอัลบั้ม ปลูกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง
5. เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ท่องอินเทอร์เน็ต
6. พุดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง
7. ไปเสริมสวย ทำผม ทำเล็บ ไปซื้อของ ท่องเที่ยว

เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) เป็นการฝึกปฏิบัติให้เกิดภาวะผ่อนคลาย (Relaxation) หรือลดการตื่นตัว (Hypoarousal) ของ Psychophysiological state สิ่งที่เป็นเป้าหมายของการผ่อนคลายอาจเป็นความตึงของกล้ามเนื้อ หรือภาวะ Metabolism หรือ Sympathetic arousal วัตถุประสงค์ของการผ่อนคลาย คือ การทำจิตใจให้ห่างจากการคิด วิธีผ่อนคลายมีหลายวิธี ได้แก่

1. ทำสมาธิ (Meditation)
  2. การหายใจด้วยท้อง (Relaxation or Abdominal breathing)
  3. การคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation)
  4. นอนหลับ (Sleep)
  5. การหยุดพักระหว่างการเรียนหรือการทำงานและการใช้เวลาว่าง
  6. คาดหวังในสิ่งที่เป็นจริงได้ (Realistic expectation)
  7. เปลี่ยนวิธีคิดหรือเปลี่ยนมุมมอง (Reflaming)
  8. ระบบความเชื่อ (Belief system)
  9. สร้างอารมณ์ขัน (Humor)
  10. เลือกวิธีลดความเครียดที่ให้ผลดีต่อสุขภาพ (Good health-good choiceness)
5. การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าบุคคลปกติ จำเป็นต้องได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 การรับการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อการควบคุมโรคเบาหวานโดยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 2 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่ ชนิดรับประทาน และชนิดฉีด (เทพ หิมะทองคำ, 2547)

5.1.1 ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน เป็นยาที่ใช้รักษาเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

5.1.1.1 ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) ได้แก่ ยาไกลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) ยาไกลพิไซด์ (Glipizide) ยาไกลคลาไซด์ (Gliclazide) ยาไกลเมพิไรด์ (Glimepiride) ยาคลอร์โพรพามาไมด์ (Chlorpropamide) เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน นิยมใช้เป็นยาตัวแรกในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน

5.1.1.2 ยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanides) ได้แก่ ยามทฟอร์มิน (Metformin) เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างกลูโคสที่ตับและกระตุ้นให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ทำให้เซลล์ของเนื้อเยื่อต่าง ๆ นำกลูโคสไปใช้งานได้มากขึ้น แพทย์มักใช้ยากลุ่มนี้เป็นยาตัวแรกในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง หรือมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน

5.1.1.3 ยากลุ่มเมกลิทินไนด์ (Meglitinides) ได้แก่ ยาริพาไกลไนด์ เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน สามารถใช้แทนยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้

5.1.1.4 ยากลุ่มกลิตาโซน (Glitazone) ได้แก่ ยาโรสิกลิตาโซน (Rosiglitazone) ยาไพโอกลิตาโซน (Pioglitazone) เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อนำกลูโคสไปใช้งานได้ดีขึ้น

5.1.1.5 ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แอลฟาไกลูโคซิเดส (Alpha-glucosidase inhibitors) ได้แก่ ยาอะคาร์โบส (Acarbose) ยาโวกลิโบส (Voglibose) เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ใช้ในการย่อยแป้งให้เป็นน้ำตาล จึงช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดได้ นิยมใช้ยากลุ่มนี้เป็นยาเสริมยารักษาเบาหวานกลุ่มอื่น ๆ ได้ทุกกลุ่ม

5.1.2 ยารักษาเบาหวานชนิดฉีด คือ อินซูลิน เป็นยาใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางกรณี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคตับหรือโรคไต ผู้ป่วยเบาหวานที่แพ้ยา

รักษาเบาหวานชนิดรับประทาน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ประเภทของอินซูลินนั้นสามารถแบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ออกได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

5.1.2.1 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็ว (Rapid acting insulin) โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 10-15 นาทีหลังฉีดเข้าใต้ผิวหนัง และคงฤทธิ์อยู่ได้นาน 3-5 ชั่วโมง จึงเหมาะสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลที่สูงหลังรับประทานอาหาร (ควรฉีดทันทีก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร)

5.1.2.2 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ในช่วงปกติ (Regular insulin) จัดเป็นกลุ่มอินซูลินออกฤทธิ์สั้น โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 30 นาทีหลังฉีดเข้าใต้ผิวหนัง และคงฤทธิ์อยู่ได้นาน 5-8 ชั่วโมง (ควรฉีดก่อนอาหารประมาณ 30 นาที)

5.1.2.3 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate-acting insulin) โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 1-2½ ชั่วโมงหลังฉีดเข้าใต้ผิวหนัง และคงฤทธิ์อยู่ได้นาน 18-24 ชั่วโมง (อาจฉีดก่อนอาหารพร้อมอินซูลินชนิดปกติ หรือฉีดในช่วงเวลาอื่นก็ได้ แต่มีข้อควรระวังคือ ระยะเวลาที่ออกฤทธิ์สูงสุดคือประมาณ 6-12 ชั่วโมงหลังฉีดยา ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้)

5.1.2.4 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long-acting insulin) โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 2-5 ชั่วโมงหลังฉีดเข้าใต้ผิวหนัง และคงฤทธิ์อยู่ได้นาน 20-24 ชั่วโมง จึงใช้ฉีดเพียงวันละ 1 ครั้ง (ควรฉีดให้ตรงเวลาเดียวกันทุกวัน)

5.1.2.5 อินซูลินชนิดผสม เป็นการนำอินซูลินที่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันมาผสมในขวดเดียวกัน ทำให้ยาเริ่มออกฤทธิ์ได้เร็วภายใน 10-30 นาที และคงฤทธิ์อยู่ได้นาน 24 ชั่วโมง จึงช่วยลดจำนวนครั้งของการฉีดลง (การฉีดยาในกลุ่มนี้ผู้ป่วยจะต้องระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำช่วง 6-8 ชั่วโมงหลังฉีดยา)

การติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำเพื่อดูว่ามีค่าสูงหรือต่ำเกินไปหรือไม่ เพราะจะมีประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนการใช้ยาและพฤติกรรมของผู้ป่วย (เทพ หิมะทองคำ, 2547)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งต้องใช้อินซูลิน ต้องตรวจระดับระดับน้ำตาลในเลือดวันละ 2-4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน (อาจต้องตรวจบ่อยขึ้นในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนอาหาร ออกกำลังกาย หรือเจ็บป่วยร่วมด้วย) ถ้าสามารถควบคุมน้ำตาลได้อย่างสม่ำเสมอแล้ว อาจตรวจน้ำตาลในเลือดเพียงสัปดาห์ละ 1 วัน (4-5 ครั้งในวันนั้น) หรือตรวจวันละครั้งก่อนอาหารหรือก่อนนอน (แต่ละวันต้องเปลี่ยนเวลาตรวจให้แตกต่างกันไป)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้ารักษาโดยการควบคุมอาหารอย่างเดียวหรือร่วมกับยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสัปดาห์ละ 1-2 วัน วันละ 2 ครั้ง

(ก่อนอาหารเช้า 1 ครั้ง และหลังอาหาร 2 ชั่วโมงหรือก่อนนอน) แต่ถ้าใช้ยาฉีดอินซูลินให้ตรวจ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 4 ครั้ง หรือตรวจวันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารหรือก่อนนอน แต่每天的ให้เปลี่ยน เวลาตรวจให้แตกต่างกันไป

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกชนิด ผู้ป่วยควรตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจหาระดับน้ำตาลที่เกาะกับเม็ดเลือดแดง สามารถบอกค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมาได้ โดยในรายที่ยังควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีให้ตรวจทุก 3 เดือน ส่วนในราย ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีแล้วให้ตรวจทุก 6 เดือน

5.2 การรับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรักษาจะมีตั้งแต่การให้ ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งมีหลากหลายชนิดและมีทั้ง ชนิดกินและชนิดฉีดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น การกินยาคลายเครียดและการให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น รักษาโรคเบาหวาน การรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุ เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง และรวมถึงการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เป็นได้ทั้งสาเหตุ และภาวะแทรกซ้อน เป้าหมายของการลดความดันโลหิต คือ ควรลดความดันซิสโตลิก < 130 และความดันไดแอสโตลิก < 80 มิลลิเมตรปรอท

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา นอกเหนือจากการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย แพทย์อาจใช้ยารักษาควบคู่ไปด้วย เพื่อช่วยลดระดับความดันโลหิตให้ลดลง ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลักการทำงานและออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน อาจเป็น การไปหยุดหรือลดกระบวนการทำงานของร่างกายในบางส่วน โดยจะใช้รักษาตามสาเหตุที่ทำให้ เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่ส่งผลต่อการทำงานของไต โดยจะช่วย ขับโซเดียมส่วนเกินและน้ำออกจากร่างกาย รวมไปถึงลดความดันโลหิตลง ซึ่งยานี้นี้มักจะใช้ ร่วมกับยาความดันโลหิตสูงประเภทอื่น ๆ หรืออาจเป็นยาชนิดรวมในหนึ่งเม็ด เช่น ยาไฮอาไซด์ (Thiazide Diuretics) ยาไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) ยาคลอร์ทาลิโดน (Chlorthalidone)

2. ยาในกลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (Beta blockers) เป็นยาปิดกั้นการทำงานของเบต้า รีเซปเตอร์ที่ทำให้หัวใจเต้นช้าและมีแรงต้านน้อยลง ส่งผลให้หัวใจบีบตัวในการส่งเลือดน้อยลง จึงช่วยในการลดความดันโลหิตลงได้ เช่น ยาอะซิบูโตนอล (Acebutolol) และยาอะทีโนลอล (Atenolol)



3. ยาในกลุ่มเอนซีอีอินฮิบิเตอร์ (Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors [ACE Inhibitors]) เป็นยาที่ช่วยยับยั้งการทำงานของเอนจีโอเทนซิน 2 (Angiotensin II) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบตันและเพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้น เมื่อฮอร์โมนชนิดนี้ถูกยับยั้ง หลอดเลือดจึงไม่เกิดการตีบตันและหัวใจไม่ต้องทำงานหนักด้วยการเพิ่มแรงดันภายในหลอดเลือด เช่น ยาลิซิโนพริล (Lisinopril) บีนาซีพริล (benazepril) ยาแคปโตพริล (Captopril)

4. ยาในกลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ (Calcium channel blockers) เป็นยาที่ช่วยหลอดเลือดคลายตัว เช่น ยาแอมโลดิปีน (Amlodipine) และยาดีลไทอะเซม (Diltiazem)

5. ยาในกลุ่มแอลฟา-บล็อกเกอร์ (Alpha-blockers) ช่วยให้อกกล้ามเนื้อคลายตัวและขยายหลอดเลือดเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้อย่างสะดวก เช่น ด็อกซาโซซิน (Doxazosin) และยาพราโซซิน (Prazosin)

6. ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Centrally acting agents) เพื่อช่วยระงับสารสื่อประสาทที่ทำให้หลอดเลือดตีบตัน ซึ่งจะลดความดันโลหิตลง เช่น ยาโคลนิดีน (Clonidine) และเมทิลโดปา (Methyldopa)

7. ยาในกลุ่มวาโซไดเลเตอร์ (Vasodilators) ออกฤทธิ์โดยตรงกับกล้ามเนื้อในผนังหลอดเลือดและช่วยป้องกันการหดตัวของหลอดเลือดให้แคบลง เช่น ยาไฮดราลาซีน (Hydralazine) และยาไมนออกซิดิล (Minoxidil)

การให้ยารักษาความดันโลหิตสูงนั้น แพทย์จะเริ่มจากการให้ทีละน้อยก่อน แล้วจึงจะค่อย ๆ เพิ่มขนาดขึ้นไปเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพื่อระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด เพราะจะทำให้ความดันโลหิตตกมากเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเป็นลมเวลาลุกได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ด้วยการใช้ยาลดความดันเพียง 1-2 ชนิด มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องใช้ยาลดความดันมากกว่า 2 ชนิด

การติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงแรกของการรักษา แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจเดือนละ 1 ครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วยมีความดันสูงมากจะนัดมาตรวจทุก 1-2 สัปดาห์ เมื่อควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแล้ว แพทย์จะนัดมาตรวจทุก 3-6 เดือน และตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก 6-12 เดือน ซึ่งในการติดตามผู้ป่วยนั้น โดยทั่วไปแพทย์จะเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและปรับยาที่ใช้ให้เหมาะสม รวมถึงซักถามอาการและตรวจดูภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค ลดการบริโภคอาหารรสหวานจัด เค็มจัด มันจัด เพิ่มการออกกำลังกายให้เพียงพอเหมาะสมกับโรค การจัดการความเครียด



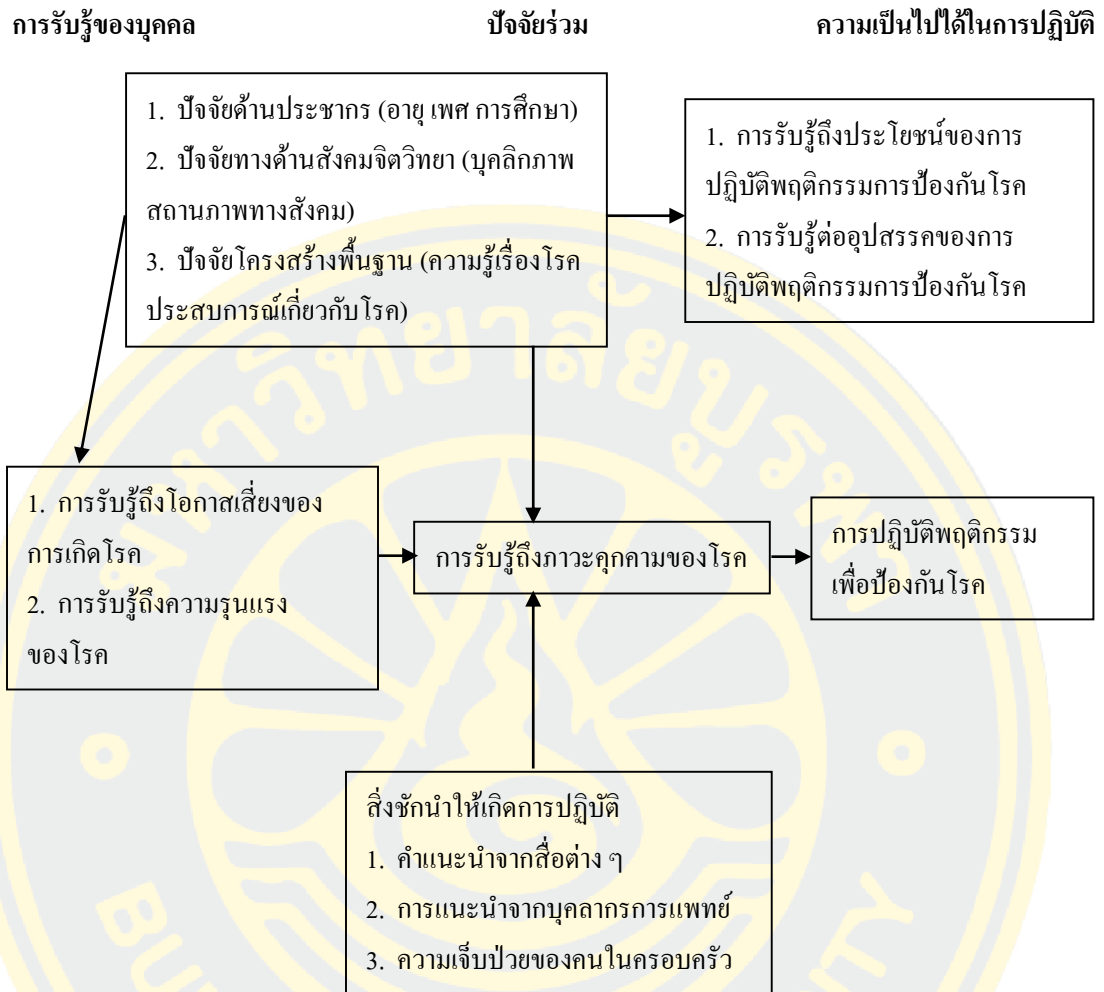
และการรับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมโรค เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งสามารถนำมาอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้

#### ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ได้พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะสนใจและนำพาตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก และในทางกลับกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ จากสมมติฐานดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคตรงเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งต่อมา Rosenstock ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived barriers) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค แต่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคจะทำให้เกิดความขัดแย้ง ลังเลในการการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974 อ้างถึงใน สุปรียา ตันสกุล, 2550) ต่อมา Rosenstock, I. M (1994) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วม (Modifying factors) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Becker, 1974 อ้างถึงใน สุปรียา ตันสกุล, 2550) ตามภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974 อ้างถึงใน สุปรียา ต้นสกุล, 2550)

### 1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าตนเองมีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนปัจจัยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคว่ามีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ กานต์ธิดา กำแพงแก้ว (2558) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 85 ราย พบว่า การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ Al Shafae et al. (2006) พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลมีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ (Goodman, T. G, 2012) พบว่า การรับรู้ และความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ ทิพวรรณ ประสานสอน (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนียบพลัน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมีความสามารถในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 367 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนร่วมในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตรงข้ามกับการศึกษาของ สมใจ จางวาง (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

## 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการประเมินความรุนแรงของโรคต่อตนเอง ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินผลกระทบที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้รับจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ ประสานสอน (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนียบพลัน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองเนียบพลัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ

(2558) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เกี่ยวข้องต่อเบาหวาน เก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องต่อเบาหวานถูกเลือกแบบเจาะจง จำนวน 108 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน การศึกษาของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้

### 3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits)

การ

รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่า การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้น เป็นการกระทำที่มีประโยชน์จริง สามารถทำให้ไม่เป็นโรค ดังนั้นการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงผลดีและผลเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับรู้ว่าการป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์จริงสามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้เกณฑ์การคัดกรองต่อภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิก จำนวน 130 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ อรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เกี่ยวข้องต่อเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน การศึกษาของ Shiryazdi, S. M., Kholasehzadeh, G., Neamatzadeh, H., Kargar, S (2014) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีผลต่อพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของพนักงานสาธารณสุขหญิงชาวอิหร่าน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี (2557) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และการศึกษา



ของ ขวัญใจ ผลศิริปฐม (2554) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลวังตะกอก อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพรพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูง

#### 4. การรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อว่าพฤติกรรม การป้องกันโรคทำให้เกิดปัญหา อุปสรรค ความลำบาก ทำให้เกิดความลังเลในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้เกณฑ์การคัดกรองต่อ ภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิก จำนวน 130 ราย พบว่า ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสามารถ ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 367 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ Petrovici, D. A., Ritson, C (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อการป้องกัน โรค พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค การศึกษาของ วรณรดา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี (2557) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการศึกษาของ ขวัญใจ ผลศิริปฐม (2554) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลวังตะกอก อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง

#### 5. ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)

ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิด พฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมี



ความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายใน หรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ การได้รับข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่สนับสนุนว่า ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 130 ราย พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคร่วม ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 367 ราย พบว่า ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Ross, L (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของชาวแอฟริกาที่อาศัยอยู่ในอเมริกา จำนวน 24 ราย พบว่า การได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยลดอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และการศึกษาของ (พัชรินทร์ ท้วมผิวทอง, 2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

## 6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

6.1 ดัชนีมวลกาย เป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและส่วนสูง เป็นตัวชี้วัด สภาวะของร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ในการศึกษารุ่นนี้ หมายถึง ระดับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) สูตรการคำนวณหาค่า BMI คือ น้ำหนัก (กิโลกรัม) หาร ส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง World Stroke Organization [WSO] (2016)

ได้กำหนดให้การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตามมาได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาย จิโรจน์กุล และคณะ (2556) พบว่า คัชนิมวลกาย อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.2 การมีโรคร่วม คือ โรคหรืออาการที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคหรืออาการที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง จำนวนโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น การมีโรคร่วมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะดังกล่าวจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง และเกิดการอุดตัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะสั้นปลิวทำให้เกิดการกั่งของเลือด เกิดลิ่มเลือดขึ้นภายในห้องหัวใจและหลอดเลือด เมื่อลิ่มเลือดหลุดลอยออกไปอุดตันในตำแหน่งของหลอดเลือดสมองจึงนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกายที่ผู้ป่วยรับรู้ ตลอดจนมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยารัตน์ อู๋สกุล (2555) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ประเทศไทย พบว่า ประสพการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ (Marx, J. J. et al., 2009) พบว่า การมีโรคร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามมา

6.3 ระยะเวลาที่เป็นโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะมีประสพการณ์การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ในระดับหนึ่ง ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เชื่อว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อ

การรับรู้ปัญหาสุขภาพของบุคคลโดยผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานจะทำให้บุคคลเรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี ทำให้มีพฤติกรรมในทางที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาที่เป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาเป็นปีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ อุมากร ใจยังยืน (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถ ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด

สรุปได้ว่าแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อว่า บุคคลจะแสวงหา แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคร้ายเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่ มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษานี้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดความผิดปกติ ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกาย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง มีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด มันจัด การขาด การออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูง เนื่องจากโรคเรื้อรัง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย หลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น ทำให้ เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงควรมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดย การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมโรค ลดการบริโภครสหวานจัด เค็มจัด มันจัด เพิ่มการออกกำลังกายให้เพียงพอเหมาะสมกับโรค การจัดการความเครียด และการรับ การรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์

การป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมกำกวมการป้องกันโรค ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากครอบครัว ชุมชน สื่อต่าง ๆ และบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ คำนึงมวลกาย การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรคมาศึกษาอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำกวมการป้องกันโรคตลอดเลื้อคสมองในผู้เป็นโรครีอรัง จัังหวัดชลบุรี



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จากทั้งหมด 11 อำเภอ 118 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินการจากปี พ.ศ. 2560 จำนวน 42,102 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 227 คน โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K (1990) ดังนี้

สูตร

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(\sigma^2)}{d^2}$$

เมื่อ

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{1-\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานของการกระจายปกติที่ระดับ  $\alpha = .05$  เท่ากับ 1.96

$\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวนของประชากร

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.12}{0.05^2}$$

$$n = 188.24$$



ดังนั้น การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ใช้ค่าความแปรปรวนคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับ บริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ทิพวรรณ ประสานสอน, 2556) เท่ากับ 0.12 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 189 คน จากรายงานการวิจัย ส่วนใหญ่จะได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนมาประมาณร้อยละ 80 (Lemeshow et al., 1990) ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหาย และแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 227 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ ปกติ สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุ เรียนระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่า 17 คะแนน และผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่า ประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน
4. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

#### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ตามลำดับดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) จากจังหวัดชลบุรี เพื่อสุ่ม อำเภอจำนวน 3 อำเภอ หรือประมาณร้อยละ 30 จากอำเภอทั้งหมด (Neuman, W. L., 1991) โดย วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ผลการสุ่มได้อำเภอเมือง อำเภอศรีราชา และอำเภอบางละมุง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) จากอำเภอเมือง อำเภอศรีราชา และอำเภอบางละมุง เพื่อสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากทั้งหมด 41 แห่ง โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน อำเภอละ 2 แห่ง ได้ทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่

อำเภอเมือง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง สุ่มได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน

อำเภอศรีราชา มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 แห่ง สุ่มได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองค้อ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกุ่ม

อำเภอบางละมุงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 แห่ง สุ่มได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโรงโม่ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสมอ

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สุ่มไว้ทั้งหมด 6 แห่ง ดังตารางที่ 2

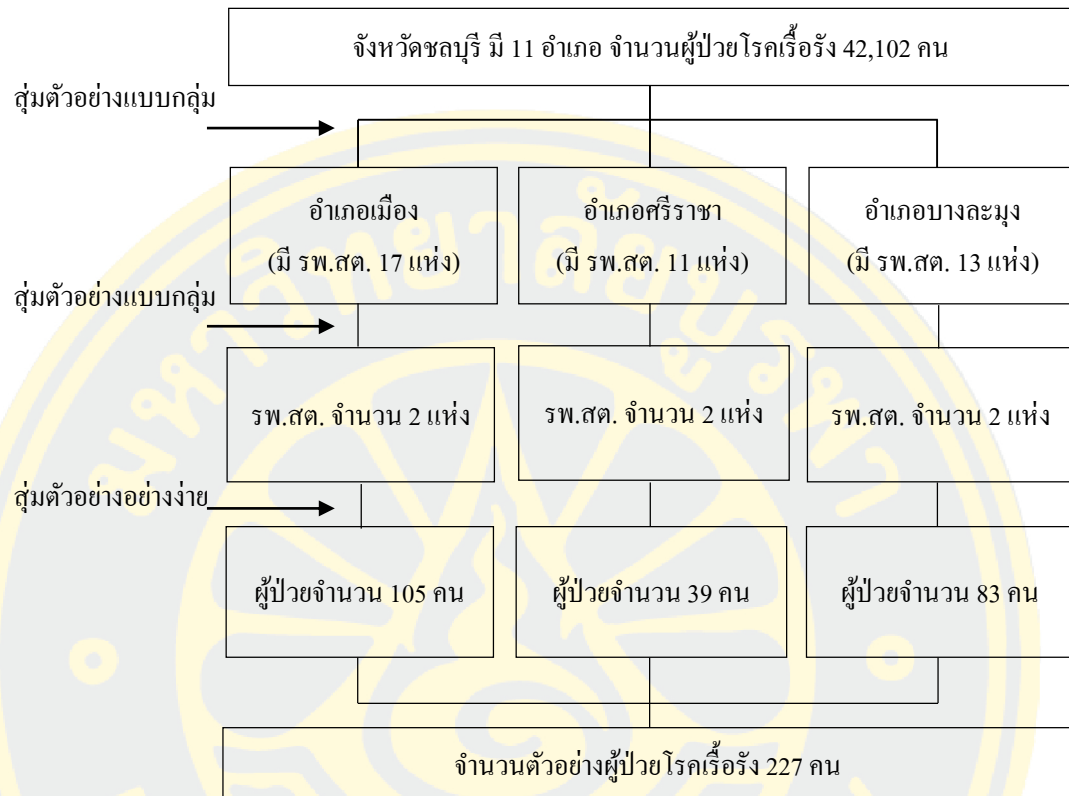
ตารางที่ 2 การคำนวณหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข	494	38
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน	886	67
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองค้อ	155	12
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกุ่ม	354	27
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโรงโป๊ะ	276	21
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสมอ	820	62
รวม	2,985	227

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ติดประกาศประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นผู้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับทราบ
2. ผู้วิจัยประกาศรับอาสาสมัครผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย
3. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย
4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ละ 1-3 แห่ง ในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
5. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกำหนดช่วงเวลา ตั้งแต่เวลา 8.00-12.00 น. เพื่อการควบคุมคุณภาพของข้อมูล โดยเก็บข้อมูลวันละ 15 ราย หากครบจำนวนที่กำหนดไว้แต่ละวันแล้ว จะยุติการเก็บข้อมูลในวันนั้น ๆ เก็บข้อมูลจนครบจำนวนตามสัดส่วนที่คำนวณได้ในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### สรุปขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, 1974) แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง (ดัชนีมวลกาย) การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด-ปิด จำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2** การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่

2.1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่ออาการที่ผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ผลต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม เกิดความพิการ เสียชีวิต ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ระยะเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เป็นภาระของครอบครัว ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 10 ข้อ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การออกกำลังกายช่วยควบคุมน้ำหนักตัว เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค กล้ามเนื้อแข็งแรง รู้สึกสดชื่น ลดความตึงเครียด การไม่สูบบุหรี่ช่วยลดความรุนแรงและโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ

2.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความยุ่งยาก ยากลำบาก ทำให้รู้สึกขาดความสุข จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะการวัดแบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นแบบมาตราประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยที่คำนวณจากผลรวมคะแนนของแบบสอบถามแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อ ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00 และแปลผลตามเกณฑ์การแปลผลเพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูล (สมชาย วรภิเษกสมกุล, 2553) ดังนี้

4.51 ถึง 5.00 คะแนน	หมายถึง รับรู้มากที่สุด
3.51 ถึง 4.50 คะแนน	หมายถึง รับรู้มาก
2.51 ถึง 3.50 คะแนน	หมายถึง รับรู้ปานกลาง
1.51 ถึง 2.50 คะแนน	หมายถึง รับรู้น้อย
1.00 ถึง 1.50 คะแนน	หมายถึง รับรู้น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ครอบคลุมเนื้อหาคำถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากครอบครัว ชุมชน สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ สื่อโทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ และบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะการวัดแบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นแบบมาตราประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เป็นประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) น้อยครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้รับเลย (1 คะแนน)

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยที่คำนวณจากผลรวมคะแนนของแบบสอบถามแต่ละส่วนหารด้วยจำนวนข้อ ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00 และแปลผลตามเกณฑ์การแปลผลเพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูล (สมชาย วรภิเษยมสกุล, 2553) ดังนี้

4.51 ถึง 5.00 คะแนน	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ
3.51 ถึง 4.50 คะแนน	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยครั้ง
2.51 ถึง 3.50 คะแนน	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสารบางครั้ง
1.51 ถึง 2.50 คะแนน	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยครั้ง
1.00 ถึง 1.50 คะแนน	หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเลย

**ส่วนที่ 4** พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค การออกกำลังกายเฉพาะโรค การจัดการความเครียด และการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ

ลักษณะการวัดแบบสอบถามส่วนที่ 4 เป็นแบบมาตราประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ	
ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน)	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (ร้อยละ 81-100)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน)	หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (ร้อยละ 61-80)
ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน)	หมายถึง ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง (ร้อยละ 41-60)
ปฏิบัติน้อยครั้ง (2 คะแนน)	หมายถึง ไม่ค่อยปฏิบัติ (ร้อยละ 21-40)
ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)	หมายถึง ปฏิบัติน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย (ร้อยละ 0-20)

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยที่คำนวณจากผลรวมคะแนนของแบบสอบถามแต่ละส่วนหารด้วยจำนวนข้อ ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00 และแปลผลตามเกณฑ์การแปลผลเพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูล (สมชาย วรภิเษยมสกุล, 2553) ดังนี้

4.51 ถึง 5.00 คะแนน	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
3.51 ถึง 4.50 คะแนน	หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
2.51 ถึง 3.50 คะแนน	หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
1.51 ถึง 2.50 คะแนน	หมายถึง ปฏิบัติน้อยครั้ง
1.00 ถึง 1.50 คะแนน	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ



## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์สาขาอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 1 ท่าน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา และเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกัน ในระดับ 3 และ 4 หาค่าด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ค่า CVI ที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ของแบบสอบถามดังนี้

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า CVI เท่ากับ	.88
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า CVI เท่ากับ	.90
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า CVI เท่ากับ	.80
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า CVI เท่ากับ	1
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ค่า CVI เท่ากับ	.83
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า CVI เท่ากับ	.85

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดล่าง บางพระ จำนวน 20 ราย และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาพร้าว จำนวน 10 ราย ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบเดียวกับที่ใช้เก็บข้อมูลจริง เพื่อทดสอบความเข้าใจของภาษาของแบบสอบถาม ความชัดเจนของข้อคำถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า $\alpha$ เท่ากับ	.87
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า $\alpha$ เท่ากับ	.92
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า $\alpha$ เท่ากับ	.95

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า $\alpha$ เท่ากับ	.92
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ค่า $\alpha$ เท่ากับ	.89
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ค่า $\alpha$ เท่ากับ	.90

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยรหัส 02-08-2561
2. เมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมรายละเอียดการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการวิจัย นำเอกสารประชาสัมพันธ์ไปติดประกาศที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประสานงานให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นผู้ประชาสัมพันธ์รับอาสาสมัครผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ
4. ขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ และสามารถขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเก็บไว้เป็นหลักฐาน
5. ผลของการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อไป โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ซึ่งมีผู้วิจัยเข้าถึงเพียงผู้เดียว การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอแบบภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว 1 ปี

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นเรื่องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูล การรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนร่วมฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสามารถทำได้ถูกต้อง
4. คิดประกาศประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นผู้ประชาสัมพันธ์รับอาสาสมัครผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย
5. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย
6. สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ผู้วิจัยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่า 17 คะแนน และผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน ผลการคัดกรองพบว่า ไม่มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่มีภาวะสมองเสื่อม
7. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับ สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม ขอความร่วมมือลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
8. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเข้าเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สัปดาห์ละ 1-3 แห่ง ในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำในช่วงเช้า เวลา 8.00-12.00 น. ขณะมารอรับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาทางสายตา หรือการอ่านเขียนหนังสือ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังและตอบแบบสอบถาม โดยเฉลี่ยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที

9. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ได้นำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก ส่งคืนผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติเป็นขั้นตอนต่อไป

10. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามได้ทั้งหมด จำนวน 227 ชุด ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ หลังจากนั้นได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพบว่ามีข้อมูลบางตัวแปรมีการกระจายมากผิดปกติ ผู้วิจัยจึงตัดแบบสอบถามออกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล 19 ชุด และดำเนินการแก้ไขโดยการแปลงข้อมูล (Transformation) ด้วยวิธีการยกกำลังสอง จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) และคงเหลือแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ในงานวิจัย จำนวน 208 ชุด

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากครอบครัว สื่อ ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของตัวแปรที่จะวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย

2.1 ทดสอบ Normal distribution ข้อมูลบางตัวแปรมีการกระจายมากผิดปกติ ผู้วิจัยจึงตัดแบบสอบถามออกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล 19 ชุด และดำเนินการแก้ไขโดยการแปลงข้อมูล (Transformation) ด้วยวิธีการยกกำลังสองของตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นทำการทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรทุกตัวแปร ผลการทดสอบพบตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบปกติ

2.2 ทดสอบข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน ไม่เกิด Autocorrelation โดยหาค่าสถิติ Durbin-watson ซึ่งค่าปกติอยู่ในช่วง 1.5-2.5 ผลจากการทดสอบในการวิจัยนี้ มีค่าเท่ากับ 2.01

2.3 ทดสอบตัวแปรอิสระไม่มี Multicollinearity โดยใช้ค่าสถิติ Tolerance และ VIF ค่า Tolerance ค่าปกติไม่ต่ำกว่า 0.20 จากผลการวิเคราะห์มีค่าเท่ากับ 0.99 และค่า VIF ค่าปกติ



ไม่เกิน 4 จากผลการวิเคราะห์หามีค่าเท่ากับ 1.01 และทำการทดสอบโดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าปกติไม่เกิน .85 จากผลการวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ไม่พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเกิน .85 ดังนั้นตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มี Multicollinearity

2.4 ทดสอบ Homoscedasticity และ Linearity โดยการนำ Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม จากการทดสอบในการวิจัยนี้ Scatter plot มีลักษณะเป็น Homoscedasticity และ Linearity

2.5 ทดสอบ Normality ของ Error จากสถิติ Kolmogorov-smirnov โดยใช้ค่า Standardized residual ค่า  $p$ -value ต้องมากกว่า .05 จากผลการวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ ค่า  $p$ -value เท่ากับ .20 มากกว่า .05 แสดงว่า Error มีการกระจายแบบปกติ

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ทุกข้อ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากครอบครัว สื่อ ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 208 คน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 นำเสนอผลการวิจัยในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยพื้นฐาน

ส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 208 คน ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 60-69 ปี ร้อยละ 39.42 รองลงมา อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 29.81 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.25 ปี อายุต่ำสุด 36 ปี และอายุสูงสุด 79 ปี ( $M = 62.25, SD = 9.13, Max = 79, Min = 36$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.52 ดัชนีมวลกาย ช่วงเกณฑ์ที่พบมากที่สุด คือ อ้วน ( $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ ) ร้อยละ 35.58 รองลงมา คือ ท้วม ( $23-24.9 \text{ kg/m}^2$ ) ร้อยละ 22.60 การมีโรคร่วม พบกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด มีโรคร่วม 2 โรค คิดเป็น ร้อยละ 36.06 รองลงมา คือ มีโรคร่วม 1 โรค

คิดเป็นร้อยละ 31.73 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรค อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 42.31 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 36.54 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูล พื้นฐานส่วนบุคคล ( $N = 208$ )

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
$\leq 49$ ปี	17	8.17
50-59 ปี	62	29.81
60-69 ปี	82	39.42
70-79 ปี	47	22.60
<i>M</i> = 62.25, <i>SD</i> = 9.13, Max = 79, Min = 36		
2. เพศ		
ชาย	53	25.48
หญิง	155	74.52
3. ดัชนีมวลกาย		
ผอม ( $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ )	3	1.44
สมส่วน ( $18.5\text{-}22.9 \text{ kg/m}^2$ )	43	20.67
ท้วม ( $23\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ )	47	22.60
อ้วน ( $25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$ )	74	35.58
อ้วนอันตราย ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ )	41	19.71
4. การมีโรคร่วม		
1 โรค	66	31.73
2 โรค	75	36.06
3 โรค	49	23.56
4 โรค	16	7.69
5 โรค	2	0.96
5. ระยะเวลาที่เป็นโรค		
1-5 ปี	88	42.31

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6-10 ปี	76	36.54
11-15 ปี	21	10.09
> 15 ปี	23	11.06
$M = 7.98, SD = 5.34, \text{Max} = 23, \text{Min} = 1$		

## ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง

### 1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.59, SD = 0.49$ ), ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00

เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับมากที่สุด คือ หากมีระดับไขมันในเลือดสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 4.73, SD = 0.58$ ) รองลงมา คือ หากเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 4.72, SD = 0.49$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมากที่สุด คือ หากมีภาวะอ้วนลงพุง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 4.46, SD = 0.56$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และโดยรวม ( $N = 208$ )

ข้อความ	$M$	$SD$	ระดับการรับรู้
1. หากมีระดับไขมันในเลือดสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.73	0.58	มากที่สุด
2. หากเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.72	0.49	มากที่สุด

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
3. หากสูบบุหรี่ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.63	0.80	มากที่สุด
4. หากดื่มสุราเป็นประจำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.63	0.76	มากที่สุด
5. การรับประทานอาหารหวานจัด มันจัดเป็นประจำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.55	0.77	มากที่สุด
6. หากมีความเครียดสะสม จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.54	0.80	มากที่สุด
7. การรับประทานอาหารเค็มจัดเป็นประจำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.50	0.83	มาก
8. หากมีภาวะอ้วนลงพุง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.46	0.56	มาก
<b>การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคโดยรวม</b>	<b>4.59</b>	<b>0.49</b>	<b>มากที่สุด</b>

## 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.81, SD = 0.32$ ), ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เป็นภาระของครอบครัว ( $M = 4.91, SD = 0.31$ ) รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เกิดความพิการได้ ( $M = 4.90, SD = 0.34$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้แยกตัวออกจากสังคม พบปะผู้อื่นน้อยลง ( $M = 4.64, SD = 0.69$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และโดยรวม ( $N = 208$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
1. ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เป็นภาระของครอบครัว	4.91	0.31	มากที่สุด
2. โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เกิดความพิการได้	4.90	0.34	มากที่สุด
3. โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เสียชีวิตได้	4.89	0.37	มากที่สุด
4. ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง	4.87	0.38	มากที่สุด
5. ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน	4.87	0.37	มากที่สุด
6. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้	4.83	0.48	มากที่สุด
7. ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้คนในครอบครัวเกิดความเครียด และวิตกกังวล	4.79	0.50	มากที่สุด
8. ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง	4.74	0.55	มากที่สุด
9. ถ้ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้สูญเสียภาพลักษณ์	4.72	0.61	มากที่สุด
10. ถ้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้แยกตัวออกจากสังคม พบปะผู้อื่นน้อยลง	4.64	0.69	มากที่สุด
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวม</b>	<b>4.81</b>	<b>0.32</b>	<b>มากที่สุด</b>

### 3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.77, SD = 0.41$ ), ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00



เมื่อพิจารณาการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ถ้าไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับการรักษอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 4.82, SD = 0.53$ ) รองลงมา คือ ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง รู้สึกสดชื่น และมีภูมิต้านทานโรค ( $M = 4.81, SD = 0.56$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ถ้ามีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จะทำให้ลดความตึงเครียด ลดโอกาสต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ( $M = 4.69, SD = 0.68$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และโดยรวม ( $N = 208$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
1. ถ้าไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับการรักษอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.82	0.53	มากที่สุด
2. ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง รู้สึกสดชื่น และมีภูมิต้านทานโรค	4.81	0.56	มากที่สุด
3. ถ้าไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้	4.81	0.56	มากที่สุด
4. ถ้าควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน จะช่วยลดระดับไขมันในเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	4.79	0.54	มากที่สุด
5. ถ้าไม่สูบบุหรี่ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้	4.78	0.50	มากที่สุด
6. ถ้าไม่สูบบุหรี่ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	4.77	0.55	มากที่สุด

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
7. ถ้ารับประทานอาหารรสไม่หวานจัด จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	4.77	0.54	มากที่สุด
8. ถ้ารับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ควบคุมโรคได้ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.75	0.59	มากที่สุด
9. ถ้ารับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ จะช่วยลดการเกิดไขมันอุดตันหลอดเลือดได้	4.71	0.66	มากที่สุด
10. ถ้ามีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จะทำให้ลดความตึงเครียด ลดโอกาสต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	4.69	0.68	มากที่สุด
<b>การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโดยรวม</b>	<b>4.77</b>	<b>0.41</b>	<b>มากที่สุด</b>

#### 4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $M = 1.66, SD = 0.63$ ), ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00

เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับน้อย คือ การรับประทานอาหารรสจัด งดของหวานลดอาหารทอด เป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง ( $M = 2.13, SD = 1.35$ ) รองลงมาตามลำดับ คือ รู้สึกขาดความสุขเมื่อไม่ได้รับประทานอาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม ( $M = 2.10, SD = 1.33$ ) การจัดการความเครียดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ( $M = 2, SD = 1.35$ ) การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ( $M = 1.78, SD = 1.16$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ไม่ได้รับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากลืม ไม่มีคนคอยดูแลจัดยาให้ ( $M = 1.27, SD = 0.73$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และโดยรวม ( $N = 208$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
1. การรับประทานอาหารสดจัด งคของหวาน ลดอาหารทอดเป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง	2.13	1.35	น้อย
2. รู้สึกขาดความสุขเมื่อไม่ได้รับประทานอาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม	2.10	1.33	น้อย
3. การจัดการความเครียดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	2.00	1.35	น้อย
4. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	1.78	1.16	น้อย
5. รู้สึกเบื่อหน่าย เมื่อต้องรับประทานยารักษาโรค	1.65	1.14	น้อย
6. การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เพื่อระบายความเครียดเป็นเรื่องที่ยากลำบาก	1.58	1.12	น้อย
7. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เป็นเรื่องที่ยากลำบาก	1.44	0.99	น้อยที่สุด
8. ไม่สามารถรับการรักษาโรคอย่างต่อเนื่องได้ เนื่องจากไม่มีคนพาไปพบแพทย์	1.35	0.98	น้อยที่สุด
9. การไม่สูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก เพราะทำให้ขาดความสุข	1.28	0.90	น้อยที่สุด
10. ไม่ได้รับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เนื่องจากลืม ไม่มีคนคอยดูแลจัดยาให้	1.27	0.73	น้อยที่สุด
<b>การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโดยรวม</b>	<b>1.66</b>	<b>0.63</b>	<b>น้อย</b>

### ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.05, SD = 0.71$ ), ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00

เมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการรับการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 4.84, SD = 0.52$ ) รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ( $M = 4.83, SD = 0.52$ ) ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการไม่รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด และมันจัด สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ( $M = 4.81, SD = 0.53$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 2.86, SD = 1.80$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ และโดยรวม ( $N = 208$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการรับการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.84	0.52	มากที่สุด
2. ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.83	0.52	มากที่สุด
3. ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการไม่รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด และมันจัด สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.81	0.53	มากที่สุด
4. ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการไม่สูบบุหรี่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.59	0.92	มากที่สุด
5. ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเช้าและออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น	4.40	1.04	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
6. สมาชิกในครอบครัวแนะนำไม่ได้รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด และมันจัด	3.78	1.56	มาก
7. ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น	3.78	1.51	มาก
8. ได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง	3.75	1.62	มาก
9. ได้รับข้อมูลข่าวสารจากคนในชุมชน เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น	3.71	1.57	มาก
10. ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนบ้าน เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม	3.65	1.64	มาก
11. ได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว ในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม	3.61	1.60	มาก
12. ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารและออกกำลังกาย	2.86	1.80	ปานกลาง
<b>การได้รับข้อมูลข่าวสารโดยรวม</b>	<b>4.05</b>	<b>0.71</b>	<b>มาก</b>



#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.33, SD = 0.45$ ), ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-5.00

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.74, SD = 0.96$ ) มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.08, SD = 0.74$ ) มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.09, SD = 0.99$ ) มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.11, SD = 0.70$ ) และมีพฤติกรรมด้านการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.79, SD = 0.25$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ รายด้าน และโดยรวม ( $N = 208$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านการไม่สูบบุหรี่	4.74	0.96	มากที่สุด
1. ไม่สูบบุหรี่	4.74	0.96	มากที่สุด
ด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค	4.08	0.74	มาก
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมและผลไม้รสหวานจัด	3.95	1.23	มาก
3. รับประทานอาหารผักใบเขียววันละ 4-6 ทัพพี	4.08	1.09	มาก
4. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน น้ำปั่น	4.20	1.21	มาก
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด จำกัดเกลือในอาหารไม่ให้เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน	4.15	1.09	มาก
6. หลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาล เกลือ น้ำปลา ซอส หรือเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว	3.73	1.40	มาก
7. รับประทานอาหารประเภทต้ม ตุ่น นึ่ง	4.39	0.94	มาก
8. หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง	4.13	1.10	มาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
9. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ที่เคี้ยวแตกมัน	3.96	1.20	มาก
ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม	4.09	0.99	มาก
10. ออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน รำมวย จีน เต้นแอโรบิก ครั้งละ 30-40 นาที อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์	3.59	1.49	มาก
11. ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ ปลุกต้นไม้ เดินขึ้นบันได	4.59	0.97	มากที่สุด
ด้านการจัดการความเครียด	4.11	0.70	มาก
12. พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เพื่อระบายความเครียด	4.50	0.86	มาก
13. นั่งสมาธิหรือ หายใจเข้าออกลึก ๆ เพื่อให้เกิด ความผ่อนคลาย	3.09	1.57	ปานกลาง
14. ทำงานอดิเรกเพื่อบรรเทาความเครียด	4.74	0.71	มากที่สุด
ด้านการรับการรักษอย่างต่อเนื่อง	4.79	0.25	มากที่สุด
15. ตรวจสอบระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาล ในเลือด อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	4.26	0.77	มาก
16. ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	4.92	0.41	มากที่สุด
17. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล	4.83	0.45	มากที่สุด
18. รับประทานยาตามแพทย์สั่งตรงตาม ขนาด และเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	4.92	0.27	มากที่สุด
19. ไม่หยุดยาหรือปรับขนาดการรับประทาน ยาเอง	4.95	0.28	มากที่สุด
20. ไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการผิดปกติ	4.88	0.38	มากที่สุด
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>	<b>4.33</b>	<b>0.45</b>	<b>มาก</b>

**ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

จากการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.23^{**}$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.16^*$ ) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.23^{**}$ ) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = -0.36^{**}$ ) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.24^{**}$ ) และไม่พบตัวแปรอิสระคู่ใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเกิน .85 แสดงถึงตัวแปรอิสระไม่มี Multicollinearity ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 คำสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบุคคล ปัจจัยการรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเฉียบพลันกับการพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแสดงในรูปแบบทริกอสัมพันธ์ (N = 208)

ตัวแปร	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	พฤติกรรมป้องกันโรค	การมีโรคร่วม	ระยะเวลาที่เป็นโรค	ดัชนีมวลกาย	การรับรู้ถึงความเสี่ยง	ปัจจัย	การรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค
พฤติกรรมการป้องกันโรค	BEH <sup>2</sup>	1									
การมีโรคร่วม	UD	.015	1								
ระยะเวลาที่เป็นโรค	Time	.067		1							
ดัชนีมวลกาย	BMI	.042			.071	1					
การรับรู้ความเสี่ยง	SUS	.231**			.101		-0.076	1			
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	INFORM	.243**			-.135*		.030		.186**	1	
การรับรู้ความรุนแรง	SEVE <sup>2</sup>	.159*			.161*		-.026		.560**		1
การรับรู้ประโยชน์	BENE <sup>2</sup>	.232**			.148*		.020		.538**		.567**
การรับรู้อุปสรรค	BARR	-.356*			.058		.034		-.084		-.126*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้สูงสุด ( $b = -2.07$ ) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ( $b = 1.23$ ) และกำลังสองของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $b = 0.21$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายกำลังสองของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.40 ( $R^2 = 0.224$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $BEH^2$ ) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) ( $N = 208$ )

ตัวแปร	สัญลักษณ์	$b$	$SE$	$\beta$	$t$	$p$
ค่าคงที่	a	12.66	2.08	-	6.08	< .001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	BARR	-2.07	0.37	-0.34	-5.56	< .001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	INFORM	1.23	0.33	0.23	3.71	< .001
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	BENE <sup>2</sup>	0.21	0.06	0.19	3.16	.002

$R = 0.47, R^2 = 0.224, F = 19.59, p < .001, n = 208$

ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สามารถนำมาสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในรูปแบบคะแนนคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\text{สมการในรูปแบบคะแนนดิบ } Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots$$

เมื่อ  $Y =$  กำลังสองของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $BEH^2$ )

$a =$  ค่าคงที่ (12.66)

$b_1 =$  ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (-2.07)



$b_2$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (1.23)

$b_3$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของกำลังสองของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (0.21)

$X_1$  = การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (BARR)

$X_2$  = การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (INFORM)

$X_3$  = กำลังสองของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (BENE<sup>2</sup>)

สมการทำนายเขียนได้ 2 แบบ คือ

แบบที่ 1

$$BEH^2 = 12.66 - 2.07(BARR) + 1.23(INFORM) + 0.21(BENE)^2$$

แบบที่ 2

$$BEH = \sqrt{12.66 - 2.07(BARR) + 1.23(INFORM) + 0.21(BENE)^2}$$

จากสมการ อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ -2.07 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ถ้าคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน กำลังสองของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะลดลง 2.07 คะแนน สำหรับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ 1.23 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ถ้าคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน กำลังสองของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะเพิ่มขึ้น 1.23 คะแนน และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ 0.21 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ถ้าคะแนนกำลังสองของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน กำลังสองของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะเพิ่มขึ้น 0.21 คะแนน

## บทที่ 5

### อภิปรายและสรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 208 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ( $\alpha = 0.87, 0.92, 0.95, 0.92, 0.89$  และ  $0.90$ ) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป พรรณนาข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมดด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของการวิจัยดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 208 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.52 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 56-65 ปี ร้อยละ 36.54 มีอายุเฉลี่ย 62.25 ปี ดัชนีมวลกาย ช่วงเกณฑ์ที่พบมากที่สุด คือ อ้วน ( $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ ) ร้อยละ 35.58 รองลงมา คือ ท้วม ( $23-24.9 \text{ kg/m}^2$ ) ร้อยละ 22.60 การมีโรคร่วม พบกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด มีโรคร่วม 2 โรค คิดเป็น ร้อยละ 36.06 รองลงมา คือ มีโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 31.73 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรค อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 42.31 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 36.54
2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.33, SD = 0.45$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.74, SD = 0.96$ ) มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.08, SD = 0.74$ ) มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.09, SD = 0.99$ ) มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.11, SD = 0.70$ ) และมีพฤติกรรมด้านการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.79, SD = 0.25$ )

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.23$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.16$ ) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.23$ ) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = -0.36$ ) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = 0.24$ )

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (BARR) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (INFORM) และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (BENE) โดยตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.40 ( $R^2 = 0.224$ ) ได้สมการทำนายดังนี้

แบบที่ 1

$$BEH^2 = 12.66 - 2.07(BARR) + 1.23(INFORM) + 0.21(BENE)^2$$

แบบที่ 2

$$BEH = \sqrt{12.66 - 2.07(BARR) + 1.23(INFORM) + 0.21(BENE)^2}$$

## อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

### 1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.33, SD = 0.45$ ) ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบให้เกิดความพิการทางด้านร่างกาย และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มีระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังนานเฉลี่ย 7.98 ปี ( $SD = 5.34$  ปี) และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.05$ ,  $SD = 0.71$ ) มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.59$ ,  $SD = 0.49$ ) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.81$ ,  $SD = 0.32$ ) และมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.77$ ,  $SD = 0.41$ ) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่เชื่อว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคตรงเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เมื่อบุคคลมีการรับรู้เรื่องโรคในระดับมาก จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และการศึกษาของ อูมากร ใจยังยืน (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับดี

## 2. ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรังจังหวัดชลบุรีได้

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.40 ( $R^2 = 0.224$ ) โดยตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้สูงสุด คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน



โรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงลบ มีค่าเท่ากับ -2.07 รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงบวก มีค่าเท่ากับ 1.23 และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงบวก มีค่าเท่ากับ 0.21 อธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

2.1 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงลบ หมายความว่า เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง จะทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า หากบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นมีอุปสรรคปัญหาทำให้เกิดความยากลำบาก บุคคลจะเกิดความขัดแย้ง ลังเล ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $M = 1.66, SD = 0.63$ ) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.33, SD = 0.45$ )

สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และการศึกษาของ Petrovici, D. A., Ritson, C (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค การศึกษาของ วรณรดา ชื่นวัฒนา และณิษานาฏ สอนภักดี (2557) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้



อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สามารถทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงบวก หมายความว่า เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น จะปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า ความเชื่อของบุคคลว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการ ป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์จริงสามารถลดความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคได้ จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากการตัดสินใจของ บุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงผลดีและผลเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมองได้ ได้แก่ การรับการรักษาโรคอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยควบคุมน้ำหนักตัว เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การไม่สูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรคจะทำให้ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดไขมัน และความดันโลหิตได้ และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยลดความตึงเครียด ของผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถป้องกันการ เปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดได้ ช่วยให้ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ไม่เกิดภาวะ หลอดเลือดตีบแตกตันที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน โรคจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ การรับประทานอาหารเฉพาะโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ การศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภ่อูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองอยู่ในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา ของ อรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่ เสี่ยงต่อเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรม

การป้องกัน โรคเบาหวาน การศึกษาของ Becker (1974) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับรู้ว่ายาที่ได้รับจากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา มีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของ วรณรา ชื่นวัฒนา และนิชานากู สอนภักดี (2557) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

2.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงบวก หมายความว่า เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีมากขึ้น สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) กล่าวว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือเกี่ยวกับโรค เป็นสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 62.25 ปี ( $SD = 9.13$  ปี) อาศัยอยู่กับลูกหลาน ไม่ได้ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้มีเวลาพูดคุยกับคนในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ซึ่งคอยให้คำแนะนำให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรค ประกอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขว่าการรับการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยาเพื่อควบคุมโรค และการไม่สูบบุหรี่ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความตระหนักและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนร่วมในการทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิสตา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภ่อู้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และการศึกษาของ Ross, L (2013) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของชาวแอฟริกาที่อาศัยอยู่ในอเมริกา จำนวน 24 ราย พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยลดอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้

### 3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรีได้

3.1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากนัก ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ระบุว่า การเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานของผู้ป่วย การสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ความเครียด และภาวะอ้วนลงพุง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวและตอบสนองกับการเจ็บป่วยได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก มีวุฒิภาวะในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง จึงทำให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน เก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องเบาหวาน จำนวน 108 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นเบาหวานไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี (2557) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภ่อู้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็น

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด รับรู้ว่าการเป็นโรคหลอดเลือด สมองจะทำให้เป็นภาระของครอบครัว เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ต้องใช้ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการดูแลรักษา ทำให้ขาดรายได้ คนในครอบครัวจะเกิดความเครียดและวิตกกังวล ตลอดจนผู้ป่วยจะเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียภาพลักษณ์ และไปพบปะผู้อื่นในสังคมได้ น้อยลง แต่โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการรุนแรงให้เห็นทันทีทันใด ในบางราย อาจมีเพียงอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน ตาพร่ามัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถ ควบคุมโรคได้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และอาจเห็นว่าผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถ ดำรงชีวิตตามปกติได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภ่อูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ อรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน เก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องเบาหวานถูกเลือกแบบเจาะจง จำนวน 108 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ของโรคเบาหวานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

3.3 ดัชนีมวลกาย พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้ อธิบายได้ว่าดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลกระทบต่อพฤติ กรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งจะมีการทำงานของระบบการเผาผลาญลดลง จึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ที่แสดงถึงภาวะน้ำหนักเกิน และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมองได้เนื่องจากผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ตามมา เช่น ระดับ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งภาวะดังกล่าวจะส่งผลให้ผนัง หลอดเลือดเสื่อมเร็ว ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง และเกิดการอุดตัน จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนักโดย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ลดอาหารหวาน มัน และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าวที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน แต่ได้รับการรักษาโรคเรื้อรังอย่าง ต่อเนื่องสามารถควบคุมโรคได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง



จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เล็งเห็นความสำคัญของการควบคุมน้ำหนัก และปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง ดัชนีมวลกายจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ แตกต่างกับการศึกษาของ ประกาย จิโรจน์กุล และคณะ (2556) พบว่า ดัชนีมวลกาย อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ

3.4 การมีโรคร่วม พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ อธิบายได้ว่าการมีโรคร่วมที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมหรือภาวะต่าง ๆ จำนวนตั้งแต่ 1 โรค ถึง 5 โรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพบว่าส่วนใหญ่มีโรคร่วม จำนวน 1 ถึง 2 โรค ซึ่งโรคและภาวะดังกล่าวผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเท่าเทียมกันจากบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน การมีโรคร่วมจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ แตกต่างกับการศึกษาของ กันยารัตน์ อุษยสกุล (2555) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ประเทศไทย พบว่า ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

3.5 ระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นโรคตั้งแต่ 1 ปี ถึง 23 ปี และพบว่าส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ที่ 1 ถึง 10 ปี ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นานขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง และเกิดการอุดตัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคนานขึ้นจะมีประสิทธิภาพการดูแลตนเอง และการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ เมื่อไม่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วย



จึงมีพฤติกรรมกำบังโรคที่ไม่แตกต่างกัน และในปัจจุบันมีแหล่งบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ประกอบกับมีเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ทันสมัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการกำบังโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่เป็นโรคจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมุ่งเน้นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการกำบังโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการกำบังโรคของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการกำบังโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ครอบครัวยุทธชน สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโทรทัศน์ และสื่อสังคมออนไลน์ ตลอดจนชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการกำบังโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรค เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการกำบังโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการกำบังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการกำบังโรคหลอดเลือดสมอง ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสมว่าจะช่วยควบคุมโรค ควบคุมน้ำหนัก สร้างภูมิคุ้มกัน และกำบังโรคหลอดเลือดสมองได้
3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหาร และบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เห็นความสำคัญของการช่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ

เผยแพร่ในชุมชน สำหรับให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และร่วมกันวางแผนกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการรณรงค์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิจัยสามารถนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ โดยจัดโปรแกรมการจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากช่องทางต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณได้ผลการศึกษาในภาพรวมของปัจจัยต่าง ๆ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น และสามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้เป็นอย่างดี จึงควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบริบทของครอบครัว ชุมชนหรือระบบบริการที่มีต่อการรับรู้ ลักษณะและสาเหตุของอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาวต่อไป

## บรรณานุกรม

- กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์*, 6(1), 7-15.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบัน และรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ก). *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ข). *รายงานประจำปี 2558*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ค). *รายงานประจำปี 2559*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ก้องเกียรติ ภูมกัณฑ์กร. (2553). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กันยรัตน์ อุษสกุล. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(1), 15-26. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-haijo.org/index.php/policensurse/article/view/23384/19956>
- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 40-56. เข้าถึงได้จาก <https://tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/39498/32656>
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญใจ ผลศิริปฐม. (2554). *พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูงในเขตตำบลวังตะกอก อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.

- จตุพงษ์ พันธุ์ไวไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธี. (2555). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยะฉุกเฉินสำหรับพยาบาล. *วารสารการแพทย์*, 27(1), 53-64.
- จรรยา ตันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: ตรีภูมิตไทย.
- จตุรนต์ บุญพิทักษ์, สยาม ทองประเสริฐ และอภิชนา โฉมวิริยะ. (2553). การศึกษานำร่องผลการฝึกมือและแขนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังโดยการฝึกด้วยกระจก. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู/สาร*, 20(1), 20-28. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jtrm/article/view/42195/34855>
- จินดาพร สีลาทอง. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงในชุมชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2555). บทความพิเศษ: การคำนวณขนาดตัวอย่าง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(1), 192-198.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชนิพรรณ บุตรี. (2557). *การเพิ่มการบริโภคพืช ผัก ผลไม้*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2557). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม*. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ.
- ทิพวรรณ ประสานสอน. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 36-43. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/15381/14065>
- เทพ หิมะทองคำ. (2547). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒนา.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาร*, 42, 107-117. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/57306/47519>



- นงนุช เพ็ชรร่วง. (2557). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล  
ในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(4), 37-45. เข้าถึงได้จาก  
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/30141/25983>
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:  
ยูเอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประกาย จิโรจน์กุล, สมจิต นิปีทหัตตพงศ์, จุฑาพร เขียนวงษ์, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ และณัฐนาฏ  
เร้าเสถียร. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษา  
ภาคตัดขวาง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 24(1), 44-55. เข้าถึงได้จาก  
<https://tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/35446/29445>
- ปรารณา วัชรานุรักษ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  
โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ  
สาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233. เข้าถึงได้จาก [https://www.tci-thaijo.org/index.php/  
scnet / article/view/74883/60405](https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/74883/60405)
- พรเพ็ญ ภัทรารกร. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย  
โรคเรื้อรังในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรสวรรค์ คำทิพย์. (2556). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อ  
โรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ ท่วมผิวทอง. (2549). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด  
สมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก*. วิทยานิพนธ์  
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พิจารณา พิมพ์ชนก ไชย. (2552). *คุณภาพชีวิตสูงให้อยู่สู้โรคร้าย*. กรุงเทพฯ: ฟิลกูด.
- เพชรณิ สุวรรณมาลี. (2554). *พฤติกรรมดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน  
ในแขวงสะหวันนะเขตประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว*. *พยาบาลสาร*,  
38(4), 37-49.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชนาฏ สอนภักดี. (2557). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย  
โรคเบาหวาน ตำบลแม่ปาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี*. *วารสารวิชาการ  
มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 163-170.



- วาสนา เหมือนมี. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล และสุขภาพ*, 9(2), 156-165.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิทยา ศรีดามา. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 3: ประสาทวิทยาโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม โรคปอด และทางเดินหายใจ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลพร พุทรวงศ์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัด พะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(1), 30-44. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/51178/42395>
- เวียงมร ปัทวงษ์ยา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป* พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สมใจ จางวาง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 110-128. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/52532/43590>
- สมชาย วรกิจเกษมสกุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุดรธานี: อักษรศิลป์การพิมพ์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6. (2560) *Data analysis zone 6*. เข้าถึงได้จาก <http://zone6.cbo.moph.go.th/mis/analysis>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติสาธารณสุข 2556*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2559). ภาวะโรค: ปัสสาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพของประชากรไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(2), 342-350.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2560). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. เข้าถึงได้จาก [http://hdc2.cbo.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](http://hdc2.cbo.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)
- สุทิสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุปรียา ตันสกุล. (2550). *ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ*. *วารสารสุขศึกษา*, 30(105), 1-15. เข้าถึงได้จาก [http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phk1b/knowledgefiles/1\\_.pdf](http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phk1b/knowledgefiles/1_.pdf)
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป: 350 โรค กัมกับการดูแลรักษาและป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.
- เสกสรรค์ จวงจันทร์. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 29(2), 233-239. เข้าถึงได้จาก [http://www.srth.moph.go.th/region11\\_journal/document/Y29N2/7.pdf](http://www.srth.moph.go.th/region11_journal/document/Y29N2/7.pdf)
- อภิชาติ วิชาญรัตน์. (2546). *ตำราโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรุณดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(3), 84-96.
- อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2558). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เกี่ยวข้องต่อเบาหวาน*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 22(1), 96-109.

- อาริสา ชินประพัทธ์. (2553). *อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุมกร ใจยังยืน. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 2(1), 39-47.
- อุมพร แซ่กอ. (2557). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 13-23.
- Al Shafae, M. A., Ganguly, S. S., & Al Asmi, A. R. (2006). Perception of stroke and knowledge of potential risk factors among Omani patients at increased risk for stroke. *BioMed Central Neurology*, 6(1), 38-43.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Fernandes, P. T., Avelar, W. M., Mory, S. B., Hansen, R., & Li, L. M. (2009). Perception and attitude towards stroke by professionals of emergency medical service in an urban city in southeastern Brazil. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18(3), 195-197.
- Fogle, C. C., Oser, C. S., Troutman, T. P., McNamara, M., Williamson, A. P., Keller, M., & Harwell, T. S. (2008). Public education strategies to increase awareness of stroke warning signs and the need to call 911. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(3), 17-22.
- Goodman, T. G. (2012). *Perception and knowledge of stroke risk as predictors for risk of stroke*. Doctoral dissertation, Philosophy Public Health, Walden University.
- Hanchaiphiboolkul, S., Pongvarin, N., Nidhinandana, S., Suwanwela, N. C., Puthkhao, P., Towanabut, S., & Samsen, M. (2011). Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke [TES] study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(4), 427-436.
- Harmsen, P., Lappas, G., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L. (2006). Long-term risk factors for stroke: Twenty-eight years of follow-up of 7457 middle-aged men in Goteborg, Sweden. *Stroke*, 37(7), 1663-1667.

- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Marx, J. J., Gube, C., Faldum, A., Kuntze, H., Nedelmann, M., Haertle, B., & Eicke, B. M. (2009). An educational multimedia campaign improves stroke knowledge and risk perception in different stroke risk groups. *European Journal of Neurology*, *16*(5), 612-618.
- Muntner, P., DeSalvo, K. B., Wildman, R. P., Raggi, P., He, J., & Whelton, P. K. (2006). Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of cardiovascular disease risk factors among noninstitutionalized patients with a history of myocardial infarction and stroke. *American Journal of Epidemiology*, *163*(10), 913-920.
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2004). *What you need to know about stroke*. Retrieved from [https://stroke.nih.gov/documents/NIH\\_NINDS\\_KnowStrokeAABroch.pdf](https://stroke.nih.gov/documents/NIH_NINDS_KnowStrokeAABroch.pdf)
- Neuman, W. L. (1991). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Petrovici, D. A., & Ritson, C. (2006). Factors influencing consumer dietary health preventative behaviours. *BMC Public Health*, *6*(1), 222-233.
- Plengvidhya, N., Leelawatana, R., Pratipanawat, T., Deerochanawong, C., Krittiyawong, S., Bunnag, P., & Ngarmukos, C. (2006). Thailand diabetes registry project: Prevalence and risk factors of stroke in thai diabetic patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *89*(1), 49-53.
- Rosenstock, I. M. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente (Ed.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Springer Science+Business Media.
- Ross, L. (2013). *An exploration of the relationships between health promoting behaviors and stroke in African Americans*. Master's thesis, Science in Nursing, School of Nursing, Gardner-Webb University.
- Shiryazdi, S. M., Kholasehzadeh, G., Neamatzadeh, H., & Kargar, S. (2014). Health beliefs and breast cancer screening behaviors among Iranian female health workers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *15*(22), 9817-9822.



- Stamler, J., Vaccaro, O., Neaton, J. D., & Wentworth, D. (1993). Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Diabetes Care*, *16*(2), 434-444.
- Tantirittisak, T., Sura, T., Moleerergpoom, W., & Hanchaipibookul, S. (2007). Plasma homocysteine and ischemic stroke patients in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *90*(6), 1183-1187.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., & MacLaughlin, E. J. (2017). 2017 ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/ APhA/ ASH/ ASPC/ NMA/ PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, *71*(6), 1269-1324.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *World stroke day*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/media/pages/aboutworldstrokeday2010.aspx>
- World Stroke Organization [WSO]. (2014). *Annual REPORT 2014*. Retrieved from <http://www.world-stroke.org/images/pdf/WSO%20Annual%20REPORT%202014.pdf>
- World Stroke Organization [WSO]. (2016). *World stroke campaign*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org>.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน รองศาสตราจารย์  
สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. แพทย์หญิงสิริกัญญา ก้อนเทียน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
สาขาอายุรกรรม  
โรงพยาบาลพระพุทธบาท
5. นางสาวกัลยา มั่นล้วน พยาบาลวิชาชีพชำนาญ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจาน



ภาคผนวก ข  
หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๒๐๕๔



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวประไพศรี คงหาสุข นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรिताกุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๒๒๗ ราย ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยแบ่งเป็นดังนี้

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข จำนวน ๓๘ คน
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จำนวน ๖๗ คน
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองค้อ จำนวน ๑๒ คน
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกุ่ม จำนวน ๒๗ คน
๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโรงโปะ จำนวน ๒๑ คน
๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสมอ จำนวน ๖๒ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไสรัดน์ วงศ์สุทธิธรรม)

ผู้รักษาการรองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

ผู้รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘ โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๘๒๐๐-๖๐๑๔

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองค้อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกุ่ม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านโรงโปะ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสมอ



ที่ ศธ ๖๒๐๖/๒๐๕๖



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวประไพศรี คงหาสุข นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๑๐๕ ราย ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยแบ่งเป็นดังนี้

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข จำนวน ๓๘ คน
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จำนวน ๖๗ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม)

ผู้รักษาการรองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

ผู้รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๒๐๕๕



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอศรีราชา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวประไพศรี คงหาสุข นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีกากุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๓๙ ราย ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยแบ่งเป็นดังนี้

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคือ จำนวน ๑๒ คน
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกุ่ม จำนวน ๒๗ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม)

ผู้รักษาการรองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

ผู้รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/๒๐๕๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอบางละมุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวประไพศรี คงหาสุข นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริชากุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๘๓ ราย ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยแบ่งเป็นดังนี้

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโรงโป๊ะ จำนวน ๒๑ คน
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสมอ จำนวน ๖๒ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม)

ผู้รักษาการรองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

ผู้รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี

Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among Chronic Disease Patients in Chonburi

ชื่อนิสิต นางสาวประไพศรี คงหาสุข

รหัสประจำตัวนิสิต 59920419

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 08 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 227 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองก่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านห้วยกุ่ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโรงโม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสมอ

จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ

วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน

ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 17 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา





## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
จังหวัดชลบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-08-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวประไพศรี คงหาสุข

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์  
และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย  
โรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่  
โรคความดันโลหิตสูง หรือ โรคเบาหวาน ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง  
ได้

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตาม  
ความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด 4 ตอน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน  
ส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้  
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร  
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 45 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัย  
จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นแนวทางในการวางแผนทางการ  
พยาบาลที่เหมาะสมในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวประไพศรี คงหาสุข หมายเลขโทรศัพท์ 088-200-6014 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 091-727-4205

นางสาวประไพศรี คงหาสุข  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

### เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี

#### คำชี้แจง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาททำให้เกิดอาการทางสมอง มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกาย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และยังส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ขอให้ท่านทำความเข้าใจแต่ละข้อคำถาม และตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด หากมีข้อสงสัยประการใดสามารถซักถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด โดยแบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

- |           |   |              |
|-----------|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล   | จำนวน 7 ข้อ  |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 38 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง  | จำนวน 12 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง   | จำนวน 20 ข้อ |

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

นางสาวประไพศรี คงหาสุข

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ
  - 1. ชาย
  - 2. หญิง
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. ท่านมีโรคหรือภาวะใดต่อไปนี้ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - 1. โรคความดันโลหิตสูง
  - 2. โรคเบาหวาน
  - 3. โรคหัวใจ
  - 4. ภาวะไขมันในเลือดสูง
  - 5. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง
  - 6. ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต
6. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี.....เดือน
7. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน.....ปี.....เดือน

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้  
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือด  
สมอง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง**

**คำชี้แจง:** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ หลังข้อความที่ตรงกับการรับรู้ของท่าน  
มากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง โปรดตอบทุกข้อ

**การรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง**

รับรู้ความเสี่ยงมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเสี่ยงของท่านมากที่สุด  
รับรู้ความเสี่ยงมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเสี่ยงของท่านมาก  
รับรู้ความเสี่ยงปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเสี่ยงของท่านปานกลาง  
รับรู้ความเสี่ยงน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเสี่ยงของท่านน้อย  
รับรู้ความเสี่ยงน้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเสี่ยงของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1. หากท่านเป็น โรคความดันโลหิตสูงหรือ โรคเบาหวาน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง					
2. หากท่านมีระดับไขมันในเลือดสูง จะมีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
3. หากท่านมีภาวะอ้วนลงพุง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิด โรคหลอดเลือดสมอง					
4. หากท่านสูบบุหรี่ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					

### การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

รับรู้ความรุนแรงมากที่สุด (5) หมายถึงข้อความนั้นมีความรุนแรงมากที่สุด

รับรู้ความรุนแรงมาก (4) หมายถึงข้อความนั้นมีความรุนแรงมาก

รับรู้ความรุนแรงปานกลาง (3) หมายถึงข้อความนั้นมีความรุนแรงปานกลาง

รับรู้ความรุนแรงน้อย (2) หมายถึงข้อความนั้นมีความรุนแรงน้อย

รับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด (1) หมายถึงข้อความนั้นมีความรุนแรงที่น้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
9. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ท่านไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้					
10. โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ท่านเกิดความพิการได้					
11. โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้ท่านเสียชีวิตได้					
12. ถ้าท่านป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน					
13. ถ้าท่านป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง .....					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					

### การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

รับรู้ประโยชน์มากที่สุด (5) หมายถึงข้อความนั้นมีประโยชน์มากที่สุด

รับรู้ประโยชน์มาก (4) หมายถึงข้อความนั้นมีประโยชน์มาก

รับรู้ประโยชน์ปานกลาง (3) หมายถึงข้อความนั้นมีประโยชน์ปานกลาง

รับรู้ประโยชน์น้อย (2) หมายถึงข้อความนั้นมีประโยชน์น้อย

รับรู้ประโยชน์น้อยที่สุด (1) หมายถึงข้อความนั้นมีประโยชน์น้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
19. ถ้าท่านไม่สูบบุหรี่ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
20. ถ้าท่านไม่สูบบุหรี่ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้					
21. ถ้าท่านรับประทานอาหารรสไม่หวานจัด จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้					
22. ถ้าท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ จะช่วยลดการเกิดไขมันอุดตันหลอดเลือดได้					
23. ถ้าท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน .....					
24. ....					
25. ....					
26. ....					
27. ....					
28. ....					

### การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

รับรู้อุปสรรคมากที่สุด (5) หมายถึงข้อความนั้นเป็นอุปสรรคมากที่สุด

รับรู้อุปสรรคมาก (4) หมายถึงข้อความนั้นเป็นอุปสรรคมาก

รับรู้อุปสรรคปานกลาง (3) หมายถึงข้อความนั้นเป็นอุปสรรคปานกลาง

รับรู้อุปสรรคน้อย (2) หมายถึงข้อความนั้นเป็นอุปสรรคน้อย

รับรู้อุปสรรคน้อยที่สุด (1) หมายถึงข้อความนั้นเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
29. การไม่สูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก เพราะทำให้ท่านขาดความสุข					
30. การรับประทานอาหารรสจัด งดของหวานลดอาหารทอด เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง					
31. ท่านรู้สึกขาดความสุขเมื่อไม่ได้รับประทานอาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม					
32. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับท่าน					
33. การจัดการความเครียด.....					
34. ....					
35. ....					
36. ....					
37. ....					
38. ....					



### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง โปรดตอบทุกข้อ

ได้รับประจำ หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคล/ สื่อเป็นประจำ

ได้รับบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคล/ สื่อบ่อยครั้ง

ได้รับบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคล/ สื่อบางครั้ง

ได้รับน้อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคล/ สื่อน้อยครั้ง

ไม่ได้รับเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคล/ สื่อเลย

ข้อความ	ประจำ (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	น้อย ครั้ง (2)	ไม่ได้ รับเลย (1)
ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา					
1. สมาชิกในครอบครัวแนะนำให้ท่านไม่รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด และมันจัด					
2. ท่านได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม					
3. ท่านได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง					
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนบ้าน .....					
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจากคนในชุมชน ...					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง โปรดตอบทุกข้อ

ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (ร้อยละ 81-100)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (ร้อยละ 61-80)

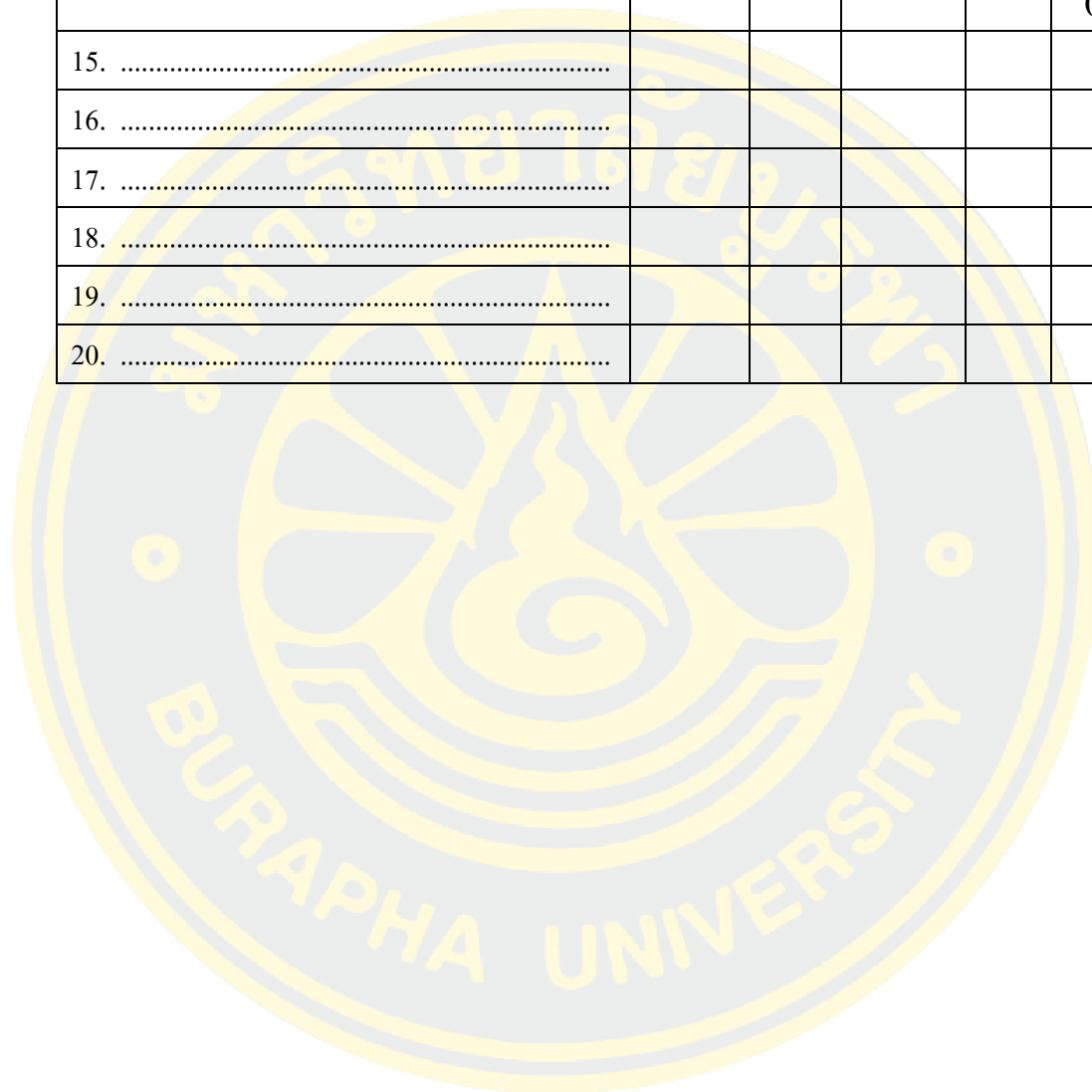
ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง (ร้อยละ 41-60)

ปฏิบัติน้อยครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง ท่านไม่ค่อยปฏิบัติ (ร้อยละ 21-40)

ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติเลย (ร้อยละ 0-20)

ข้อความ	เป็นประจำ (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	น้อย ครั้ง (2)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (1)
1. ท่านไม่สูบบุหรี่					
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมและผลไม้รสหวานจัด					
3. ท่านรับประทานผักใบเขียววันละ 4-6 ทัพพี					
4. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน น้ำปั่น					
5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด					
6. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาล เกลือ.....					
7. ท่านรับประทานอาหาร.....					
8. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์.....					
9. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร.....					
10. ท่านออกกำลังกาย.....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					

ข้อความ	เป็นประจำ (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	น้อย ครั้ง (2)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (1)
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					
19. ....					
20. ....					



## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวประไพศรี คงหาสุข
วัน เดือน ปี เกิด	26 มีนาคม พ.ศ. 2535
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 17 หมู่ที่ 4 ตำบลเขาวง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2557 - 2559 พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 - 2562 พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิการาม แหลมจบัง จังหวัดชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2557 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2562 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	พ.ศ. 2561 ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2561