



ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ
อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

โดย

นายนพดล คำภีโล

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ
อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

โดย

นายนพดล คำภีโล

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



KNOWLEDGE, ATTITUDE AND RISK BEHAVIORS OF STROKE AMONG
PEOPLE WITH HYPERTENSION IN MAETA HOSPITAL, MAETA DISTRICT,
LAMPANG PROVINCE

BY

MR. NOPPADOL KOMPILO



AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH
MAJOR IN HEALTH PROMOTION MANAGEMENT
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2016
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSIT

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

การค้นคว้าอิสระ

ของ

นายพนพล คำภีโร

เรื่อง

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

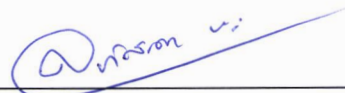
เมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ



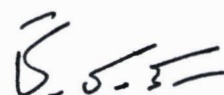
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง)

กรรมการและคณะอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลภัสรดา หนู่มคำ)

คณบดี



(ดร.ชัยยุทธ ขวลิตนิกุล)

หัวข้อการค้นคว้าอิสระ	ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง
ชื่อผู้เขียน	นายณพดล คำภีโร
ชื่อปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลภัสรดา หนูมคำ
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง ในปี 2559 ที่ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จำนวน 309 คน ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2559 ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มจากรายชื่อผู้ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 309 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.7 มีอายุระหว่าง 31 - 96 ปี อายุเฉลี่ย 60.61 ± 11.52 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.6 ประกอบอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 33.7 มีระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-16 ปี เฉลี่ย 6.64 ± 4.69 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับพอใช้ ร้อยละ 54.4 มีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 และมี

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.2 โดยไม่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง มีระดับปานกลางร้อยละ 6.8 อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ร้อยละ 61.2 ดังนั้นบุคลากร/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายและให้ความรู้เรื่องประเภท ความถี่และเวลาของการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ ที่จะใช้ในการวางแผนรูปแบบและวิธีการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง, ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรมเสี่ยง

Independent Study Title	KNOWLEDGE, ATTITUDE AND RISK BEHAVIORS OF STROKE AMONG PEOPLE WITH HYPERTENSION IN MAETA HOSPITAL MAETA DISTRICT, LAMPANG PROVINCE.
Author	Mr. Noppadol Kompilo
Degree	Master of Public Health
Department/Faculty/ University	Health Promotion Management Faculty of Public Health Thammasat University
Independent Study Advisor	Assistant Professor Dr. Lapatrada Numkham
Academic Year	2016

ABSTRACT

Survey research aimed to study personal factors, knowledge, attitude and Risk behaviors of stroke among people with hypertension in Maeta Hospital Maetha district, Lampang province. The participants were 309 people with hypertension and no history of stroke who followed up at hypertension clinic at Maetha hospital. Data were collected during September – October 2016. How to select a random sample of the list of those receiving outpatient services. Clinical disease Maeta Hospital Lampang Province by using questionnaires on personal information, knowledge toward behavioral risk of stroke, attitude toward behavioral risk of stroke and behaviors risk of stroke questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics.

The result showed that a majority participants were female 55.7% with aged between 31-96 year old, mean aged was 60.61 ± 11.52 years. Most of them were married 78.0% with graduated on elementary level 69.6%. Moreover, the most participant's occupation was agriculture 33.7%. A duration of hypertensive disease was between 1-16 years, with mean duration of disease 6.64 ± 4.69 years. Most of

participants had middle level of knowledge toward behavioral risk of stroke 54.4%, and had a high level of attitude toward behavioral risk of stroke 57.0%. Moreover, they had a low behaviors risk of stroke 93.2%, without the risk of stroke is high. However, the results revealed that an exercise behavior was inappropriate 61.2%. Therefore, the relevant professional should be promote an exercise and provide the knowledge of exercise including type, frequency and time for exercising among people with hypertension. The results of this study will be useful for the Maeta district health care in order to determine an appropriate of the strategies to promote behavior risk among people with hypertension who had risk for stroke.

Keyword: Stroke, Hypertension, Knowledge, Attitude, Behaviors risk of stroke.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลภัสสรดา หนู่มคำ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการดำเนินการศึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนการศึกษาค้นคว้าอิสระสำเร็จสมบูรณ์ได้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณบดี คณาจารย์ ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา พร้อมคอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือในทุกๆด้านแก่ผู้ศึกษาอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระที่ได้เสียสละเวลา และกรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข การค้นคว้าอิสระฉบับนี้ให้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือซึ่งใช้ในการศึกษา

ขอขอบคุณเจ้าของตำรา เอกสารทางวิชาการทุกท่าน ที่ผู้ศึกษาได้ใช้ประกอบการค้นคว้าอิสระในครั้งนี้

ขอบคุณเจ้าหน้าที่ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ทะ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ตลอดจนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ พ.ต.ท.นรวัฒน์ คำภีโล ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะพร้อมทั้งสนับสนุนทุน ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอขอบคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมถึงพี่ๆ ในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญให้กับผู้ศึกษาเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ อันพึงมี จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

นายณพดล คำภีโล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 ตัวแปรที่ศึกษา	5
1.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล	5
1.5.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	5
1.6 นิยามศัพท์ในการศึกษา	5
1.6.1 พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	5
1.6.1.1 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร	5
1.6.1.2 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่	6
1.6.1.3 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย	6
1.6.1.4 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียด	6
1.6.1.5 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	6
1.6.1.6 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานยา	6
1.6.1.7 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการตรวจตามนัด	6

	หน้า
1.6.2 ปัจจัยส่วนบุคคล	6
1.6.2.1 เพศ	6
1.6.2.2 อายุ	6
1.6.2.3 ระดับการศึกษา	6
1.6.2.4 รายได้	7
1.6.2.5 อาชีพ	7
1.6.2.6 สถานภาพสมรส	7
1.6.2.7 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค	7
1.6.2.8 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค	7
1.6.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	8
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 โรคหลอดเลือดสมอง	9
2.1.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	10
2.1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	10
2.1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก	12
(1) กลุ่มหลอดเลือดแตกในเนื้อสมอง	12
(2) กลุ่มหลอดเลือดแตกที่มีเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง	12
2.2 โรคความดันโลหิตสูง	16
2.2.1 โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาวะความดันโลหิตสูง	21
2.2.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง	22
2.2.2.1 ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ	22
2.2.2.2 ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ	23
2.2.3 หลักการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	24
2.2.3.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	24
2.2.3.2 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	27
2.2.3.3 การรักษาและควบคุมความดันโลหิตสูง	28

	หน้า
2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	31
2.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล	31
2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค	32
2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม	34
2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวข้องกับงานวิจัย	36
2.4.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม	36
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
 บทที่ 3 วิธีการวิจัย	 43
3.1 ลักษณะของสถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล	43
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	45
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	49
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	51
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	52
 บทที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล	 53
4.1 ผลการศึกษา	53
4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	53
4.1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	56
4.1.3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	59
4.1.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	61

	หน้า
4.2 อภิปรายผล	67
4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง	67
4.2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	67
4.2.3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	68
4.2.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	69
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	73
5.1 สรุปผลการศึกษา	73
5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	73
5.1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	74
5.1.3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	74
5.1.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	74
5.2 ข้อเสนอแนะ	75
5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	75
5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับสถานบริการสาธารณสุข	75
5.2.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป	76
รายการอ้างอิง	77
ภาคผนวก	84
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	85
ข. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน	86

หน้า

ค. คำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (Participant Information Sheet)	88
ง. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (Informed Consent Form)	93
จ. แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา	95
ประวัติผู้ศึกษา	102



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 การให้ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในอีก 10 ปีข้างหน้า ของฟรามิงแฮมฉบับปรับปรุงใหม่ ปี ค.ศ. 2006 (Framingham Heart Study, 2016)	14
2.2 ร้อยละของค่าความเป็นไปได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในอีก 10 ปีข้างหน้าของฟรามิงแฮม ฉบับปรับปรุงใหม่ ปี ค.ศ. 2016	15
2.3 การจำแนกประเภทความดันเลือดโดย ESH-ESC (2007)	18
2.4 การจำแนกประเภทความดันเลือดโดยESH-ESC BHS IVและ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	19
2.5 การจำแนกประเภทความดันเลือดโดย JNC7	20
2.6 โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาวะความดันโลหิตสูง	21
2.7 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปี ข้างหน้า	25
2.8 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษา โรคความดันโลหิตสูง	30
3.1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	47
3.2 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	48
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 309)	54
4.2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)	57
4.3 จำนวน และ ร้อยละ ของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง(n = 309)	58
4.4 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองของของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)	59
4.5 จำนวนและร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)	60

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.6 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 309$)	61
4.7 จำนวนและร้อยละของระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายด้านของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 309$)	62
4.8 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 309$)	63

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

8



บทที่ 1

บทนำ

1.1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก ในช่วง 4 – 5 ปีที่ผ่านมาทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 15 ล้านคน (1) และในแต่ละปีคนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้ประมาณ 6 ล้านคน (2) ในจำนวนนี้มีผู้พิการถาวร (อัมพาต) มากถึง 5 ล้านคน (1) คาดการณ์ว่าในอนาคต ปริมาณผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมากขึ้นถึง 2 เท่าเมื่อเทียบระหว่าง ปี ค.ศ. 1990 – 2020 (3) จากบทความ WSO applauds new scientific finding in stent thrombectomy for treating acute ischemic stroke with large vessel occlusion วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2558 ขององค์การอัมพาตโลกยังสรุปสถานการณ์ระดับโลก ว่า 1 คน ใน 6 คนของประชากรทั้งโลกมีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (4) โรคนี้จึงก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงมาก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของความพิการในระยะยาว โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 และมีความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 68,9000 ล้านดอลลาร์ (5)

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยประชาชนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2.4 แสนคน และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ที่รอดชีวิตจะมีอาการอัมพาตถึงปีละประมาณ 84,000 คน มีค่าใช้จ่ายในการรักษา 100,000–1,000,000 บาทต่อคนต่อปี ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ10ปีที่ผ่านมา(พ.ศ.2544 – 2555) พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับการรายงานอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (ป พ.ศ.2545 - 2557) ของประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายสูงที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในพ.ศ. 2552 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21.04 และในพ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 38.66 ซึ่ง คิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น 1.8 เท่า ในรอบ 5 ปี โดยเฉพาะในพ.ศ. 2557 มีจำนวนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 25,114 คน คิดโดยเฉลี่ยคือ ในทุกๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน (6) จากสถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าอัตราป่วย อัตราตาย มีแนวโน้มความรุนแรงที่

สูงขึ้น และผู้รอดชีวิตมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไทย นั่นคือ ความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับข้อมูลในปัจจุบันจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวและถาวร พบโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมสูงถึง ร้อยละ 55 (5) ดังนั้นจึงมีการให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น โดยพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิต อันได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ (7)

จังหวัดลำปางมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 4 ของประเทศ และมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นมากจากปี 2551 มีอัตราป่วยจาก 197.07 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 551.90 ต่อแสนประชากรในปี 2557 ซึ่งนับเป็นอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 1 ในเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ นอกจากนี้อำเภอแม่ทะ ยังมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยในปี 2555 มีอัตราป่วย 655 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 900 ต่อแสนประชากรในปี 2558 และ มีอัตราตายเพิ่มขึ้นมาก จากปี 2553 มีอัตราตาย 27.5 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 38.7 ต่อแสนประชากรในปี 2557 จากข้อมูลรายงานการรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในปี 2558 (8)

อำเภอแม่ทะเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดลำปาง เป็นอำเภอขนาดใหญ่ มี 10 ตำบล 94 หมู่บ้าน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนกึ่งชนบท มีโรงพยาบาลแม่ทะเป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ขนาด 10 เตียง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง ที่ให้บริการทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมทั้งการให้บริการเชิงรุก (9) จากสถิติที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 – 2558 พบผู้ป่วยในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปางเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก 432 , 493 และ 544 รายและโรคความดันโลหิตสูง 5,930 , 6,552 , และ 7,450 ราย ตามลำดับ จากการสำรวจพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองอันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ (10) และจากรายงานผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ของชาวจังหวัดสุพรรณบุรี ยังพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (11) ประชาชนอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในอันดับที่ 2 ของจังหวัดลำปาง โดยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 ถึงปัจจุบัน และยังมีแนวโน้มที่จะลดลง (8) เป็นเหตุให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงได้ 2– 4 เท่า (1) ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นจำนวน 1,045 ราย คิดเป็นร้อยละ 15,618 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ได้รับการคัดกรองด้วย

การใช้ “แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด” จำนวน 4,916 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.99 พบว่า มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 54.30 (10)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลคือกรรมพันธุ์ เชื้อชาติ เพศ อายุ นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคได้ อาทิ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ความอ้วน การขาดการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย ภาวะเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และมิกาดเฟอีนเป็นประจำ (12) และการสูบบุหรี่ โดยได้มีการศึกษาในกลุ่มประชากร 7,000 คน เป็นเวลา 8 ปี พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในด้านปริมาณแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อความดันโลหิต จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะทำให้มีการเพิ่มของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงถึง 3 – 4 มิลลิเมตรปรอท และมีการเพิ่มของระดับความดันไดแอสโตลิก 1 – 2 มิลลิเมตรปรอท (13) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร เค็มจัด หวานจัด มันจัด ไม่รับประทานผัก ผลไม้ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ไม่ออกกำลังกาย และเครียด พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เมื่อปฏิบัติติดต่อกันเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด โรคหลอดเลือดสมองตามมา (2) การศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนี้ ในประเทศไทยได้มีการศึกษา พฤติกรรมการกำกับตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดระนอง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (14) สอดคล้องกับ ผลการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในชาวไทยมุสลิมชุมชนมีสุวรรณ กรุงเทพมหานคร ที่ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (15) แต่อย่างไรก็ดีในเขตพื้นที่ภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ยังไม่มีใครศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

เมื่อทำการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่างๆ จึงได้ใช้ KAP model (Knowledge Attitude Practice : KAP) มาเป็นกรอบแนวคิดการศึกษา เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

และการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปางต่อไป

1.2. คำถามการวิจัย

1.2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง มีปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

1.3.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา, การมาตรวจตามนัด) ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในปี 2559 ที่ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โดยศึกษาในช่วงระยะเวลา ระหว่างเดือน กันยายน – ตุลาคม 2559

1.5 ตัวแปรที่ศึกษา

1.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1.5.1.1 เพศ
- 1.5.1.2 อายุ
- 1.5.1.3 ระดับการศึกษา
- 1.5.1.4 สถานภาพสมรส
- 1.5.1.5 รายได้
- 1.5.1.6 อาชีพ
- 1.5.1.7 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5.1.8 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.5.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

- 1.5.2.1 การบริโภคอาหาร
- 1.5.2.2 การสูบบุหรี่
- 1.5.2.3 การออกกำลังกาย
- 1.5.2.4 การจัดการความเครียด
- 1.5.2.5 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 1.5.2.6 การรับประทานยา
- 1.5.2.7 การมาตรวจตามนัด

1.6 นิยามศัพท์ในการศึกษา

1.6.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมใดๆที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง กระทำแล้วเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย

1.6.1.1 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันอิ่มตัว และ คอเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ติดมัน หนังสัตว์หรือ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดงรวมถึงเนย เป็นต้น (15) รวมถึงการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เช่น เกลือ ผงชูรส ซุปผงหรือซูปก้อน มากกว่า 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเกลือแกงเกิน 6 กรัมต่อวัน (14)

1.6.1.2 **พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่** หมายถึง การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

1.6.1.3 **พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย** หมายถึง การขาดการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ หรือกายบริหารอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยใช้เวลาน้อยกว่า สัปดาห์ละ 3 ครั้งและครั้งละไม่ถึง 20 นาที หรือขาดการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น งานบ้าน งานอดิเรก (16)

1.6.1.4 **พฤติกรรมเสี่ยงด้านการจัดการความเครียด** หมายถึง การมีวิธีการหรือกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในการบรรเทาความตึงเครียด ความวิตกกังวล และความโศกเศร้า ที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ เล่นการพนัน อยู่คนเดียว เป็นต้น

1.6.1.5 **พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกินมาตรฐาน ได้แก่ ในเพศหญิง คือ การดื่มเบียร์เกิน 12 ออนซ์ต่อวันหรือดื่มไวน์เกิน 4 ออนซ์ต่อวัน หรือดื่มสุราเกิน 1.5 ออนซ์ต่อวัน ในเพศชาย คือ การดื่มเบียร์เกิน 24 ออนซ์ต่อวันหรือ ดื่มไวน์เกิน 8 ออนซ์ต่อวัน หรือดื่มสุราเกิน 3 ออนซ์ต่อวัน (17)

1.6.1.6 **พฤติกรรมด้านการรับประทานยา** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ขาด, ทานยาไม่ตรงขนาด, ไม่ตรงเวลา, หยุดการรับประทาน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาผิดวิธี หรือไม่ตรงตามใบสั่งแพทย์

1.6.1.7 **พฤติกรรมด้านการมาตรวจตามนัด** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ขาดการมารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามวันนัดหมาย หรือขาดการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.6.2 **ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง คุณลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.6.2.1 **เพศ** หมายถึง ลักษณะที่บ่งบอกถึงความเป็นเพศ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก

1.6.2.2 **อายุ** หมายถึง อายุเต็มปีนับถึงวันเก็บข้อมูล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก

1.6.2.3 **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก

1.6.2.4 **รายได้** หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณที่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง รวมถึง คู่สมรส หรือผู้รับผิดชอบดูแลได้รับโดยเฉลี่ยเป็นบาทในแต่ละเดือน แบ่งเป็น

- (1) น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
- (2) 5,001 – 10,000 บาท/เดือน
- (3) 10,001 – 15,000 บาท/เดือน
- (4) มากกว่า 15,001 บาท/เดือน

1.6.2.5 **อาชีพ** หมายถึง ลักษณะงานหรือการทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้เป็นของตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น

- (1) รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- (2) ค้าขาย
- (3) รับจ้างทั่วไป
- (4) ธุรกิจส่วนตัว
- (5) แม่บ้าน / พ่อบ้าน
- (6) ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน
- (7) อื่น ๆ

1.6.2.6 **สถานภาพสมรส** หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิต ร่วมกันแบบสามี ภรรยา แบ่งเป็น

- (1) โสด
- (2) สมรส
- (3) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

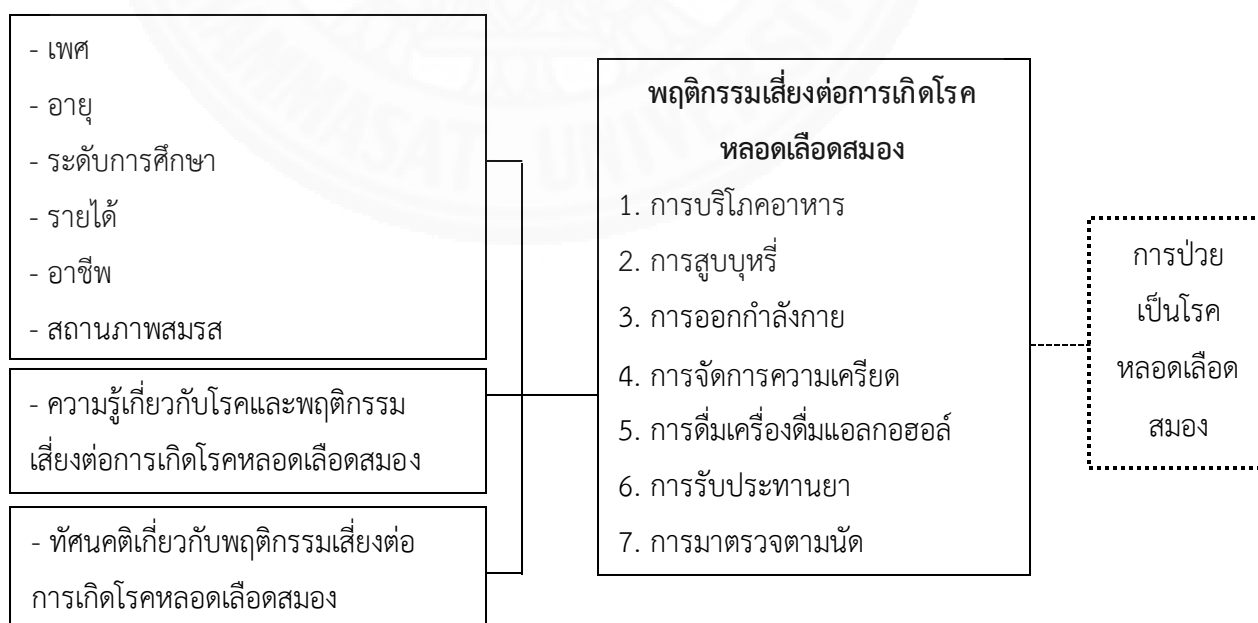
1.6.2.7 **ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ความจำ ความรู้รอบตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง โรคหลอดเลือดสมองและ พฤติกรรมเสี่ยงในด้านการบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา, การมาตรวจตามนัด

1.6.2.8 **ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด และความเข้าใจ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยง (18) ด้านการบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา, การมาตรวจตามนัด

1.6.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและขึ้นทะเบียนประวัติผู้ป่วยกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสม โดยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นสาเหตุหรือสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice : KAP) นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง ครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice : KAP) มาประยุกต์เป็นแนวทางการศึกษา รวมถึงได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัย ดังต่อไปนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

2.2 โรคความดันโลหิตสูง

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือ ภาวะอัมพฤกษ์ (Stroke) คือ ภาวะที่สมองมีการสูญเสียหน้าที่ไปนานกว่า 24 ชั่วโมงและเมื่อได้รับการตรวจพิเศษแล้วพบว่าสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงสมอง (cerebrovascular disease) (19) เป็นโรคเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง สมองบางส่วนทำงานผิดปกติ ถ้าสมองที่ผิดปกติอยู่ในตำแหน่งที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนขา ก็จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ที่เรียกว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต อาการที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขาข้างใดข้างหนึ่ง อ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง (20) อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต รวมทั้งอาจก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) กล่าวถึงความสำคัญของโรคนี้ว่า ปัจจุบันประชากร 1 ใน 6 ของโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (1) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,128,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (21)

คาดว่าจะมีคนเป็นโรคนี้นี้เพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 คน (1) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และความพิการในระยะยาวการควบคุมและป้องกันโรคดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างเร่งด่วน และต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการป่วย อัตราการตายและการทุพพลภาพจากความพิการจากโรคนี้ (11)

สถาบันประสาทวิทยา (Prasat Neurological Institute Bangkok) ได้กล่าวไว้ว่า โดยปกติเนื้อสมองจะได้รับออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ เพื่อมาหล่อเลี้ยงเซลล์ประสาทให้คงสภาพและการทำงานได้อย่างปกติ โดยผ่านทางเลือดที่ไหลเวียนมาตามหลอดเลือดสมอง เมื่อใดก็ตามเกิดการทำลายของหลอดเลือดสมองส่งผลให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองได้ นานมากกว่า 3 – 4 นาที เนื้อสมองก็จะถูกทำลายตายในที่สุด ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (22)

2.1.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน กับหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในคนที่มีปัจจัยเสี่ยงมาก่อนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแล้ว โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จะพบได้บ่อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก ประมาณ 4 เท่า (1) มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ทำให้สมองขาดเลือดที่เกิดจากการตีบตันหรืออุดตัน หรือเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอจากความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ราวร้อยละ 70 – 80 จะอยู่ในกลุ่มนี้ (19)

ภาวะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรืออุดตันเกิดได้จากหลายสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ เป็นเพราะผนังของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแข็ง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เป็นการเสื่อมของหลอดเลือดร่วมกับมีการอักเสบในผนังหลอดเลือด เรียกว่า ภาวะ atherosclerosis หลอดเลือดแดงที่มีภาวะนี้จะมีไขมันและหินปูน รวมทั้งเซลล์ที่กล้ำเนื้อของผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนเลือดไหลผ่านไม่สะดวก หรืออาจมีชิ้นส่วนของผนังหลอดเลือดรวมทั้งเกล็ดเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด แล้วหลุดลอยไปอุดตันในหลอดเลือดสมองที่อยู่ส่วนปลาย (1) ตำแหน่งการตีบตัน แบ่งออกเป็น หลอดเลือดภายในสมอง (intracranial artery) และ หลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะ (extracranial artery lesion) หลอดเลือดที่พบได้บ่อยคือ internal carotid artery (ICA) พยาธิสภาพมักเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (19) ภาวะหลอดเลือดแข็งนี้เกิดขึ้นได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงอาจพบโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย โดยเฉพาะที่ขาาร่วมด้วยได้ ผู้ป่วยบางคนจึงมีอาการร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก จากกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดและอาจมีอาการ เท้าชา เดินแล้วปวดน่อง ซึ่งเป็นผลจากการตีบ

ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณขาร่วมด้วย สำหรับภาวะหลอดเลือดแข็งที่จะมีผลทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดใหญ่ในสมอง มักจะเป็นบริเวณคอซึ่งเป็นหลอดเลือดใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมอง หรืออาจเกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมองเลยก็ได้ ภาวะหลอดเลือดแข็งนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้ที่สูบบุหรี่ (1) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเนื้อสมองขาดเลือดในคนไทยถึงร้อยละ 21 โดยจะพบหลอดเลือดแดง carotid ตีบ อย่างรุนแรงในส่วน of extracranial (ร้อยละ 50-100) พบได้ประมาณ ร้อยละ 17 (19)

ในบางครั้งคนที่เป็โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง อาจไม่มีภาวะหลอดเลือดแข็ง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแข็ง แต่อาจมีโรคหัวใจบางชนิดที่ทำให้มีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในหัวใจ แล้วหลุดไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง เช่น ผู้ที่มีโรคหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะชนิด atrial fibrillation (พบบ่อยในผู้สูงอายุ) ผู้ที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะชนิด atrial fibrillation หัวใจจะมีการเต้นไม่ตรงจังหวะ ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งเร็ว บางครั้งช้า บางครั้งหัวใจบีบตัวแรง บางครั้งก็บีบตัวค่อย ถ้าคำชี้แจงจะพบว่าชี้แจงเต้นไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยบางคนอาจมีความรู้สึกว้าวุ่นใจ แต่บางคนอาจไม่รู้สึกรบกวนใจก็ได้ การที่หัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะจะทำให้มีเลือดหมุนวนค้างอยู่ในหัวใจ เพราะหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเต็มที่ ในที่สุดเลือดที่หมุนวนค้างอยู่ในหัวใจก็จะจับตัวเป็นลิ่มเลือดขนาดเล็ก ซึ่งอาจหลุดออกจากหัวใจไปอุดตันยังหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ การที่จะรู้ว่ามีโรคหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะหรือไม่ ต้องให้แพทย์ตรวจร่างกายและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรืออีเคจี (EKG) (1) ซึ่งสาเหตุนี้พบในคนไทยได้ ร้อยละ 13 (19)

สาเหตุของการเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พบบ่อย คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและโรคหัวใจบางชนิด กรณีนี้พบบ่อยในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังมีโรคอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดอุดตันในคนอายุน้อยๆได้ เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ การบิดคออย่างรุนแรง การนอนที่ไม่ได้มาตรฐาน ผลจากการได้รับยา สารบางชนิดหรือสารเสพติด ผลมาจากโรคที่ทำให้มีความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน มีรูรั่วระหว่างหัวใจห้องซ้ายและขวา ลิ้นหัวใจอักเสบ มีเนื้องอกในหัวใจบางชนิด โรคทางพันธุกรรมบางชนิด โรคกระเริงบางชนิด โรคไตบางชนิด เป็นต้น

เมื่อหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองอุดตัน จะทำให้สมองบางส่วนขาดเลือด จากนั้นจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายส่วนที่สมองส่วนนั้นควบคุม อธิบายเพื่อให้เข้าใจง่าย คือ สมองใหญ่มี 2 ซีก คือ ซ้ายกับขวา และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็มี 2 ข้างเช่นกัน ดังนั้นเมื่อสมองขาดเลือด ผู้ป่วยจึงมักเกิดความผิดปกติขึ้นที่ร่างกายซีกใดซีกหนึ่งด้วย เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาตครึ่งซีก ปากเบี้ยวข้างหนึ่ง ซาครึ่งซีก หรือเดินเซไปข้างใดข้างหนึ่ง ยิ่งถ้าสมองขาดเลือดนานเป็นชั่วโมง สมองส่วนหนึ่งก็จะเสียและตายอย่างถาวร ไม่สามารถเพิ่มขึ้นมาหรือออกมาเพิ่มได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการพิการ แขนขาข้าง

โตข้างหนึ่งอ่อนแรง หากผู้ป่วยมาพบหมอได้เร็วและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ก็อาจช่วยให้หลอดเลือดที่อุดตันเปิดออก เลือดไหลขึ้นไปเลี้ยงสมองได้ อาการก็จะดีขึ้น

2.1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบน้อยกว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) แต่มีความรุนแรงมากกว่าประมาณร้อยละ 20 – 30 (20) สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจเกิดจากความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองโป่งพอง เป็นต้น (21) หลอดเลือดสมองแตก มีอยู่ 2 ประเภทสำคัญ คือ หลอดเลือดแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) กับ หลอดเลือดแตกที่มีเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ทั้งสองกลุ่มนี้จะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน จากสมองบริเวณนั้น ขาดเลือดจากการแตกของหลอดเลือดหรือการกดทับสมองบริเวณข้างเคียงจากก้อนเลือด (19) แต่สาเหตุของการเกิดโรคสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกัน ดังนี้

(1) กลุ่มหลอดเลือดแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) มักเกิดจากการที่หลอดเลือดเปราะแตกง่าย นอกจากนี้ยังพบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งหลอดเลือดแดงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งหรือตีบ ผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะหลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำจับตัวเป็นขั้วผิดปกติ ก็อาจมีหลอดเลือดแตกในตำแหน่งที่ผิดปกตินี้ได้ หรือในบางรายเป็นโรคหลอดเลือดอักเสบจากการใช้ยาเสพติด ก็อาจมีเลือดออกได้เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดในสมองแตกหลายตำแหน่งนั้น บ่อยครั้งเกิดจากการมีพยาธิตัวจิ๊ดไซ้เข้าไปในสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติบวมตามตัวย้ายที่ไปมา ต่อมาตัวจิ๊ดไซ้เข้าไปในสมอง หลอดเลือดก็จะแตก ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเกิดหลอดเลือดแตกจากการได้รับยาที่ทำให้เลือดออกง่ายอยู่เดิม ยาดังกล่าวมักจะเป็นยาที่ใช้ป้องกันไม่ให้หลอดเลือดอุดตัน เป็นยาในกลุ่มแอสไพรินหรือวาร์ฟาริน ยาเหล่านี้ควรใช้เฉพาะเมื่อแพทย์แนะนำให้รับประทาน นอกจากนี้ยังมียาหรืออาหารเสริมบางชนิด ที่มีฤทธิ์เสริมกับยาที่ป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด เมื่อรับประทานร่วมกัน อาจทำให้มีเลือดออกได้ง่าย เช่น ยากลุ่มน้ำมันปลา สารสกัดจากใบแปะก๊วย เป็นต้น ดังนั้นถ้ารับประทานยาในกลุ่มนี้ ควรแจ้งให้แพทย์รับทราบด้วย

(2) กลุ่มหลอดเลือดแตกที่มีเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ผู้ป่วยจะมีเนื้อสมองที่บวมขึ้น และกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่น และทำให้การทำงานของสมองที่ถูกเบียด เสียไป (21) มักจะพบในผู้ที่มีหลอดเลือดโป่งพองที่เรียกว่า แอneurิซึม (aneurysm) ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีผนังหลอดเลือดไม่ค่อยแข็งแรง และผู้ที่สูบบุหรี่ การมีเลือดออกในน้ำที่อยู่รอบสมองจะมีเลือดเล็ดเข้าไปปนกับน้ำที่อยู่รอบสมอง ทำให้รบกวนการทำงานของสมองโดยรวมและมีความดันเพิ่มขึ้นในโพรงกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะอย่างมาก หรือหมดสติทันทีจนเสียชีวิตได้

โรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นภาวะหลอดเลือดอุดตันทำให้สมองขาดเลือด หรือ หลอดเลือดออกในสมองมักจะเกิดอาการอย่างเฉียบพลัน หรือถ้ามีอาการแบบค่อยๆ เป็นเพิ่มขึ้นๆ ก็ มักจะใช้เวลาก่อนตัวของโรคไม่นานเกิน 4 – 5 วัน บางครั้งอาจเกิดขณะหลับกว่าจะรู้ตัวว่ามีอาการก็ เมื่อตื่นนอนตอนเช้าแล้ว แท้จริงแล้วความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นมักเป็นความผิดปกติ ที่สะสมมานาน โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดจากหลอดเลือดแข็งโดยมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ร่วมด้วยเช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันสูง สูบบุหรี่ ที่ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นเรื่อยๆ จนมีการตีบแคบ ของหลอดเลือด แต่โดยทั่วไปมักยังไม่เกิดอาการเนื่องจากหลอดเลือดยังไม่อุดตัน สมองสามารถ ปรับตัวได้และยังอาจมีเลือดจากหลอดเลือดข้างเคียงมาช่วยเลี้ยงได้ แต่เมื่อเป็นมากจนหลอดเลือดอุดตันและไม่มีเลือดจากหลอดเลือดอื่นมาช่วยเลี้ยง ก็จะเกิดอาการขึ้นมา หรือบางครั้งผนังหลอดเลือดที่ หนามีไขมันหรือ หินปูนจับอยู่อาจหลุดและไปอุดตันหลอดเลือดสมองส่วนปลายออกไปทำให้เกิด อาการขึ้นมาได้ทันที กรณีหลอดเลือดอุดตันที่เกิดจากลิ่มเลือดหัวใจ อาการจะเกิดจากลิ่มเลือดหลุด ออกมาจากหัวใจไปอุดตันยังหลอดเลือดในสมองทันที ด้วยเหตุนี้อาการจึงมักจะเกิดขึ้นอย่าง เฉียบพลัน กรณีที่หลอดเลือดสมองแตก มักจะเกิดจากความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดซึ่งจะโป่งออกและเปราะในบางตำแหน่ง เมื่อหลอดเลือดรับแรงดัน ไม่ไหวก็จะแตกออก เกิดมีเลือดออกมาในสมองทำให้เกิดอาการทันทีทันใด

สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Framingham Stroke Risk Profile, 2006) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา (American Stroke Association : ASA, 2006) ได้กำหนดแนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญดังนี้ (23)

- (1) เพศชายหรือหญิง ใช้ค่าคะแนนความเสี่ยงจากตารางคนละชุดกัน
- (2) อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป
- (3) ค่าความดันซิสโตลิก
- (4) การรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
- (5) ประวัติการสูบบุหรี่ (มีประวัติสูบบุหรี่ในรอบ 1 ปีก่อนตรวจหรือไม่)
- (6) การเป็นโรคเบาหวาน
- (7) หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว
- (8) หัวใจห้องล่างซ้ายโตจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- (9) ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน

ตารางที่ 2.1 การให้ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้า ของ
ฟรามิงแฮมฉบับปรับปรุงใหม่ ปี ค.ศ. 2016 (Framingham Heart Study, 2016)

	ค่าคะแนน										
	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
ชาย											
อายุ (ปี)	54-56	57-59	60-62	63-65	66-68	69-72	73-75	76-78	79-81	82-84	85
ความดันโลหิตตัวบนที่ไม่ได้	97-105	106-	116-	126-	136-	146-	156-	166-	176-	186-	196-
รับการรักษา (มม.ปรอท)		115	125	135	145	155	165	175	185	195	205
ความดันโลหิตตัวบนที่ได้รับ	97-105	106-	116-	126-	136-	146-	156-	166-	176-	186-	196-
การรักษา (มม.ปรอท)		112	117	123	129	135	142	150	161	176	205
ประวัติโรคเบาหวาน	No		Yes								
การสูบบุหรี่	No			Yes							
โรคหลอดเลือดหัวใจ	No				Yes						
ห้องหัวใจบนสั่นพลิ้ว AF	No				Yes						
ห้องหัวใจล่างซ้ายโตจากการ	No					Yes					
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ											
หญิง											
อายุ (ปี)	54-56	57-59	60-62	63-64	65-67	68-70	71-73	74-76	77-78	79-81	82-84
ความดันโลหิตตัวบนที่ไม่ได้		95-	107-	119-	131-	144-	156-	168-	181-	193-	205-
รับการรักษา (มม.ปรอท)		106	118	130	143	155	167	180	192	204	216
ความดันโลหิตตัวบนที่ได้รับ		95-	107-	114-	120-	126-	132-	140-	149-	161-	205-
การรักษา (มม.ปรอท)		106	113	119	125	131	139	148	160	204	216
ประวัติโรคเบาหวาน	No			Yes							
การสูบบุหรี่	No			Yes							
โรคหลอดเลือดหัวใจ	No		Yes								
ห้องหัวใจบนสั่นพลิ้ว AF	No						Yes				
ห้องหัวใจล่างซ้ายโตจากการ	No				Yes						
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ											

ที่มา: Framingham Heart Study (2016) (24)

ตารางที่ 2.2 ร้อยละของค่าความเป็นไปได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้า
ของฟรามิงแฮม ฉบับปรับปรุงใหม่ ปี ค.ศ. 2016

ค่าคะแนน	ความเป็นไปได้ภายใน 10 ปี (ร้อยละ)	
	เพศชาย	เพศหญิง
1	3	1
2	3	1
3	4	2
4	4	2
5	5	2
6	5	3
7	6	4
8	7	4
9	8	5
10	10	6
11	11	8
12	13	9
13	15	11
14	17	13
15	20	16
16	22	19
17	26	23
18	29	27
19	33	32
20	37	37
21	42	43
22	47	50
23	52	57
24	57	64
25	63	71
26	68	78
27	74	84
28	79	
29	84	
30	88	

ที่มา: Framingham Heart Study (2016)(24)

2.2 โรคความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้ให้คำนิยาม โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท รวมถึง องค์การอนามัยโรคองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.2552 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (25)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง การมีค่าความดันโลหิตที่สูงกว่าค่าปกติ โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่ต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือได้รับการตรวจจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อย 2 ครั้ง แล้วมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติอย่างน้อย 1 ครั้ง (14) กล่าวได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมนุษย์ในอันดับต้นๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรังที่บางครั้งผู้ป่วยไม่แสดงอาการและไม่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ ค่าความดันมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ค่าความดันที่สูงเกินไปนั้นไม่ดี และความดันต่ำเกินไปก็ไม่ดีเหมือนกัน เมื่อความดันโลหิตต่ำเลือดจะไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่ทั่วถึง ส่งผลให้การทำงานของสมองหรือไตมีปัญหา ระดับความดันโลหิตที่ดีที่สุด คือ มีเลขความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันตัวล่างไม่เกิน 80 เมตรปรอท เนื่องจากความดันระดับนี้ทำให้หลอดเลือดแดงรับภาระน้อยลง (26) ปัจจัยหลักที่ทำให้ความดันโลหิตเกิดการเปลี่ยนแปลง เรียกว่า เป็นปัจจัยกำหนดความดันโลหิต สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างยิ่ง คือ “อัตราการไหลของเลือดที่ออกจากหัวใจซ้ายหรือขวาในระยะเวลา 1 นาที” กับ “ความต้านทานรวมเฉลี่ยของหลอดเลือด” เมื่อปัจจัย 2 ข้อนี้เสียสมดุล ก็จะเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะ “ความดันโลหิตสูง” จนอาจพูดได้ว่า อัตราการไหลของเลือดที่ออกจากหัวใจซ้ายหรือขวากับความต้านทานรวมเฉลี่ยของหลอดเลือด เป็นกุญแจกำหนดระดับความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตต่ำ

ภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดถูกแรงดันสูงอยู่ตลอดเวลา และไม่นาน เยื่อบุด้านในหลอดเลือดจะเกิดรอยปริ ซึ่งจะมีการสะสมของคลอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี เรียกว่า Low-Density-Lipoprotein cholesterol (LDL cholesterol) ในบริเวณนี้ ในขณะที่เซลล์เอนโดเทเลีย ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งจะช่วยกำจัดคลอเลสเตอรอลชนิดนี้ แต่ถ้ามันมีอยู่ในปริมาณมากเกินไปก็ไม่สามารถกำจัดได้หมด และไม่นานเซลล์เอนโดเทเลียก็จะเข้าไปจับคลอเลสเตอรอลและไปฝังตัวอยู่ตามผนังหลอดเลือดเสียเอง เรียกว่า โฟมเซลล์ (foam cell) เมื่อเซลล์เหล่านี้ตายก็จะไปเกาะติดอยู่กับเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแคบลงและไม่ยืดหยุ่น ภาวะเช่นนี้เรียกว่า หลอดเลือดแดงตีบ

เมื่อเกิดภาวะนี้ ระบบไหลเวียนเลือดก็จะผิดปกติหัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงให้ทั่วร่างกาย ค่าความดันโลหิตซึ่งแปรตามความยืดหยุ่น และความต้านทานรวมเฉลี่ยของหลอดเลือดจะสูงขึ้นตามไปด้วย และสภาวะนี้ก็จะพัฒนาไปเรื่อยๆตามค่าความดันโลหิตที่สูงอย่างต่อเนื่อง โรคหลอดเลือดตีบซึ่งเป็นผลร้ายสามารถเกิดขึ้นได้จากภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจตีบ เรียกได้ว่ามีปัญหาทั้งหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ เกิดจากเลือดบริเวณคอหรือในสมองทำให้มีเลือดคั่งในเนื้อสมอง ความดันโลหิตที่เกิดจากเลือดคั่งนี้ก่อให้เกิดปัญหาแตกต่างกันไป โรคที่มีเลือดออกในสมองอาจมีเลือดออกบริเวณเยื่อหุ้มสมอง ทำให้อัตราการเสียชีวิตมากขึ้น โรคหลอดเลือดในสมองแตกอาจเรียกอีกชื่อได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงอาจทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ หรือหลอดเลือดใหญ่บริเวณช่องท้องโป่งพอง เรียกว่า โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aortic aneurysm) อาจส่งผลให้หลอดเลือดแตกและมีเลือดออกมากซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ระดับความดันโลหิตสูงและภาวะหลอดเลือดแดงตีบทำให้เกิดโรคร้ายแรงต่างกันไป เรียกได้ว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ

ตารางที่ 2.3 การจำแนกประเภทความดันเลือดโดย ESH-ESC (2007)

ระดับความดันโลหิต	ค่าความดันโลหิต เมื่อหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)		ค่าความดันโลหิต เมื่อหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)
ความดันโลหิตดี	น้อยกว่า 120	และ	น้อยกว่า 80
ความดันโลหิตปกติ	120 – 129	และ/หรือ	80 – 84
ความดันโลหิตสูงขั้นต้น	130 – 139	และ/หรือ	85 – 89
โรคความดันโลหิตสูงระดับ 1	140 – 159	และ/หรือ	90 – 99
โรคความดันโลหิตสูงระดับ 2	160 – 179	และ/หรือ	100 – 109
โรคความดันโลหิตสูงระดับ 3	มากกว่า หรือเท่ากับ 180	และ/หรือ	มากกว่า หรือเท่ากับ 110
โรคความดันโลหิตสูงเฉพาะ ความดัน โลหิตตัวบน (isolated systolic hypertension)	มากกว่า หรือเท่ากับ 140	และ	น้อยกว่า 90

ที่มา : 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, Journal of Hypertension 2007,25: 1105-1187 (27)

แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน แบ่งกลุ่มผู้ที่มีความดันเลือดสูงแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อที่จะบอกถึงความเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อแต่ยังอยู่ในค่าปกติ โดย JNC7 (ค.ศ. 2003) ใช้คำว่า "ก่อนความดันโลหิตสูง" (prehypertension) ในผู้ที่มีความดันเลือดช่วงหัวใจบีบตัวในช่วง 120-139 มม.ปรอท และ/หรือความดันเลือดในช่วงหัวใจคลายตัว 80-89 มม.ปรอท ในขณะที่ ESH-ESC Guidelines (ค.ศ. 2007) BHS IV (ค.ศ. 2004) รวมถึงแนวทางการรักษาโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2555) แบ่งประเภทผู้ที่มีความดันเลือดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทตามค่าความดันมากน้อย โดยใช้จัดเป็นกลุ่ม "เหมาะสม" (optimal) "ปกติ" (normal) และ "ปกติค่อนข้างสูง" (high normal) (ดูตาราง — การจำแนกประเภทความดันเลือดโดย ESH-ESC BHS IV และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย) ในช่วงความดันโลหิตสูงก็มีการจัดประเภทตามความรุนแรงเช่นเดียวกัน โดย JNC7 แบ่งกลุ่มที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทออกเป็น "ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1" (hypertension stage I) "ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2" (hypertension stage II) และ "ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง" (isolated systolic

hypertension) ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูงบ่งชี้ถึงผู้ที่มีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบสูงแต่ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายปกติ มักพบในผู้สูงอายุ ในขณะที่ ESH-ESC Guidelines (ค.ศ. 2007) BHS IV (ค.ศ. 2004) และแนวทางการรักษาผู้ป่วยของประเทศไทย (พ.ศ. 2555) ที่มีการเพิ่มกลุ่ม "ความดันโลหิตสูงระยะที่ 3" หมายถึงผู้ที่มีความดันเลือดช่วงหัวใจบีบมากกว่า 179 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายมากกว่า 109 มม.ปรอท ความดันโลหิตสูง "ชนิดดื้อ" หมายถึงการใช้ยาที่ไม่สามารถลดความดันโลหิตกลับมาอยู่ในระดับปกติได้ เปรียบเทียบ (28) (ตาราง 2.4) ได้ดังนี้

ตารางที่ 2.4 การจำแนกประเภทความดันเลือดโดยESH-ESC BHS IVและสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

ประเภท	ความดันช่วงหัวใจบีบ (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันช่วงหัวใจ คลาย (มิลลิเมตรปรอท)
เหมาะสม	<120	และ	<80
ปกติ	120-129	และ/หรือ	80-84
ปกติค่อนข้างสูง	130-139	และ/หรือ	85-89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 3	≥180	และ/หรือ	≥110
ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง	≥140	และ/หรือ	<90

ที่มา: ESH-ESC Guidelines (2007); BHS-IV 2004 Guidelines; สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555)

ตารางที่ 2.5 การจำแนกประเภทความดันเลือดโดย JNC7

ประเภท	ความดันช่วงหัวใจบีบ (Systolic pressure ; SBP)		ความดันช่วงหัวใจคลาย (Diastolic pressure ; DBP)	
	มม.ปรอท	กิโลпасกาล	มม.ปรอท	กิโลпас
	(mmHg)	(kPa)	(mmHg)	กาล (kPa)
ปกติ	90-119	12-15.9	60-79	8.0-10.5
ก่อนความดันโลหิตสูง	120-139	16.0-18.5	80-89	10.7-11.9
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140-159	18.7-21.2	90-99	12.0-13.2
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	≥160	≥21.3	≥100	≥13.3
ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบ	≥140	≥18.7	<90	<12.0
สูง				

ที่มา: National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2003), JNC7 (ค.ศ. 2003)

ใน 1 วัน ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ผู้ที่สุขภาพร่างกายแข็งแรงก็มีภาวะความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงเวลาของวัน (diurnal variation) ในตอนกลางวันความดันโลหิตสูงขึ้นเพราะการขับเคลื่อนร่างกาย ส่วนตอนกลางคืนร่างกายจะผ่อนคลายจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งทำให้ความดันโลหิตลดลง การกระทำที่ตรงกันข้ามกัน ทำให้ร่างกายมีระบบการทำงานที่สมดุล นอกจากความต่างในเวลากลางวันกลางคืนแล้ว ความดันโลหิตยังเปลี่ยนแปลงตามสภาวะจิตใจ (เครียดหรือกดดัน ตื่นเต้น โกรธ) กิจกรรมประจำวัน (ตื่นนอน ขับถ่าย รับประทานอาหาร อาบน้ำ เป็นต้น) หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิและอายุ เพราะฉะนั้นการวัดความดันโลหิตเพียงครั้งเดียวไม่สามารถบ่งชี้ระดับของตัวเลขที่แน่นอนได้ ผู้ที่สุขภาพแข็งแรง ความดันโลหิตอาจสูงชั่วคราว แต่สักครู่ก็จะลดลงตามปกติ แต่เมื่อใดที่ความดันโลหิตขึ้นสูงจากเดิมวัดกี่ครั้งก็ยิ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สภาวะแบบนี้เรียกว่า **โรคความดันโลหิตสูง (26)**

2.2.1 โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาวะความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2.6 โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาวะความดันโลหิตสูง

ตำแหน่ง	ชื่อโรค	อาการของโรค
สมอง	โรคหลอดเลือดสมอง (โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก เป็นต้น)	พัฒนาจากภาวะหลอดเลือดแดงตีบ เกิดเลือดคั่งที่หลอดเลือดในสมอง ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดติดขัด เซลล์โดยรอบตาย (หลอดเลือดในสมองตีบ) บริเวณที่มีอาการหลอดเลือดตีบ ซึ่งมีบางส่วนของหลอดเลือดเกิดรอบปริและแตก (โรคหลอดเลือดในสมองแตก)มีอัตราเสียชีวิตสูง หรือส่งผลให้เกิดอาการอัมพาตและมีปัญหาการพูด
หัวใจ	อาการ ปวดเค้นหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น	หลอดเลือดตีบ บริเวณหลอดเลือดคอโรนารี ทำให้มีอาการปวดเค้นหัวใจถ้ามีอาการ แน่นหน้าอกเพียงอย่างเดียว ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต แต่มีโอกาสนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูง สภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องซ้ายโต เกิดภาวะ “หัวใจโต” ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดน้อยลง เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่าย
ช่องท้อง	โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง	ความดันโลหิตสูง ทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เมื่อเส้นเลือดนี้แตก จะมีอาการตกเลือดรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูง
ไต	โรคไตกระด้าง ไตวาย เป็นต้น	หลอดเลือดฝอยในไตตีบ ทำให้ไตแข็งและเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เรียกว่าโรคไตกระด้าง เมื่อการทำงานของไตแย่ลง เป็นผลให้ไม่คอยถ่ายปัสสาวะนำไปสู่ภาวะไตล้มเหลว เป็นอันตรายต่อชีวิตและอาจเกิดภาวะเลือดเป็นพิษ

ตารางที่ 2.6 โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาวะความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ตำแหน่ง	ชื่อโรค	อาการของโรค
ขา	เนื้อตายที่ขา เป็นต้น	เกิดจากส่วนปลายของหลอดเลือดแดง ที่ขาตีบ ทำให้ปวดขาหรือน่อง จากการที่เลือดไปเลี้ยงไม่ทั่วถึง เดินไกลๆไม่ได้ การไหลเวียนของเลือดหยุดชะงักจนส่งผลให้เกิดเนื้อตาย
ตา	หลอดเลือดแดงที่จอประสาทตาแตก	หลอดเลือดแดงบริเวณจอประสาทตาแตก มีเลือดออกในจอประสาทตา จนอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ผลสุดท้ายอาจทำให้ตาบอดได้

ที่มา : Yoshihiko Watanabe (2557). *คุมความดันโลหิตให้อยู่หมัด*. (26)

2.2.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกตามสาเหตุของการเกิดโรคได้ 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคอย่างแน่ชัด และโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยชัดเจน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.2.1 ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ (primary hypertension) หรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) พบว่า เป็นความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ความดันโลหิตสูงเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีการศึกษาพบยีนหลายชนิดที่มีผลเล็กน้อยต่อความดันโลหิต และมียีนจำนวนน้อยมากที่มีผลอย่างมากต่อความดันโลหิต แต่สุดท้ายปัจจัยด้านพันธุกรรมต่อความดันโลหิตสูงยังไม่เป็นที่เข้าใจกันมากนักในปัจจุบัน ความดันเลือดเพิ่มขึ้นตามอายุและความเสี่ยงของการเป็นความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุนั้นสูง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมหลายอย่างที่มีผลต่อความดันเลือด ความเครียดอาจมีผลต่อความดันเลือดเล็กน้อย ปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่ชัดเจน ได้แก่ การบริโภคคาเฟอีน และการขาดวิตามินดี เชื่อกันว่าภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ซึ่งพบได้บ่อยในคนอ้วนและเป็นองค์ประกอบของกลุ่มอาการเมแทบอลิก (metabolic syndrome) เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง การศึกษาเร็วๆ นี้พบนิยยะว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงต้นของชีวิต เช่น น้ำหนักแรกเกิดน้อย มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ และการ

ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในผู้ใหญ่ แต่ทั้งนี้การอธิบายกลไกดังกล่าวยังคลุมเครือ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุจะมีความต้านทานการไหลของเลือดในร่างกาย ที่สูงขึ้น มักจะทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น ในขณะที่ปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาที ยังคงปกติ มีหลักฐานอธิบายได้ว่าในผู้ที่อายุน้อยบางคนมีภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (prehypertension) มีปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีสูง อัตราหัวใจเต้นสูงขึ้น และแรงต้านส่วนปลายทั้งหมดยังปกติ ซึ่งเราเรียกว่าภาวะ "hyperkinetic borderline hypertension" คนเหล่านี้เมื่อมีอายุมากขึ้น ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจจะลดลง และแรงต้านส่วนปลายทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งตรงตามแบบของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ดังที่กล่าวข้างต้น แต่กลไกนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันหากจะใช้นอธิบายรูปแบบการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันทุกราย (29)

2.2.2.2 ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ (Secondary hypertension) หรือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ มีสาเหตุที่สามารถระบุได้ โรคไตเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงประเภทนี้ และยังสามารถเกิดมาจากโรคต่อมไร้ท่อต่างๆ เช่น อาการคุชชิง ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย สภาพโตเกินไม่สมส่วน ภาวะอัลโดสเตอโรนสูงหรือกลุ่มอาการคอนน์ (Conn's syndrome) ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป และฟีโอโครโมไซโตมา สาเหตุอื่นๆ ของความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิเช่น โรคอ้วน อาการหยุดหายใจขณะนอนหลับ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะหลอดเลือดเออร์ตาแคบ ยาบางชนิดสมุนไพร เช่น การบริโภคชะเอมเทศมากเกินไป และยาเสพติดบางชนิด (29) โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้หากไม่ได้รับการรักษา มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัว สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อม ผนังหลอดเลือดแดงแข็ง นำไปสู่หลอดเลือดตีบตันและเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่ได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาอีกหลายประการ เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโตและอาจเกิดภาวะหัวใจวายตามมา นอกจากนี้อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตันหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย สำหรับในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดภาวะชักหรือหมดสติได้ โรคความดันโลหิตสูงยังอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อมทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ส่งผลให้ความดันเลือดสูงขึ้นได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ โดยในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ซึ่งต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตาทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้ ทั้งนี้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและระยะของโรคหากมีระดับความดันโลหิตสูงมากๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็ว และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตภายในเวลาไม่นาน ส่วนในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงไม่มาก อาจใช้

เวลานานถึง 10–20 ปี ที่จะแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ เมื่อได้รับการแก้ไขที่สาเหตุของการเกิดโรค ภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปได้ (14)

2.2.3 หลักการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาและควบคุมโรค เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการพิจารณาการให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การตัดสินใจทำการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใช้หลัก 2 ประการ คือการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular risk) โดยดูจากปัจจัยเสี่ยงและร่องรอยการทำลายอวัยวะต่างๆ (organ damage) และการประเมินระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (14)

2.2.3.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

(Cardiovascular risk) คือ การประเมินร่องรอยการทำลายอวัยวะต่างๆ(organ damage) ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไว้ดังนี้

- (1) ระดับความรุนแรงของค่าความดันซิสโตลิก (SBP) และ ค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP)
- (2) ระดับของ pulse pressure > 60 มิลลิเมตรปรอท
- (3) เพศชายอายุ ≥ 55 ปี และ เพศหญิงอายุ ≥ 65 ปี
- (4) การสูบบุหรี่
- (5) ระดับไขมันรวมในเลือดผิดปกติ (total cholesterol) มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL- cholesterol) น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- (6) ระดับกลูโคสในพลาสมา หลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose : FPG) มีค่าระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- (7) คำนวณความทนทานต่อเบาหวาน (Glucose tolerance test : GTT) ผิดปกติ

- (8) ประวัติการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ในบิดา มารดาหรือพี่น้องก่อนเวลาอันสมควร (เพศชายเกิดก่อนอายุ 55 ปี และหญิงเกิดก่อนอายุ 65 ปี)
- (9) มีภาวะอ้วนลงพุง คือ เส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง

สมพันธโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติได้เสนอแนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ข้างหน้า ดังแสดงไว้ใน ตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.7 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ข้างหน้า

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)				
	ปกติ	สูงเล็กน้อย	สูงระดับที่ 1	สูงระดับที่ 2	สูงระดับที่ 3
	(SBP120-129 หรือ DBP 80-84)	(SBP130-139 หรือ DBP 85-89)	(SBP140-159 หรือ DBP 90-99)	(SBP160-169 หรือ DBP 100-109)	(SBP $\geq$ 180 หรือ DBP $\geq$ 110)
ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น	ปกติ	ปกติ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 ข้อ	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง-สูง	สูง
มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป	ต่ำ-ปานกลาง	ต่ำ-ปานกลาง	ปานกลาง-สูง	สูง	สูง
TOD, CKD stage 3 หรือเป็นเบาหวาน	ปานกลาง-สูง	ปานกลาง-สูง	สูง	สูง	สูง - สูงมาก
Symptomatic CVD, CKD stage $\geq$ 4 หรือเบาหวานที่มี TOD/RFs	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก

RF = risk factor; TOD = target organ damage; CVD = cardiovascular disease; BP = blood pressure; CKD = chronic kidney disease; HT = hypertension; SBP = systolic blood pressure; DBP = diastolic blood pressure; CKD stage $\geq$ 4 = eGFR $<$ 30 มล./นาที/1.73 ม²; CKD stage 3 = eGFR 30-35 มล./นาที/1.73 ม²;

ที่มา: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558). (25)

การจัดระดับความเสี่ยงโดยรวมต่อการเสียชีวิตจาก CVD อาศัยระดับความดันโลหิต จำนวน ของปัจจัยเสี่ยง TOD ที่ไม่มีอาการ, โรคเบาหวาน, ระยะของ CKD หรือปรากฏ CVD อยู่ แล้ว. การจัดระดับของความเสี่ยงใช้นิยามดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงต่ำ หมายถึง ความเสี่ยงที่โดยรวมจะเกิดการเสียชีวิตจาก CVD ในเวลา 10 ปี ต่ำกว่าร้อยละ 1
2. ความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ความเสี่ยงที่โดยรวมจะเกิดการเสียชีวิตจาก CVD ในเวลา 10 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 1 ไปจนถึง น้อยกว่าร้อยละ 5
3. ความเสี่ยงสูง หมายถึง ความเสี่ยงที่โดยรวมจะเกิดการเสียชีวิตจาก CVD ในเวลา 10 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 5 ไปจนถึง น้อยกว่าร้อยละ 10
4. ความเสี่ยงสูงมาก หมายถึง ความเสี่ยงที่โดยรวมจะเกิดการเสียชีวิตจาก CVD ในเวลา 10 ปี มีตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป

ลักษณะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด CVD สูงและสูงมาก มีดังต่อไปนี้

1. เป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง
2. มี pulse pressure > 60 มิลลิเมตรปรอท
3. เป็นโรคเบาหวาน
4. มี RF ต่อการเกิด CVD ≥ 3 ปัจจัยขึ้นไป
5. มี TOD โดยไม่มีอาการ
6. เป็น CVD แล้ว
7. เป็น CKD ตั้งแต่ stage 3 ขึ้นไป (eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ม²)

ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทุกอย่าง (25)

การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงและผู้ทำการรักษาดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้จากการประชุมของ สมาพันธ์โรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ ครั้งที่ 7 (JNC,2003) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลและ เกณฑ์ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไว้ดังนี้

1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำ (low risk group) ได้แก่ ผู้ชายอายุ 55 ปี และผู้หญิงอายุต่ำกว่า 65 ปี ที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด ในอีก 10 ปีข้างหน้า น้อยกว่าร้อยละ 15 และ ความเสี่ยงจะต่ำลงในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติเล็กน้อย (high normal)

2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดปานกลาง (medium risk group) ได้แก่ บุคคลที่มีความดันโลหิตในช่วงกว้างมาก และมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยคนกลุ่มนี้มีความ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ประมาณร้อยละ 15-20 โดยความเสี่ยงจะมีค่าใกล้เคียงร้อยละ 15 ในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 และมีความเสี่ยงอื่นอีกเพียง 1 ปัจจัย

3) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (high risk group) ได้แก่ บุคคลที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 หรือระดับที่ 2 และมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไป หรือเป็นโรคเบาหวาน หรือมีการเสื่อมทำลายของอวัยวะเป้าหมาย และกลุ่มคนที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 ที่ไม่มีความเสี่ยงอื่น ๆ คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด ในอีก 10 ปีข้างหน้า ประมาณร้อยละ 20-30

4) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงมาก (very high risk group) ได้แก่ บุคคลที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ปัจจัยขึ้นไป คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด ในอีก 10 ปีข้างหน้า ประมาณร้อยละ 30

นอกจากนี้ควรมีการประเมินร่องรอยการทำลายอวัยวะต่างๆ จากโรคความดันโลหิตสูง โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก (organ damage) ที่ตรวจพบ แต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการของโรคเบาหวาน แต่มีอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดและของไตเกิดขึ้นแล้ว (established cardiovascular or renal disease)

2.2.3.2 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) และ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (ISH, 2003) ได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ไว้ดังนี้ (30)

ระยะที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

ระยะที่ 2 ตรวจพบอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่สำคัญ อย่างน้อย 1 อย่าง ต่อไปนี้

- 1) หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy)
- 2) หลอดเลือดแดงบริเวณเรตินา (retina) มีการตีบของหลอดเลือดแดงเฉพาะบางส่วนหรือมีการตีบโดยทั่วไป
- 3) มีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) และหรือ ระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นเล็กน้อย (1.2-2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)
- 4) ตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (ultrasound) หรือ รังสีพบแผ่นคราบไขมัน (plaque) เกาะตามผนังหลอดเลือด

ระยะที่ 3 ตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ได้แก่

- 1) หัวใจมีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว
- 2) สมอมีภาวะสมอขาดเลือดชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมอง สมอบวม อาจเป็นอัมพาต หรืออัมพฤกษ์
- 3) ตามีเลือดออกในเรตินาและอาจมี หรือไม่มีประสาทตาบวม (papilledema) จนอาจทำให้เกิดปัญหาการมองเห็น
- 4) ไต ระดับครีเอตินินในเลือดสูงมากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือมีภาวะไตวาย
- 5) หลอดเลือด พบความผิดปกติของหลอดเลือด โดยมีการโป่งพองของหลอดเลือด (dissecting aneurysm) หรือมีอาการจากหลอดเลือดอุดตัน

จะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในหลายระบบ ดังนี้ การรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติจึงเป็นเป้าหมายสำคัญ (14)

2.2.3.3 การรักษาและการควบคุมความดันโลหิตสูง

การรักษาและควบคุมความดันโลหิตโดยการใช้ยา ยาลดความดันโลหิตมีอยู่หลายกลุ่มที่ใช้ในปัจจุบัน การเลือกสั่งยาลดความดันโลหิตโดยแพทย์ต้องคำนึงถึงความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด) รวมทั้งค่าความดันเลือดของแต่ละคน เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมของคนหนึ่งๆ หลักฐานไม่สนับสนุนการลดความเสี่ยงของการเสียชีวิต หรืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆทางสุขภาพด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันเลือดไม่สูงมาก (ความดันช่วงหัวใจบีบน้อยกว่า 160 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันช่วงหัวใจคลายน้อยกว่า 100 มม.ปรอท) และไม่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ หากเริ่มการรักษาด้วยยา คณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูง (Joint National Committee on High Blood Pressure) หรือ JNC-7 แนะนำว่าแพทย์ไม่ควรเฝ้าติดตามการตอบสนองในการรักษาแต่เพียงอย่างเดียว ต้องประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้วย การที่ความดันเลือดลดลง 5 มม.ปรอทนั้นสามารถลดความเสี่ยงของการโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 34 และ ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ถึงร้อยละ 21 และลดโอกาสของการเกิดภาวะสมองเสื่อม และ อัตราตายจากโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งเป้าหมายของการรักษาควรลดความดันเลือดลงน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอทในประชากรทั่วไป และควรต่ำกว่านี้ในผู้ที่เป็นเบาหวานหรือโรคไต (ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ลดความดันเลือดลงในระดับต่ำกว่า 120/80 มม.ปรอท) แนวทางการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตเพื่อรักษาและวิธีการปรับใช้ยาในประชากรกลุ่มต่างๆ มีการ

เปลี่ยนแปลงเป็นไปตามระยะเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ยาที่นำเลือกใช้เป็นอย่างแรกก็ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันในแนวทางปฏิบัติของ องค์การความร่วมมือคอเคเรน องค์การอนามัยโลก และประเทศสหรัฐอเมริกา มักจะใช้ยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ เป็นลำดับแรก ส่วนแนวทางของสหราชอาณาจักร เน้นการใช้ยาในกลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ (Calcium channel blockers; CCB) ในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 55 ปี หรือมีเชื้อสายแอฟริกัน ในขณะที่ในประชากรที่อายุน้อยกว่าแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มเอซีอีอินฮิบิเตอร์ (Angiotensin converting enzyme inhibitors; ACE-I) ในประเทศญี่ปุ่นมักให้เริ่มใช้ยาใดก็ได้ในกลุ่มยา 6 ชนิด ได้แก่ ACEI/ARB, CCB, บีตาบล็อกเกอร์ (Beta blockers), ไทอะไซด์, และแอลฟาบล็อกเกอร์ (Alpha-blockers) ในขณะที่ประเทศแคนาดาเลือกให้ยาดังกล่าวเช่นกัน ยกเว้นแอลฟาบล็อกเกอร์ **การใช้ชนิดยารวมกัน** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำเป็นต้องใช้ยามากกว่าหนึ่งกลุ่มเพื่อควบคุมความดันโลหิต แนวทางเวชปฏิบัติของ JNC7 และ ESH-ESC จะแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มใช้ยาสองกลุ่มหากความดันช่วงหัวใจบีบสูงกว่าเป้าหมาย 20 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันช่วงหัวใจคลายสูงกว่าเป้าหมาย 10 มิลลิเมตรปรอท ยาที่มักใช้ร่วมกันได้แก่ แคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์กับยาด้านระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน หรือ ยาขับปัสสาวะกับยาด้านระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ยาที่สามารถใช้ร่วมกันได้ ได้แก่ แคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์กับยาขับปัสสาวะ, บีตาบล็อกเกอร์ กับ ยาขับปัสสาวะ, แคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ ชนิดไดไฮโดรไพริดีน (dihydropyridine) กับบีตาบล็อกเกอร์, หรือ แคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ชนิดไดไฮโดรไพริดีนกับเวราพามิล (verapamil) หรือ ดิลไทอะเซม (diltiazem) ยากลุ่มที่ไม่ควรใช้ร่วมกันได้แก่ แคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ชนิดนอน-ไดไฮโดรไพริดีน (non-dihydropyridine) (เช่นยาด้านระบบเรนิน-แองจิโอเทนซินกับเวราพามิลหรือ ดิลไทอะเซมร่วมกัน, ยาด้านระบบเรนิน-แองจิโอเทนซินกับบีตาบล็อกเกอร์ กับยาที่ออกฤทธิ์กับประสาทส่วนกลางควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์บล็อกเกอร์ (Angiotensin receptor blocker; ARB) ร่วมกันกับยาแก้ชักเสบชนิดไม่ใช่มอร์ฟีน (เช่นยาด้านชักเสบ) เนื่องจากอาจเพิ่มโอกาสความเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันซึ่งมักรู้จักกันในอุตสาหกรรมสุขภาพประเทศออสเตรเลียในชื่อของ "triple whammy" มีการใช้ยาเม็ดรวมกันซึ่งประกอบด้วยยาลดความดันสองกลุ่มเพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับประทานแก่ผู้ป่วย ซึ่งจำกัดไว้พิจารณาใช้เฉพาะเป็นรายๆ ไป การรักษาความดันโลหิตสูงระดับปานกลางและรุนแรงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราการเป็นโรคและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การศึกษาในผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปียังมีจำกัด แต่ในการทบทวนวรรณกรรมเร็วๆ นี้ผลสรุปว่าการรักษาผู้ป่วยด้วยยาลดความดันโลหิตจะช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่ได้ลดอัตราการเสียชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ เป้าหมายความดันโลหิตที่แนะนำคือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยยากลุ่มแรกๆ ที่แนะนำในสหรัฐอเมริกา เช่น ยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ และแนวทางเวชปฏิบัติของ สหราชอาณาจักรมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยความดันใช้ยาในกลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์

เป็นยากกลุ่มแรก โดยมีความดันโลหิตเป้าหมายที่ $<150/90$ มม.ปรอทเมื่อพบแพทย์ หรือ $<145/85$ มม.ปรอทเมื่อผู้ป่วยวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตต่อเนื่อง

ความดันโลหิตสูงชนิดที่ ๑ ความดันโลหิตสูงชนิดที่ ๑ (Resistant hypertension) หมายถึงภาวะที่ความดันเลือดสูงเกินระดับเป้าหมายทั้งที่มีการใช้ยาความดันโลหิตสามกลุ่มขึ้นไป แนวทางที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงชนิดที่ ๑ โดยได้รับการตีพิมพ์ใน สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร (29)

การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ได้ในระยะยาว ถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น (25) ดังจะเห็นได้จาก ผลของประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ตามตารางที่ 2.7)

ตารางที่ 2.8 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต
ลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI ≥ 25 กก./ม. ²	ทุกๆ BW ที่ลดลง 1 กก. สามารถลด SBP ได้ เฉลี่ย 1 มม.ปรอท โดยรวมการลด BW 10 กก. สามารถลด SBP ได้ เฉลี่ย 5-20 มม.ปรอท
การรับประทานอาหารแบบ DASH	SBP ลดลง 8-14 มม.ปรอท
การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มก.ต่อวัน	SBP ลดลง 2-8 มม.ปรอท
การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ	SBP ลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท SBP ลดลงเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท
การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	SBP ลดลง 2-4 มม.ปรอท

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย(2558),แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเริ่มแรก คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลักษณะที่คล้ายกันกับการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก วิธีดังกล่าวพบว่า ช่วยลดความดันเลือดในผู้ป่วยได้อย่างมาก¹ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก็ยังคงแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิต แม้ว่าความดันโลหิตจะสูงจนต้อง吃药ก็ตาม การปรับเปลี่ยนอาหารโดยลดปริมาณเกลือพบว่ามีประโยชน์ จากการศึกษาในระยะยาว (มากกว่า 1 เดือน) ในชาวคอเคเซียนเรื่องการกินอาหารชนิดโซเดียมต่ำพบว่า มีประโยชน์ในการลดความดันเลือดอย่างมาก ทั้งในผู้ที่มีความดันเลือดปกติหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนั้นอาหารลดความดันโลหิต หรืออาหารที่มีถั่ว ธัญพืช ปลา สัตว์ปีก ผักและผลไม้ที่แนะนำโดยสถาบันหัวใจปอดและเลือดแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ช่วยลดความดันเลือดได้ หลักการคือการลดปริมาณการบริโภคโซเดียม แม้ว่าอาหารชนิดดังกล่าวจะมีสารโพแทสเซียม สารแมกนีเซียม สารแคลเซียม หรือโปรตีนมากก็ตาม วิธีอื่นๆ เพื่อคลายความเครียดทางจิตใจที่โฆษณาว่าช่วยลดความดันโลหิตเช่นการทำสมาธิ เทคนิคคลายความกังวล หรือการป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) พบว่ามีประสิทธิผลโดยรวมไม่ดีกว่าการให้สุขศึกษา และหลักฐานที่ยืนยันประสิทธิผลยังมีคุณภาพต่ำ (29)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors) และ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) (21) สำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน สามารถทำได้โดยการควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (11)

2.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

2.3.1.1 เพศ เพศชายมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 1.5 เท่า (31) จากการศึกษาที่ รัฐMinnesota ประเทศสหรัฐอเมริกา พบเพศชายมีอุบัติการณ์สูงกว่า เพศหญิงถึง ร้อยละ 70 การศึกษาในประเทศอื่นๆ เช่น ประเทศ สวีเดน อิตาลีและไต้หวัน ก็พบอุบัติการณ์ที่ใกล้เคียงกัน (32)

2.3.1.2 อายุ ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่มีอายุ 25 ถึง 65 ปี ประสิทธิภาพของระบบการทำงานกล้ามเนื้อหัวใจลดลง รวมถึงความสามารถในการสูบฉีดเลือดเลี้ยงส่วนต่างๆ ลดลงร้อยละ 1 ต่อปีของอายุที่เพิ่มสูงขึ้น (33) ด้วยเหตุนี้จึงพบสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มประชากรวัยกลางคนและสูงอายุในอัตราที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

2.3.1.3 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้สูงกว่าคนปกติ การศึกษาที่รัฐ Southern California ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่มีญาติพี่น้องมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติ (32)

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

2.3.2.1 ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก โดยอาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงได้ 2 – 4 เท่า โดยทั่วไปผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ดังนั้นถ้าไม่ได้ตรวจวัดความดันโลหิต ก็มักจะไม่ทราบว่ามีความดันสูงหรือไม่ (1) อาจกล่าวได้ว่าการควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่งผลมากที่สุดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองได้ รวร้อยละ 35 – 44 (5) จากผลการศึกษา การควบคุมความดันโลหิตแบบไม่ใช้ยา โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มชาวไทยมุสลิม พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ในที่สุด (14) การที่บุคคลมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะมีผลทำให้หลอดเลือดเกิดการบาดเจ็บจากแรงกระแทก เป็นเหตุให้มีการแทรกตัวของไขมันเข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดง นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกจนกลายเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้ (34)

2.3.2.2 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคนี้มักมีโรคทางกายที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยหลายโรค ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานมักเป็นชนิดตีบหรืออุดตัน และส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดขนาดเล็ก ดังนั้น การควบคุมโรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจึงสามารถชะลอภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ แต่ข้อมูลในด้านการควบคุมเบาหวานอย่างเข้มงวด ยังไม่มีประโยชน์ชัดเจนต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (5) รวมไปถึงยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจนว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดใหญ่ (macrovascular complication) เช่น โรคหลอดเลือด

เลือดสมอง (11) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานยาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (1)

2.3.2.3 ไขมันในเลือดสูง ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งในโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าไขมันโคเลสเตอรอล (cholesterol) และไขมันแอลดีแอล (Low-Density-Lipoprotein cholesterol) ที่สูงจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ส่วนไขมันเอชดีแอล (High-Density-Lipoprotein cholesterol) เป็นไขมันดี จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (35)

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิจศรี ขาญณรงค์ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กล่าวไว้ว่า ไขมันที่ควรได้รับการประเมินเมื่อมีการตรวจเลือด ได้แก่ (1)

(1) คอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) เป็นผลรวมของไขมัน คอเลสเตอรอลทั้งดีและไม่ดี คอเลสเตอรอลรวมที่สูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

(2) ไขมันชนิดแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (Low-Density-Lipoprotein cholesterol) เป็นคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งและอุดตัน ในคนปกติยังไม่มีโรคอื่น ๆ ควรมีค่าไขมันชนิดนี้น้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบควรลดให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และในบางครั้งอาจต้องให้น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบมากขึ้น ปัจจุบันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ถือเป็นไขมันชนิดสำคัญที่สุดที่ต้องควบคุม

(3) ไขมันชนิดเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (High-Density-Lipoprotein cholesterol) อาจเรียกว่าไขมันดี เพิ่มขึ้นได้จากการออกกำลังกาย

(4) ไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามการตรวจระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์อาจมีค่าเปลี่ยนแปลงได้จากหลายปัจจัย เช่น การงดอาหารก่อนการเจาะเลือดไม่นานพอ ทั้งนี้ควรควบคุมไม่ให้ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง โดยงดอาหารจำพวกแป้งและของหวาน

การตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับไขมันเป็นสิ่งที่ควรทำทุกปี โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงกรณีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ลดน้ำหนัก และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามบางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้ยาลดไขมัน เพื่อช่วยลดระดับไขมันในเลือด ในปัจจุบันพบว่ายาลดไขมันที่นิยมใช้ คือ กลุ่มสแตติน (Statin) ซึ่งมีความปลอดภัยสูงและมีประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (1)

โดยมีข้อมูลจำนวนมากที่ยืนยันผลของยา ต่อการลดอุบัติการณ์ของโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดในประชากรที่มีความเสี่ยงกลุ่มต่าง ๆ ว่ามีประสิทธิภาพดีในการลดระดับคอเลสเตอรอล (5)

2.3.2.4 โรคหัวใจ โรคหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF) พบว่าการมี AF ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้นถึง 5 เท่า และภาวะนี้มักพบในผู้สูงอายุ บางรายอาจรู้สึกว่ามีอาการใจสั่น การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นทำได้โดยการจับชีพจร เมื่อศึกษาโดยไม่คำนึงถึงภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ก็ยังพบว่าการมีขนาดตัวของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายนั้น เพิ่มอัตราการเสี่ยงอาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณร้อยละ 2.3 (1)

2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

2.3.3.1 การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่มีรายงานว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีโอกาสที่จะนำไปสู่ภาวะขาดเลือดของสมอง มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 50 (19) เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่จะพบว่ามีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (36) และยังพบอีกว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และเกิดลิ้นเลือดได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งด้วย (37) ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (1)

2.3.3.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลของ The American Heart Association แสดงให้ทราบว่าปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่พอเหมาะ (การดื่มเบียร์ไม่เกิน 12 ออนซ์ต่อวัน หรือ ดื่มไวน์ไม่เกิน 4 ออนซ์ต่อวัน หรือดื่มสุราไม่เกิน 1.5 ออนซ์ต่อวัน) อาทิเช่น ไวน์แดง จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากในไวน์แดงมีสาร Flavonoids และสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidants) อีกทั้งยังเพิ่มไขมัน HDLซึ่งถือเป็นไขมันประเภทดี (17) ในด้านปริมาณแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อความดันโลหิต จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะทำให้มีการเพิ่มของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงถึง 3 – 4 มิลลิเมตรปรอท และมีการเพิ่มของระดับความดันไดแอสโตลิก 1 – 2 มิลลิเมตรปรอท (13) สรุปได้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก แต่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อยๆ อาจช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองอุดตันได้ อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.3.3.3 การจัดการความเครียด ความเครียด คือสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก (รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส) และภายใน (สิ่งที่ใจนึกคิด) มากกระทบ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ จนเสียสมดุลก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ กลไกความสัมพันธ์ระหว่างความดันเลือด

สูงกับความเครียดเฉียบพลัน ผ่านการกระตุ้นมาจากระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) ระบบประสาทส่วนนี้จะทำงานมากขึ้นเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะเครียดหรือภาวะที่ต้องการใช้พลังงานมาก ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันเลือดสูงขึ้นซึ่งในระยะยาว ความเครียดเรื้อรังจะส่งผลโดยตรงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ความเครียดทางอารมณ์ที่ต้องพิจารณาในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง ได้แก่ ความกังวล ความซึมเศร้า ความเครียดในการทำงาน (เวลาทำงานที่มากเกินไป หรือเวลาพักผ่อนที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น) การเร่งรีบเร่งเวลา การรู้สึกอึดอัด ความมั่งงายต่อผู้อื่น การเก็บกดอารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ เป็นต้น (38) ผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมาปฏิบัติ ประกอบด้วย การสวดมนต์ การเจริญสมาธิ การควบคุมอารมณ์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมาปฏิบัติ โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (39)

2.3.3.4 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายนอกจากจะมีส่วนช่วยลดน้ำหนักและลดความดันโลหิตแล้ว การออกกำลังกายยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย การออกกำลังกายที่มีประโยชน์เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือการออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 40 นาทีโดยเฉลี่ย ละครวออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงหนัก เช่นการเดินเร็วหรือวิ่งจ็อกกิ้ง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว หรือมีโรคหัวใจร่วมด้วย ควรได้รับการแนะนำเรื่องการออกกำลังกายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (1) อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงว่าจะต้องไม่มีการแข่งขัน เพราะจะส่งผลทำให้เกิดความเครียดและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (40)

2.3.3.5 การบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง ได้แก่ผักผลไม้เป็นประจำในปริมาณมากพอควร ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดในสมองได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean Diet) ซึ่งประกอบด้วยปลา ผัก ถั่ว น้ำมันมะกอก และธัญพืชเป็นส่วนใหญ่ บริโภคเนื้อสัตว์ เนื้อแดง นม และเนยในปริมาณน้อยสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (1) จะเห็นได้ว่าการบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง รวมถึงอาหารที่มีแมกนีเซียมและโปตัสเซียมสูงเป็นอีกทางหนึ่งทางเลือก สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่จะช่วยควบคุมโรคได้ การจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทาน โดยการลดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง เนื้อสัตว์ที่ใส่เกลือมากๆ รวมถึงลดการบริโภคเครื่องปรุงรส ที่มีปริมาณโซเดียมสูงต่างๆ เช่น ซอส มะเขือเทศ ซอสพริก ผงชูรส และซุบก้อน เป็นต้น อีกทั้งไม่ควรเติมน้ำปลาในอาหารที่ทำเสร็จแล้ว และควรหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋องเพราะส่วนใหญ่จะใส่เกลือมาก โดยจากการศึกษาพบว่าโซเดียมจะทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีปริมาณเลือดมากขึ้น หัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นการลดหรือจำกัดโซเดียมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและทำให้

การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณเลือดลดลงซึ่งจะช่วยลดการทำงานของหัวใจลงได้ (41) องค์การอนามัยโลก เสนอแนะว่าคนปกติไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 6 กรัมต่อวัน หากต้องการลดความดันโลหิตให้ได้มากขึ้นควรบริโภคเกลือไม่เกิน 3 กรัมต่อวัน โดยพบว่าการบริโภคเกลือในปริมาณดังกล่าวสามารถลดความดันโลหิตได้สูงถึง 2-8 มิลลิเมตรปรอท

2.3.3.6 การรับประทานยา การลดความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว การมารักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกัน หรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (42)

2.3.3.7 การมาตรวจตามนัด เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยโรคนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมารับการตรวจและการ รักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควรมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ก็ควรได้รับการตรวจร่างกายเพื่อติดตามผลการรักษาและให้แพทย์ค้นหาความผิดปกติของอวัยวะต่างๆของร่างกาย เพื่อหาทางช่วยป้องกันควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ล่วงหน้า และสิ่งสำคัญที่สุดในการมาตรวจตามนัดก็คือการ มารับยาเพราะแพทย์อาจจะปรับเปลี่ยนยา ตามสภาวะของโรคและวินิจฉัยประเมินตามตัวผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเองในการรักษาโรค

2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

2.4.1 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude Practice : KAP)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และ พฤติกรรม (Practice) การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทยนี้จะเกิดขึ้นใน ลักษณะต่อเนื่องกล่าวคือ การเกิดพฤติกรรมเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมาทางร่างกายโดยมีความรู้ และ ทักษะเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง กระบวนการในการจะก่อให้เกิด พฤติกรรม นั้นต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน แต่นักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการ ทาง การศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติได้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (43) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) มีดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) คือ การที่ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ รู้จักการปฏิบัติ ตน ให้มีสุขภาพดี รู้สาเหตุและการป้องกันโรค เมื่อเกิดโรคภัยสามารถป้องกันได้

2. ทักษะคติ (Attitude) คือ ให้ความรู้แก่ประชาชนเมื่อเห็นว่าเขายังยึดถือหรือมี เจตคติที่ผิดจะต้องโน้มน้าวให้เขาเปลี่ยนแปลงในทางที่ถูกต้อง

3. พฤติกรรม (Practice) คือ การให้สุศึกษาไม่ให้เพียงความรู้เท่านั้นแต่ต้องให้เขาปฏิบัติได้ด้วย การให้ประชาชนปฏิบัติตามได้ถือว่าเป็นผลสำเร็จให้เกิดการเรียนรู้โดยสติปัญญาและเกิดจากความมีเหตุผลของเขาเอง

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (44) กล่าวว่า บุคคลส่วนมากจะรับรู้เบื้องต้นผ่านประสบการณ์ แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ผสมผสานระหว่างความจดจำ กับสภาพจิตวิทยา ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตน ซึ่งความรู้ทำให้ผู้เรียนได้รู้ถึงความสามารถในการจำ และระลึกถึงเหตุการณ์ และประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว ซึ่งบลูมได้แยกการประเมินความรู้ไว้ 6 ระดับดังนี้ (45)

(1) ระดับที่ระลึกได้ (Recall) เป็นระดับที่มีความสามารถดึงข้อมูลออกมาจากความจำได้

(2) ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) เป็นระดับที่สามารถทำบางสิ่งบางอย่าง ได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายแปลความ และเปรียบเทียบความคิดอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

(3) ระดับของการนำไปใช้ (Application) สามารถนำเอาข้อเท็จจริง และความคิดเห็นที่เป็นนามธรรม ไปปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม

(4) ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถให้ความคิด ในรูปของการนำความคิดมาแยกส่วน เป็นประเภท หรือการนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อเป็นทางปฏิบัติของตนเอง

(5) ระดับการสังเคราะห์ (synthetic) คือการนำเอาข้อมูล แนวความคิดมาประกอบกัน แล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ต่างจากเดิม

(6) ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือความสามารถในการใช้ข้อมูล เพื่อตั้งเกณฑ์การรวบรวมผล และวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ตั้งข้อตัดสินถึงระดับประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

จุมพล รอดคำดี ได้สรุปการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ไว้ 3 ระดับดังนี้ (46)

(1) การเปลี่ยนแปลงความคิด เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ซึ่งอาจมาจากสื่อมวลชนหรือบุคคลอื่น

(2) การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงนี้จะมาจากประสบการณ์ หรือ ความประทับใจ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความสะเทือนใจ

(3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งไปมีผลต่อบุคคล ทำให้ต้องปรับพฤติกรรมเดิมเสียใหม่

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกันโดยตรง ถ้าความคิดความรู้สึก และ พฤติกรรมถูกกระทบในระดับใดก็ตาม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทั้งสิ้น

สุรพงษ์ โสธนเสถียร กล่าวว่า “พฤติกรรม คือการกระทำใดๆของคนเรา ส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้และทัศนคติ การที่บุคคลมีพฤติกรรม แตกต่างกัน เพราะมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน เกิดขึ้นจากความแตกต่างของการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างในการแปลความสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สิ่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล” (44)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

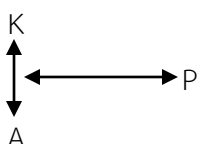
จากความหมายของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม จะเห็นว่ามี ความแตกต่างกัน อย่างเห็นได้ชัด แต่ถ้าพิจารณาอย่างดีแล้ว ทั้ง 3 คำมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ชวอร์ต (Schwart, 1974 หน้า 28 - 31; อ้างในเพ็ญรัตน์ ลิ้มประพันธ์ (47) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรม ว่ามีความสัมพันธ์กัน 4 รูปแบบ คือ

1. ทัศนคติ เป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และพฤติกรรม ดังนั้น ความรู้และ ทัศนคติ จึง มีผลต่อพฤติกรรม

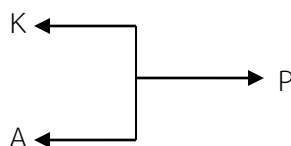


จากแผนภาพ ถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหน้าที่แล้ว จะมีผลทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ดีและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา ทั้งนี้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่โดยตรง แต่มีทัศนคติเป็นตัวกลาง

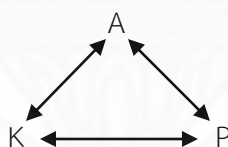
2. พฤติกรรม ที่เกิดจากความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน หรือความรู้กับทัศนคติมี ผลร่วมกันก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิด ความรู้ และ ทัศนคติได้



3. ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดพฤติกรรมได้ และพฤติกรรมก่อให้เกิดความรู้ และทัศนคติ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติ ตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคติ และ พฤติกรรมก็มีผลต่อความรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่นกัน



สรุปจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในส่วนของการสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ 4 รูปแบบ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษานำความสัมพันธ์ในรูปแบบที่ 3 คือ ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดพฤติกรรมได้ และพฤติกรรมก่อให้เกิดความรู้ และทัศนคติ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ต่อไป

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามีดังนี้

2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และสถานภาพสมรส

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และสถานภาพสมรส พบว่า ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบว่า อายุ ระดับการศึกษา เพศ อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (48) การศึกษาของ อุมพร แ่ก่อกและชนกพร จิตปัญญา (49) ที่ได้ศึกษาความ

ตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบความตระหนักรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ จำนวน 384 คน แผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาล 4 แห่ง เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบตาม อายุ ($F = 8.28, p < .05$) ระดับการศึกษา ($F = 25.71, p < .05$) รายได้ ($F = 22.27, p < .05$) และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านปัจจัยเสี่ยง ($F = 32.07, p < .05$) ด้านอาการเตือน ($F = 29.30, p < .05$) และด้านการรักษา ($F = 23.98, p < .05$)

2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวง สาธารณสุข จำนวน 144 คน (หญิง 99 คน และชาย 45 คน อายุเฉลี่ย 64.3 ± 9.5 ปี) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรค หลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ แต่กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งมีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง (50) การศึกษาของ พรสวรรค์ คำทิพย์ และ ชนกพร จิตปัญญา (51) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและความตระหนักรู้ ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอายุระหว่าง 18-45 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้ง เสกสรรค์ จวงจันทร์ (52) ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบอระเพ็ด จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบึงบอระเพ็ด อำเภอบึงบอระเพ็ด จังหวัดศรีสะเกษ โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 196 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย

ของบิดา-มารดาและญาติสายตรงที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต, ผู้ป่วยที่มีประวัติไขมันเลือดสูง, HDL และ ความรู้

2.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3 ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่ในชุมชนเขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 45 ปี และ 55 ปีขึ้นไปตามลำดับ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (15) การศึกษาของ พรสวรรค์ คำทิพย์ และ ชนกพร จิตปัญญา (51) ที่ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .23$) การศึกษาของ สุภา เกตุสถิตย์, อัจฉรา อ่วมเครือ, บุษราคัม ทรัพย์อุดมผลและ วิวัฒน์ วรวงษ์ (53) พบว่าความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ (18) การศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง(11) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 130 ราย พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อช่วยสกัดกั้นการเกิดโรค และสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ชุมชน และบุคคลในครอบครัวสามารถดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดโรคโรคหลอดเลือดสมอง และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริม

การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน นอกจากนี้ การศึกษาของ Vukovic และคณะ (54) เกี่ยวกับความรู้เรื่อง อาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรค หลอดเลือดสมองในผู้ที่มี ภาวะเสี่ยงต่อโรคนี้จำนวน 720 คน พบว่าร้อยละ 21 ของ กลุ่มตัวอย่างยัง สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 84 ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถ ระบุนาอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ ในระดับพอใช้ การศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และ วิวัฒน์ วรวงษ์ (55) พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบ ตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่มีเพศและญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแล ตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ และปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สาเหตุที่สำคัญเกิด จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร เค็ม จัด หวานจัด มันจัด ไม่รับประทานผัก ผลไม้ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ไม่ออกกำลังกาย และเครียด พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เมื่อปฏิบัติติดต่อกันเป็นเวลานานๆ จะส่งผลทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมอง ตามมา ในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงนี้ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาหลายพื้นที่ แต่ในจังหวัดลำปาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อำเภอ แม่ทะ จังหวัดลำปาง ยังไม่มีใครศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัย ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเขต อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรม การ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในช่วงระยะเวลา กันยายน-ตุลาคม 2559

3.1 ลักษณะของสถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ อำเภอแม่ทะ ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 13 อำเภอของจังหวัดลำปาง อยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดห่างจากตัวจังหวัด 20 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 810.543 ตร.กม หรือประมาณ 506,589 ไร่ มีจำนวน ประชากรทั้งสิ้น 60,474 คน แบ่งเขตการปกครองเป็น 10 ตำบล 94 หมู่บ้าน โดยพื้นที่ดังกล่าวเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปางซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ รวมถึงการให้บริการผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้โรงพยาบาลแม่ทะมีการให้บริการผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการจัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และเปิดให้บริการในวันจันทร์ของทุกสัปดาห์ ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น. และโรงพยาบาลแม่ทะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดภายในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 1,045 ราย ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2559

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่มารับการรักษาต่อเนื่องในปี 2559 จำนวน 1,045 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน-ตุลาคม 2559 ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มจากรายชื่อผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

3.2.2.1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นการคำนวณ จากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในปี 2559 โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ เครซีและมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayrle W.Morgan, 1970) ซึ่งใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งสามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากร ดังนี้ (56)

$$n = \frac{x^2 (Np) (1 - p)}{e^2 (N - 1) + x^2 p(1 - p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ($x^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร(ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p=0.5)

แทนค่า

$$\begin{aligned} n &= \frac{(3.84)(1,045 \times 0.5)(1-0.05)}{(0.05)^2(1,045-1) + (3.841)(0.5)(1-0.5)} \\ &= 281 \end{aligned}$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 281 คน ทั้งนี้ กำหนด attrition rate ที่ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 309

ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะแมะ จังหวัดลำปาง จำนวน 309 คน

3.2.2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะแมะ จังหวัดลำปาง ที่มีประวัติลงทะเบียนในปี 2559 ที่มารับบริการกลุ่มในช่วงเดือน กันยายน-ตุลาคม 2559 โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มรายชื่อผู้ที่มารับการตรวจคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในวันที่มีคลินิก ซึ่งโดยเฉลี่ยมีประมาณ 200 คนต่อวัน โรงพยาบาลแม่ทะ จากรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 50 ราย มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการ สัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนการรักษา คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และไม่มีปัญหาในการได้ยินและเป็นผู้ที่มีความยินยอมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเจ็บป่วย ไม่สุขสบายที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น ไข้สูง ปวดศีรษะ เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากโครงการ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือ ของ จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3 ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามชุดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.774 และประยุกต์ใช้เครื่องมือของ น้อมจิตต์ ดวงเนตรและเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555) ที่ศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอมะแมะ จังหวัดขอนแก่น (2554) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และประยุกต์ใช้เครื่องมือของ ปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาล

ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76 และ แบบเฝ้าระวัง
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูงในประเทศไทย ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556)
แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการ
เจ็บป่วยในครอบครัว สถานะทางสุขภาพ (ระยะเวลาการเจ็บป่วย) ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด
สมอง มีจำนวนคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check
List) และเติมข้อความ(open end) ดัดแปลงแบบสอบถามมาจาก (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554) (15)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความรู้ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมิน
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของ น้อมจิตต์ ดวงเนตรและเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555)
ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน (50) ลักษณะคำตอบมีคำตอบให้
เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด
และไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 10) (57)
ดังนี้

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

ร้อยละ 50.00 – 79.99 (7-9 คะแนน)หมายถึง มีความรู้ในระดับพอใช้

ร้อยละ 0.00 – 49.99 (0-6 คะแนน)หมายถึง มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลง แบบประเมินทัศนคติของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมของ จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) (15) และ แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ ปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) (18) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน ได้กำหนดคะแนนแบบ การประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ คือ เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็น ด้วย ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ ข้อคำถาม ครอบคลุมทัศนคติเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง รวมทั้งหมด 9 ข้อ โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวเลือก	(คะแนน)	
	การดูแลตนเองทางบวก (ข้อ 1, 2, 3, 6 และ 9)	การดูแลตนเองทางลบ (ข้อ 4, 5, 7 และ 8)
เห็นด้วย	3	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

โดยผู้วิจัยได้แบ่งระดับ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1971) (45) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป (22-27 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง

ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (17-21 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง

ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (9-16 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลง แบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) (58) และ แบบประเมินพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ น้อมจิตต์ ดวงเนตรและเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555) (50) และ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ของ จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) (15) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ได้กำหนดแบบมาตราส่วน การประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ ข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวเลือก	(คะแนน)	
	การดูแลตนเองทางบวก (ข้อ 13,14,15,16 และ17)	การดูแลตนเองทางลบ (ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,18,19 และ 20)
ปฏิบัติเป็นประจำ	1	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่ปฏิบัติ	3	1

โดยผู้วิจัยได้แบ่งระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) (45) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	(20-35 คะแนน)
มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80	(36-48 คะแนน)
มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(49-60 คะแนน)

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ (รายละเอียดตามภาคผนวก) ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI : content validity index) = 0.92

การ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level CVI/Ave) (59) , (60)

ใช้สูตร		$S\text{-CVI/Ave} = \Sigma P/n$
เมื่อ P	หมายถึง	สัดส่วนความสอดคล้องของข้อความของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน
n	หมายถึง	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง คำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

สัดส่วนความสอดคล้องของข้อความของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	=	47/51	=	0.92
สัดส่วนความสอดคล้องของข้อความของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	=	46/51	=	0.90
สัดส่วนความสอดคล้องของข้อความของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3	=	48/51	=	0.94
รวม	=	2.76		

ดังนั้นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ (scale-level CVI/Ave) = $2.76 / 3 = 0.92$

รายละเอียดขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิจัยบ่งชี้ว่ามีค่านิยมเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ศึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร

ขั้นที่ 2 หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือมาแก้ไขเพิ่มเติม ให้ความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา เมื่อได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงนำไปทดลองเก็บข้อมูลเพื่อหาความเชื่อมั่นต่อไป

3.4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากผ่านการพิจารณารับรองของ อนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่ประชากรประมาณ 30 รายและนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.804 ค่าแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.72 ค่าแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.73 ซึ่งจัดว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นในระดับดีเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (61)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างงานวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.5.1 ส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินงานวิจัย

3.5.2 นำหนังสือขออนุญาตจากคณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมโครงร่างสารนิพนธ์ฉบับย่อ และตัวอย่างเครื่องมือวิจัยและผลการพิจารณาของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.3 เมื่อได้รับหนังสือให้ดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลแล้ว วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่ทะ สาธารณสุขอำเภอแม่ทะ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจง โครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

3.5.4 เตรียมแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 309 ชุด

3.5.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อป้องกันการลำเอียง (bias) โดย

ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการฝึกและตรวจสอบวิธีการเก็บข้อมูลตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3.5.6 ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information Sheet) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเป็นที่พอใจและสามารถตัดสินใจตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ

3.5.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม ด้วยความสมัครใจก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

3.5.8 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที

3.5.9 ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และรวบรวมแบบสอบถามไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

3.6.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ เพื่อขออนุมัติดำเนินการศึกษาวิจัย

3.6.2 ผู้วิจัยแนะนำต่อกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูล รวมถึงการตอบข้อซักถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอม พร้อมทั้งให้ลงนามเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

3.6.3 ให้ความเชื่อมั่นว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะถูกเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะออกเป็นภาพรวม เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ

3.6.4 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิหยุดหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ หากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามต่อไป โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ทำการวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

3.7.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ทักษะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา, การมาตรวจตามนัด) ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง วิเคราะห์ค่าสถิติของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปางในปี 2559 ที่ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โดยศึกษาในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน กันยายน – ตุลาคม 2559 รวมจำนวนทั้งสิ้น 309 ราย โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวหรือปฏิเสธ จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ หาค่าทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง
3. ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง
4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ผลการศึกษา

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง จำนวนทั้งหมด 309 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 60.61 ปี มีอายุต่ำสุด 31 ปี และมีอายุสูงสุด 96 ปี โดยพบว่ามีอายุในช่วงอายุ 60 - 65 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 46 - 59 ปี ร้อยละ 38.8 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีสถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 78.0 รองลงมาคือ สถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 15.9 ในการศึกษา ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 13.6 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 33.7 รองลงมาคือ ผู้ที่ไม่มียานทำ ร้อยละ 20.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.0 รองลงมาคือ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 30.1

ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง / โรคเบาหวาน / โรคหลอดเลือดหัวใจ / โรคหลอดเลือดสมอง / โรคเส้นเลือดในสมองตีบตัน ร้อยละ 47.2 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 49.8 รองลงมาคือ ระยะเวลาการป่วย 6 - 10 ปี ร้อยละ 36.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 309)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	44.3
หญิง	172	55.7
อายุโดยรวม (ปี)		
31-35 ปี	26	8.4
46-59 ปี	120	38.8
60-75 ปี	126	40.8
≥76 ปี	37	12.0
(Mean = 60.61, S.D. = 11.524, Min = 31, Max = 96)		
สถานภาพสมรส		
โสด	19	6.1
คู่	241	78.0
หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	49	15.9

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 309) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	33	10.7
ประถมศึกษา	215	69.6
มัธยมศึกษา	42	13.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	3.2
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	9	2.9
อาชีพ		
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	104	33.7
ไม่มีงานทำ	63	20.4
รับจ้าง	51	16.5
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	40	12.9
ธุรกิจส่วนตัว	20	6.5
ค้าขาย	18	5.8
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	3.9
อื่นๆ	1	0.3
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	167	54.0
5,001-10,000 บาท	93	30.1
10,001-15,000 บาท	31	10.0
มากกว่า 15,000 บาท	18	5.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 309) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
ระยะเวลาการป่วย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	154	49.8
ระยะเวลาการป่วย 6 - 10 ปี	112	36.2
ระยะเวลาการป่วย 11 - 15 ปี	29	9.4
ระยะเวลาการป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี	14	4.5
(Mean = 6.64, S.D. = 4.691, Min = 1, Max = 22)		
ประวัติญาติสายตรงของท่าน เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน /โรคหลอดเลือดหัวใจ/โรคหลอดเลือดสมอง/โรคเส้นเลือดในสมองตีบตัน		
ไม่มี	163	52.8
มี	146	47.2

4.1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 23.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 7.54 ± 2.57 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)

ระดับ	จำนวน (n = 309)	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	74	23.9
ระดับความรู้พอใช้	168	54.4
ระดับความรู้ควรปรับปรุง	67	21.7
(Mean = 7.54, S.D. = 2.57, Min = 1, Max = 12)		

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้อง แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเหล่านั้นผิด ได้แก่ คำถามข้อที่ 12 (คนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบต่อการเข้าสังคม) ร้อยละ 54.0 คำถามข้อที่ 3 (ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้ว สามารถจะเกิดซ้ำได้อีก) ร้อยละ 49.2 คำถามข้อที่ 9 (คนพอมไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) ร้อยละ 49.2 คำถามข้อที่ 5 (ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง) ร้อยละ 47.2 และคำถามข้อที่ 4 (รู้สึกชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง) ร้อยละ 46.9 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน และ ร้อยละ ของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)

ข้อความ	จำนวนคน (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “โรคอัมพาต ครึ่งซีก” เป็นโรคที่เกิดความผิดปกติในสมอง และทำให้เกิด ความพิการเรื้อรังทางร่างกาย	234 (75.7)	75 (24.3)
2. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคติดต่อ	219 (70.9)	90 (29.1)
3. ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้ว สามารถจะเกิด ซ้ำได้อีก	157 (50.8)	152 (49.2)
4. รู้สึกชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใด เป็นอาการ เตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	164 (53.1)	145 (47.2)
5. ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใด เป็น อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	163 (52.8)	146 (47.2)
6. ปัจจัยส่งเสริมให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น	227 (73.5)	82 (26.5)
7. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การนอน หลับพักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้เบิกบาน สามารถป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	253 (81.9)	56 (18.1)
8. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลด ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	246 (79.6)	63 (20.4)
9. คนผมไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	157 (50.8)	152 (49.2)
10. การตรวจสุขภาพปีละครั้งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้	186 (60.2)	123 (39.8)
11. คนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจใน ครอบครัว	183 (59.2)	126 (40.8)
12. คนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบต่อการเข้า สังคม	142 (46.0)	167 (54.0)

4.1.3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมทักษะของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 รองลงมาคือทักษะระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 21.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.430 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละระดับทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)

ระดับ	จำนวน (n = 309)	ร้อยละ
สูง	176	57.0
ปานกลาง	128	41.4
ต่ำ	5	1.6
(Mean = 21.84, S.D. = 2.430, Min = 15, Max = 27)		

และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดี คือ ข้อที่ 2 การที่ท่าน หลีกเลี่ยงอาหารประเภท ฝัสดๆ ทอดๆ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 82.2 รองลงมาคือ ข้อที่ 1 การที่ท่านรับประทานไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 75.7 ตามลำดับ ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ดีคือ ข้อที่ 7 ถึงท่านดูแลสุขภาพดีอย่างไร ท่าน ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 30.7 และรองลงมาข้อที่ 6 ท่านมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนที่ ไม่ได้ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.5 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับทัศนคติ		
	เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การที่ท่านรับประทานไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำ อาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	234 (75.5)	60 (19.4)	15 (4.9)
2. การที่ท่าน หลีกเลี่ยงอาหารประเภท ผักๆ ทอดๆ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้	254 (82.2)	49 (15.9)	6 (1.9)
3. การสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	213 (68.9)	68 (22.0)	28 (9.1)
4. การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเรื่องของ โชคชะตา	40 (12.9)	51 (16.5)	218 (70.6)
5. การที่ท่านดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้อง <u>ปริมาณมาก</u> จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	46 (14.9)	42 (13.6)	221 (71.5)
6. ท่าน มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ มากกว่าคนที่ <u>ไม่ได้</u> เป็นโรคความดันโลหิตสูง	99 (32.0)	128 (41.4)	82 (26.5)
7. ถึงท่านดูแลสุขภาพดีอย่างไร ท่าน ก็ไม่สามารถ หลีกเลี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	95 (30.7)	107 (34.6)	107 (34.6)
8. ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะทำให้หลอดเลือดสมองแตกได้	48 (15.5)	106 (34.3)	155 (50.2)
9. การหยุดกิน ยาลดความดันโลหิต เพียงบางมื้อ อาจมีผลทำให้หลอดเลือดสมองแตกได้	119 (38.5)	118 (38.2)	72 (23.3)

4.1.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.2 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.8 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 309)

ระดับ	จำนวน (n = 309)	ร้อยละ
สูง	0	0.00
ปานกลาง	21	6.8
ต่ำ	288	93.2
(Mean = 29.44, S.D. = 3.848, Min = 23, Max = 44)		

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า **ด้านการบริโภคอาหาร** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.6 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.8 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 0.6 **ด้านการจัดการความเครียด** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.9 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.8 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 2.3 **ด้านการรับประทานยา** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.5 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 5.2 **ด้านการตรวจตามนัด** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 88.7 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.1 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 5.2 **ด้านการออกกำลังกาย** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.8 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.2 **ด้านการสูบบุหรี่** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.0 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.1 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 2.9 **ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.9 และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 1.9 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 309)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความเสี่ยง		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านการบริโภคอาหาร (10 ข้อ)	252 (81.6)	55 (17.8)	2 (0.6)
2. ด้านการจัดการความเครียด (2 ข้อ)	281 (90.9)	21 (6.8)	7 (2.3)
3. ด้านการรับประทานยา (2 ข้อ)	276 (89.3)	17 (5.5)	16 (5.2)
4. ด้านการมาตรวจตามนัด (1 ข้อ)	274 (88.7)	19 (6.1)	16 (5.2)
5. ด้านการออกกำลังกาย (2 ข้อ)	28 (9.1)	92 (29.8)	189 (61.2)
6. ด้านการสูบบุหรี่ (2 ข้อ)	278 (90.0)	22 (7.1)	9 (2.9)
7. ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (1 ข้อ)	260 (84.1)	43 (13.9)	6 (1.9)

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ รับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งรับประทานยา เข้า ครั้งละ 1 เม็ด ทุกวัน ท่านก็รับประทานยาในช่วงเวลาเช้าของทุกวัน อย่างต่อเนื่อง และ การมาพบแพทย์ ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 88.7 รองลงมาคือ การรับประทานยาตามขนาดยาที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 86.4 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติคือ การสูบบุหรี่/ ยาสูบ ร้อยละ 93.2 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองของ (n = 309)

ข้อคำถาม	การปฏิบัติพฤติกรรม		
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ด้านการบริโภคอาหาร			
1. ทานผักและผลไม้สด <u>น้อยกว่า</u> ครึ่งกิโลกรัม หรือน้อยกว่า 5 กำมือต่อวัน	138 (44.7)	141 (45.6)	30 (9.7)
2. ทานผลไม้รสหวาน เช่น ลำไย ทุเรียน ขนุน องุ่น น้อยหน่า มะม่วงสุก เงาะหรืออื่นๆ	32 (10.4)	165 (53.4)	112 (36.2)
3. ทานดื่มเครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำ ผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชานม กาแฟหรืออื่นๆ	41 (13.3)	101 (32.7)	167 (54.0)
4. ทานกินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี้ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงมัสมั่น แกงคั่ว หรืออื่นๆ	6 (1.9)	77 (24.9)	226 (73.1)
5. ทานกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก หรืออื่นๆ	5 (1.6)	120 (38.8)	184 (59.5)
6. ทานกินอาหารทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มัน ฝรั่งทอด กลัวยทอด ปาท่องโก๋ทอด หรืออื่นๆ	3 (1.0)	96 (31.1)	210 (68.0)
7. ทานกินขนมกรุบกรอบเป็นถุก เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง หรืออื่น ๆ	15 (4.9)	61 (19.7)	233 (75.4)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองของ (n = 309) (ต่อ)

ข้อคำถาม	การปฏิบัติพฤติกรรม		
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
8. ทานกินขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมหม้อแกง ขนมเค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมปัง หรือ อื่น ๆ	5 (1.6)	81 (26.2)	223 (72.2)
9. ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ทานเติมน้ำตาลเพิ่ม	11 (3.6)	49 (15.9)	249 (80.6)
10. ในการกินอาหารแต่ละมื้อ <u>ทานเติมน้ำปลา/</u> <u>เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ๊ว/ซอสมะเขือเทศและซอส</u> <u>อื่นๆ</u> <u>เพิ่ม</u>	33 (10.7)	142 (46.0)	134 (43.4)
ด้านการจัดการ ความเครียด			
11. ทานดื่มสุราทุกครั้ง เมื่อชีวิตประสบปัญหา	6 (1.9)	62 (20.1)	241 (78.0)
12. เมื่อไม่สบายใจ ทานมักจะเก็บตัวอยู่คนเดียว	3 (1.0)	42 (13.6)	264 (85.4)
ด้านการรับประทานยา			
13. ทานรับประทานยาตามขนาดยาที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งรับประทานยา ครั้งละ 1 เม็ด ทานก็ รับประทานยา 1 เม็ด	267 (86.4)	29 (9.4)	13 (4.2)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองของ (n = 309) (ต่อ)

ข้อคำถาม	การปฏิบัติพฤติกรรม		
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
14. ท่านรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งรับประทานยา เข้า ครั้งละ 1 เม็ด ทุกวัน ท่านก็รับประทานยาในช่วงเวลาเช้าของทุกวัน อย่างต่อเนื่อง	274 (88.7)	19 (6.1)	16 (5.2)
ด้านการตรวจตามนัด			
15. ท่านมาพบแพทย์ ตามนัดทุกครั้ง เช่น ท่านมารับ การตรวจตามวันเวลานัดหมายครั้งต่อไปตามใบนัด ของแพทย์	274 (88.7)	19 (6.1)	16 (5.2)
ด้านการออกกำลังกาย			
16. ท่านออกกำลังกายระดับหนัก คือ ออกจนท่าน รู้สึก <u>เหนื่อยมาก</u> โดยหายใจแรงหรือหอบ <u>ไม่</u> สามารถพูดคุยได้จบประโยค เช่น แอโรบิก วิ่ง เล่น ฟุตบอล นานครั้งละ 20 นาที จำนวน 3 วันต่อ สัปดาห์	29 (9.4)	100 (32.4)	180 (58.3)
17. ท่านออกกำลังกาย ระดับปานกลาง คือ ออกจน รู้สึก <u>เหนื่อยพอควร</u> โดยหายใจแรงขึ้นกว่าปกติ เล็กน้อย แต่ยังสามารถพูดคุยได้ จบประโยค เช่น ขุดดิน ถูบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน นานครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 วันต่อสัปดาห์	28 (9.1)	165 (53.4)	116 (37.5)
ด้านการสูบบุหรี่			
18. <u>ท่านสูบบุหรี่/</u> ยาสูบ	9 (2.9)	12 (3.9)	288 (93.2)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองของ (n = 309) (ต่อ)

ข้อคำถาม	การปฏิบัติพฤติกรรม		
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
19. ในแต่ละวันท่านได้รับควันบุหรี่ภายในสถานที่ ทำงานหรือในบ้านของท่าน	23 (7.4)	38 (12.3)	248 (80.3)
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
20. ท่านดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตอง วิสกี้ บรั่นดี ไวน์ <u>ในปริมาณมาก</u> (เพศหญิง คือ การดื่มเบียร์มากกว่า 12 ออนซ์หรือ 1 ขวดต่อวัน หรือ เหล้าขาวเกิน 2 เป๊กต่อวัน หรือดื่มสุราเกิน 1.5 ออนซ์หรือ 3 ฝาต่อวัน / <u>เพศชาย</u> คือ การดื่มเบียร์ มากกว่า 24 ออนซ์หรือ 2 ขวดต่อวัน หรือ เหล้าขาว เกิน 4 เป๊กต่อวัน หรือดื่มสุราเกิน 3 ออนซ์หรือ 6 ฝา ต่อวัน)	6 (1.9)	43 (13.9)	260 (84.1)

4.2 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 309 ราย สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 ปี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีผู้หญิงมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลแม่ทะ ในช่วงนี้มากกว่าผู้ชาย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60 – 75 ปี มากถึงร้อยละ 40.8 มีอายุน้อยที่สุด 31 ปี และมีอายุสูงสุด 96 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 60.61 ± 11.524 ปี เพราะเมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตก็จะสูงตามขึ้นไปด้วย ในประเทศไทยพบโรคนี้ได้สูงถึง ร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มุทิทา วรรณชาติและคณะ (62) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 70.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.0 เนื่องจากบริบทของพื้นที่ เป็นชุมชนชนบท ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ ทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 33.7 อีกทั้งยังพบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.6 จึงส่งผลให้รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และรายได้ส่วนใหญ่มาก็มาจากลูกหลาน และเบี้ยยังชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปฐญาภรณ์ ลาอุณ (18) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 53.0 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.80 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.0 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 21.8 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.8 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 30.5

4.2.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับพอใช้ อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจได้รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางด้านการแพทย์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับพอใช้ ซึ่งหากจะพิจารณารายประเด็นพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้มาก คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้เบิกบาน สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 81.9 และ การ

ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 79.6 ถึงแม้ว่าคำถามรายข้อส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามได้ถูกต้อง แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 47 ที่ตอบคำถามเหล่านั้นผิด ได้แก่ คำถามข้อ 3 (ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้ว สามารถจะเกิดซ้ำได้อีก) คำถามข้อ 4 (รู้สึกชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง) และคำถามข้อที่ 5 (ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง) ร้อยละ 49.2, 47.2, 47.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร และ เตือนเพ็ญ ศรีชา (50) ที่ศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอมะนัง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 25 ตอบคำถามเหล่านั้นผิด ได้แก่ คำถามข้อที่ 3 (ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้ว สามารถจะเกิดซ้ำได้อีก) ข้อที่ 4 (รู้สึกชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง) ข้อที่ 5 (ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง) ร้อยละ 36.1, 40.3, 46.5 ตามลำดับ

4.2.3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความเชื่อ ความนึกคิด และความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเท่ากับ 21.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.430 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดี คือ การที่หลีกเลี่ยงอาหารประเภท ผักๆ หอมๆ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 82.2 รองลงมาคือ การรับประทานไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 75.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับ จันทิรา ทรงเต๊ะ (12) ที่ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 76.0 และ การที่หลีกเลี่ยงอาหารประเภท ผักๆ หอมๆจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 73.5 ซึ่งสามารถอธิบายได้จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมว่า ทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดความรู้และพฤติกรรม ดังนั้นความรู้และทัศนคติจึงมีผลต่อพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดี โดย ชวอร์ต (Schwart, 1974 หน้า 28 - 31; อ้างในเพ็ญรัตน์ ลิ้มประพันธ์) (47) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ว่า ถ้ามี

ทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหน้าที่แล้ว จะมีผลทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ดีและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา

4.2.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.2 แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา แต่ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เน้นบริการเชิงรุก และอำเภอแม่ทะเอง ในส่วนของภาคประชาชน ก็ได้มีการจัดตั้ง ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำชุมชนขึ้น มีทั้ง อสม. และ อาสาสมัครผู้สูงวัย ซึ่งคอยทำหน้าที่กระจายความรู้และดูแลสุขภาพของสมาชิกในอำเภอทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล ด้วยเหตุนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในเกณฑ์ต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร และ เตือนเพ็ญ ศรีชา (50) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.4 มีพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง อภิปรายรายได้ดังนี้

ด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.6 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและปลูกพืชผักสวนครัวไว้รับประทานเอง ตามโครงการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ เพื่อรับประทานเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ายังมีบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อที่ 1 การกินผักและผลไม้สด น้อยกว่า ครึ่งกิโลกรัมหรือน้อยกว่า 5 กำมือต่อวัน ร้อยละ 44.7 และ ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ทานแต่น้ำปลา/เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ๊ว/ซอสมะเขือเทศและซอสอื่นๆ เพิ่ม ถึง ร้อยละ 10.7 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งในวัยนี้ความสามารถในการรับรสจะด้อยประสิทธิภาพลง ต่อมารับรสที่บริเวณลิ้นลดจำนวนลง ประกอบกับน้ำลายในช่องปากจะข้นขึ้น ทำให้ช่องปากแห้งได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างจึงมักรับประทานอาหารจัดขึ้น โดยเฉพาะรสเค็มและรสหวาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร และ เตือนเพ็ญ ศรีชา (50) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 10 ที่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มเป็นประจำ ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตคือ การจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทาน

โดยการลดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง เนื้อสัตว์ที่ใส่เกลือมากๆ รวมถึงลดการบริโภคเครื่องปรุงรส ที่มีปริมาณโซเดียมสูงต่างๆ เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ผงชูรส และซุบก้อน เป็นต้น อีกทั้งไม่ควรเติมน้ำปลาในอาหารที่ทำเสร็จแล้วและควรหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋องเพราะส่วนใหญ่จะใส่เกลือมาก โดยจากการศึกษาพบว่าโซเดียมจะทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีปริมาณเลือดมากขึ้น หัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นการลดหรือจำกัดโซเดียมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณเลือดลดลงซึ่งจะช่วยลดการทำงานของหัวใจลงได้ องค์การอนามัยโลก เสนอแนะว่าคนปกติไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 6 กรัมต่อวัน หากต้องการลดความดันโลหิตให้ได้มากขึ้นควรบริโภคเกลือไม่เกิน 3 กรัมต่อวัน โดยพบว่าการบริโภคเกลือในปริมาณดังกล่าวสามารถลดความดันโลหิตได้สูงถึง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (41)

ด้านการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.9 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมไม่พึ่งสุราเมื่อชีวิตประสบปัญหา รวมถึงหากมีปัญหาทำให้ไม่สบายใจ ก็จะไม่เก็บตัวอยู่เพียงลำพัง แต่หากเกิดภาวะความเครียดขึ้นบ่อยครั้ง จนกลายเป็นความเครียดเรื้อรังจะส่งผลโดยตรงต่อภาวะการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง(atherosclerosis) ความเครียดทางอารมณ์ที่ต้องพิจารณาในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง ได้แก่ ความกังวล ความซึมเศร้า ความเครียดในการทำงาน (เวลาทำงานที่มากเกินไปปกติ หรือเวลาพักผ่อนที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น) การเร่งรีบเร่งเวลา การรู้สึกโกรธไม่ได้ ความมึนงงรำคาญต่อผู้อื่น การเก็บกดอารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ เป็นต้น (38) ซึ่งหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะเครียดดังกล่าวข้างต้น สามารถส่งเสริมด้วยธรรมาปฏิบัติ โดยผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมาปฏิบัติ ประกอบด้วย การสวดมนต์ การเจริญสมาธิ การควบคุมอารมณ์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมาปฏิบัติ โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (39)

ด้านการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่รับประทานยาตามขนาดยา ที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งรับประทานยา ครั้งละ 1 เม็ด ก็รับประทานยา 1 เม็ด และรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งรับประทานยา เช้า ครั้งละ 1 เม็ด ทุกวัน ก็รับประทานยาในช่วงเวลาเช้าของทุกวัน อย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ทะ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการมาพบแพทย์และรับประทานยาเป็นประจำต่อเนื่องอยู่แล้ว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร และ เดือนเพ็ญ ศรีชา (50) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.3 รับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การลดความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเป็นเป้าหมาย

สำคัญในการดูแลรักษา ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว การมารักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกัน หรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (42)

ด้านการตรวจตามนัด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ ตามนัดทุกครั้ง เช่น ท่านมารับการตรวจตามวันเวลานัดหมายครั้งต่อไปตามใบนัดของแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร และ เดือนเพ็ญ ศรีชา (50) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.1 มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเป็นประจำ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยโรคนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมารับการตรวจและการ รักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควรมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ก็ควรได้รับการตรวจร่างกายเพื่อติดตามผลการรักษาและให้แพทย์ค้นหาความผิดปกติของอวัยวะต่างๆของร่างกาย เพื่อหาทางช่วยป้องกันควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ล่วงหน้า และสิ่งสำคัญที่สุดในการตรวจตามนัดก็คือการมารับยาเพราะแพทย์อาจจะปรับเปลี่ยนยา ตามสภาวะของโรคและวินิจฉัยประเมินตามตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเองในการรักษาโรค

ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้ง 2 ระดับ คือ การออกกำลังกายระดับหนัก เช่น แอโรบิก วิ่ง เล่นฟุตบอล และการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง เช่น ขุดดิน ปลูกบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน หรือ ขาดการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนและแม้จะออกกำลังกายแต่ก็ไม่ต่อเนื่อง จนทำให้การออกกำลังกายนั้นไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทั้งในด้านความถี่, ความหนักเบา และระยะเวลา สอดคล้องกับ จันทิรา ทรงเต๊ะ (12) ที่ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3 ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.5 ขาดการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน และแม้จะออกกำลังกายแต่ก็ไม่ต่อเนื่อง คือน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 44.5 ผู้ศึกษาเห็นว่าความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเชื่อว่าการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกาย ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรเข้าไปมีบทบาทในการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ให้ผลเช่นเดียวกับ การศึกษาของ ศิริพร ปารมะ (63) ที่พบว่าผู้เข้ารับการรักษาสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลลี้จังหวัดลำพูน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้คำแนะนำ

เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงว่าจะต้องไม่มีการแข่งขัน เพราะจะส่งผลทำให้เกิดความเครียดและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (40)

ด้านการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.0 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การสูบบุหรี่/ ยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่ภายในสถานที่ทำงานหรือในบ้านของท่านในแต่ละวัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.2 และ 80.3 ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ามารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ สูบบุหรี่/ยาสูบ อยู่ในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ดีพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (36) และยังพบอีกว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และเกิดลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งด้วย (37) ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นหนึ่งใน การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (1)

ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตอง วิสกี้ บรั่นดี ไวน์ ในปริมาณมาก (เพศหญิง คือ การดื่มเบียร์มากกว่า 12 ออนซ์หรือ 1 ขวดต่อวัน หรือ เหล้าขาวเกิน 2 เป๊กต่อวัน หรือดื่มสุราเกิน 1.5 ออนซ์หรือ 3 ฝาต่อวัน / เพศชาย คือ การดื่มเบียร์มากกว่า 24 ออนซ์หรือ 2 ขวดต่อวัน หรือ เหล้าขาวเกิน 4 เป๊กต่อวัน หรือ ดื่มสุราเกิน 3 ออนซ์หรือ 6 ฝาต่อวัน) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.1 อาจเนื่องจากช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล เป็นช่วงเดือน กันยายน – ตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงเทศกาลเข้าพรรษา หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ที่มีการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง อย่างไรก็ตามจากรายงานการศึกษาปริมาณแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อความดันโลหิต พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะทำให้มีการเพิ่มของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงถึง 3 – 4 มิลลิเมตรปรอท และมีการเพิ่มของระดับความดันไดแอสโตลิก 1 – 2 มิลลิเมตรปรอท (13)

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในปี 2559 ที่ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โดยศึกษาในช่วงระยะเวลา ระหว่างเดือน กันยายน – ตุลาคม 2559 รวมจำนวนทั้งสิ้น 309 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง 3) ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง 4) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งผลการศึกษสรุปได้ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปการศึกษา

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวนทั้งหมด 309 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-96 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 60.61 ± 11.524 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำนา/ทำไร่/ทำสวน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.6 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ด้านสุขภาพ ส่วนมากมีประวัติญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง / โรคเบาหวาน / โรคหลอดเลือดหัวใจ / โรคหลอดเลือดสมอง / โรคเส้นเลือดในสมองตีบตัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

5.1.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 54.4 คะแนนเฉลี่ยความรู้ 7.54 ± 2.57 คะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนเฉลี่ยความรู้สูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้อง ได้แก่ คำถามข้อที่ 7 (การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ทำให้จิตใจให้เบิกบาน สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้) ร้อยละ 81.9 คำถามข้อที่ 8 (การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้) ร้อยละ 79.6 และ คำถามข้อที่ 1 (โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “โรคอัมพาตครึ่งซีก” เป็นโรคที่เกิดความผิดปกติในสมอง และทำให้เกิดความพิการเรื้อรังทางร่างกาย) ร้อยละ 75.7 ตามลำดับ

5.1.3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมทักษะของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 คะแนนเฉลี่ยทักษะเท่ากับ 21.84 ± 2.43 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดี ในเรื่องการหลีกเลี่ยงอาหารประเภท ผักๆทอดๆจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้ หลีกเลี่ยงการรับประทานไขแดง กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำซึ่งอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สำหรับทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ดีคือ การมีทักษะที่ว่าถึงแม่ดูแลสุขภาพดีอย่างไร ท่าน ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

5.1.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.2 เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ การรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง อย่างต่อเนื่อง และการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติคือ การสูบบุหรี่/ ยาสูบ ร้อยละ 93.2 และ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กินผักและผลไม้สด น้อยกว่า ครึ่งกิโลกรัมหรือน้อยกว่า 5 กำมือต่อวัน รวมถึงการกินอาหารแต่ละมื้อ มักจะเติมน้ำปลา/เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ๊ว/ ซอสมะเขือเทศและซอสอื่นๆ เพิ่ม ถึง ร้อยละ 10.7

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.2.1.1 นำผลการศึกษาเสนอต่อคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ทะ (District Health System :DHS) เพื่อพิจารณาการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รวมทั้งเน้นในเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพฤติกรรม การออกกำลังกายและการบริโภคอาหารรสเค็ม เพื่อลดอัตราการป่วยตายด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับสถานบริการสาธารณสุข

5.2.2.1 ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องรวมถึงให้ความรู้เรื่องประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง

5.2.2.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีอายุมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น

5.2.2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5.2.2.4 ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ห่วงไกลโรคเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.2.2.5 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วย ในเรื่อง กลุ่มลักษณะอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

5.2.2.6 จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ผู้ดูแล) ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เรื่อง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดให้มีการเผยแพร่ ความรู้ในรูปแบบต่างๆเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง เช่น เสียงตามสาย วิทยุชุมชน ป้ายประชาสัมพันธ์ เพื่อเป็นการรณรงค์ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลได้ตระหนัก และรับรู้ถึงอาการเตือน ของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

5.2.2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5.2.2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านวัฒนธรรม เป็นต้น ว่ามีผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบวางแผนการแก้ไขปัญหาระบาดสุขได้อย่างเหมาะสม

5.2.2.3 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ที่สามารถอธิบายเงื่อนไขของการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี แล้วนำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

5.2.2.4 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อหาวิธีการหรือแนวทางในการพัฒนาการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ เพื่อเป็นรูปแบบในการดำเนินงานและขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป

5.2.2.5 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

5.2.2.6 ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น และควรใช้วิธีการดำเนินการวิจัยโดยการสัมภาษณ์หรือการสังเกต เพราะจะทำให้ได้รับข้อมูลที่ละเอียด มากกว่าการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ พื้นที่ของการศึกษามีลักษณะเป็นชุมชนชนบท ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมือง ซึ่งมีบริบทของพื้นที่รวมทั้งลักษณะการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนแตกต่างจากชุมชนชนบท อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการให้ความรู้ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอแม่ทะ ต่อไป และอาจเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน รวมถึงอาจใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการทำงานวิจัยต่อไปในอนาคต

รายการอ้างอิง

1. นิจศรี ชาญณรงค์. โรคหลอดเลือดสมองยิ่งรู้เร็วยิ่งรอดไวยิ่งห่างไกลจากอัมพาต. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. ใน วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์. (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: อมรินทร์เฮลท์อัมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
2. นิตยา พันธุเวชย์, ลินดา จำปาแก้ว. (2557). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปีพ.ศ. 2557 (ปีงบประมาณ 2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2559, จาก สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/8158.pdf>
3. Murry CJ, Lopez AD. (1997). Alternative projections of mortality and disability bycause 1990-2020: Global Burden of Disease Study, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167458>.
4. นิตยา พันธุเวชย์, ณัฐสุดา แสงโตสุวรรณ. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี พ.ศ. 2558 (ปีงบประมาณ 2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2559, จาก สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>. 2558.
5. กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดิบบตัน พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2552.
6. สำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงใน นิตยา พันธุเวชย์, ณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี พ.ศ. 2558 (ปีงบประมาณ 2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2559, จาก สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>. 2558.
7. ทิวาพร มณีรัตนสุกร, นิจศรี ชาญณรงค์. Basic and clinical Neuroscience 2. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2553.
8. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังปี2558. ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. 2558.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส 2 ประจำปีงบประมาณ 2559. ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. 2559.

10. คลินิกโรคเรื้อรัง, โรงพยาบาลแม่ทะ. รายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ. ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. 2559.
11. สุทัตสา จิตะยัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. 2557.
12. จันทิรา ทรงเต๊ะ. พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิม ชุมชนมีสุวรรณ 3. ในสุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2538, หน้า 435. สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, สาขาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ. 2554.
13. สุพรชัย กองพัฒนากุล. เทคนิคการรักษาโรคความดันโลหิตสูงการทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2542.
14. สุพินญา คงเจริญ. ผลของโปรแกรมกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. 2554.
15. สุทัตสา จิตะยัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. 2557.
16. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. Health promotion is nursing practice (4rd ed.). The United States of America: Pearson Education, Inc. 2002.
17. American Heart Association. Alcohol and Heart Health, Retrieved January 12, 2015, from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Alcohol-and-Heart-Disease_UCM_305173_Article.jsp#.VxkGsfl97IV. 2015.
18. ปฐญาภรณ์ ลาลูน. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาวิชาสุขศึกษา. 2554.
19. กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. ประสาทวิทยาทันยุค. พิมพ์ครั้งที่1 ed. ใน ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: บริษัทพราวเพรส(2002)จำกัด. 2553.

20. นิตยา พันธุเวทย์, ณัฐสุตา แสงโตสุวรรณ. ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกปี พ.ศ. 2558 (ปีงบประมาณ 2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2559, จาก สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>. 2558.
21. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือหลอดเลือดสมอง(อัมพาตอัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. ในบุญชัย พิพัฒน์วนิชกุล (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. 2557.
22. สถาบันประสาทวิทยา. โรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 เมษายน 2559, จาก <http://www.thaineuroinfo.com/th/wp-content/uploads/2014/01/Stroke.pdf>. 2556.
23. AHA/ASA Guideline (2006) อ้างถึงใน สุพินญา คงเจริญ. ผลของโปรแกรมกำกับตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิต และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. 2554.
24. Framingham Heart Study. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2559, จาก <https://www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/stroke/stroke.php>. 2016.
25. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2559, จาก <http://www.Thaihythaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>. 2558.
26. สุรเสน ดวงวรรณท์. คู่มือความดันโลหิตให้อยู่หมัด. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: อินสปายร์, 2557, 184 p.
27. ESC, ESH. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007; 25(7)1109.
28. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. ความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2559, จาก https://th.wikipedia.org/wiki#cite_note-27. 2559.
29. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2559). ความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2559, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/>. 2559.

30. WHO(2003), ISH(2003) อ้างถึงใน สุพินญา คงเจริญ. ผลของโปรแกรมกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต ต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. 2554.
31. thaihealthlife .com. โรคหลอดเลือดในสมอง(Stroke) และการรักษา. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2559, จาก <http://thaihealthlife.com/>.
32. ศุภวรรณ มโนสุนทร. รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2557.
33. วิไลวรรณ ทองเจริญ. อ้างถึงใน จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554). การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์, 2548; 57-59 p.
34. รุ่งทิพย์ อุ่นใจชน. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลสิงห์บุรี. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี. 2549.
35. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต อัมพฤกษ์)สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. ในบุญชัย พิพัฒน์วิชกุล (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข; 2557. 13 p.
36. โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา. 9 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 เมษายน 2559, จาก <https://www.bangkokpattayahospital.com/th/healthcare-services-th/neuroscience-center-th/item/1196-nine-risk-factors-in-cerebrovascular-accidentsth.html>.
37. Siamhealth. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 เมษายน 2559, จาก http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/neuro/cva/ risk.htm#.
38. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. เครียดกับความดันเลือดสูง. นิตยสารหมอชาวบ้าน; 2549. 235(1).
39. พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน). (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมาปฏิบัติในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสวนปรุง; 2558. 31(1), 27-37.
40. เสก อักษรานุเคราะห์. (2540). ทางสายกลางเพื่อสุขภาพแนวปฏิบัติเพื่อสมดุลของร่างกาย. จุฬาลงกรณ์วารสาร; 2540. 32(2), 58-71 p.

41. Bhatt et al. (2007). อ้างถึงใน สุพินญา คงเจริญ. (2554). ผลของโปรแกรมกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. 2554.
42. สุมาลี วัจนกร, ชุติมา ผาติดำรงกุล, ปราณี คำจันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร; 2551. 26(6), 541 p.
43. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทักษะการวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์. 2556.
44. สุรพงษ์ โสณะเสถียร. การสื่อสารกับสังคม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2533.
45. Benjamin S. Bloom, Thomas J. Hasting, George F. Madaus. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study Learning. New York: Mc Graw-Hill. 1971.
46. จุมพล รอดคำดี. สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2532. 117 p.
47. เพ็ญรัตน์ ลิ้มประพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดสุโขทัย. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2553.
48. พิชามญชุ์ คำแพรวดี, อติศักดิ์ สัตย์ธรรม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ธรรมศาสตร์เวชสาร; 2558. 1(16), 66-77 p.
49. อุมพร แซ่กอ, ชนกวร จิตปัญญา. การศึกษา ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์; 2557. 2(6), 13 p.
50. น้อมจิตต์ นวลเนตร์, เดือนเพ็ญ ศรีชา. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด; 2555. 24(3), 318-323 p.

51. พรสวรรค์ คำทิพย์, ชนกวร จิตปัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและความตระหนักรู้ ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อย ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ; 2557. 2(6).
52. เสกสรรค์ จวงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการแพทย์เขต11; 2558. 2(29). 233-239 p.
53. สุภา เกตุสถิตย์, อัจฉรา อ่วมเครือ, บุษราคัม ทรัพย์อุดมผล, วิวัฒน์ วรวงษ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอำเภอทุ่งตะโกจังหวัดชุมพร. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 2553.
54. Vukovic V, Mikula I, Kesic MJ, Bedekovic MR, Morovic S, Lovrencic-Huzjan A, et al. Perception of stroke in Croatia: Knowledge of stroke signs and risk factors amongst neurological outpatients. Eur J Neurol 2009; 16: 1060-5 p.
55. เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, วิวัฒน์ วรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร. KKU Res J, 16(6).
56. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 9 ed. กรุงเทพฯ: บิซิเนสอาร์แอนด์ดี; 2551. 45 p.
57. วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2538. 10 p.
58. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2556 <http://www.hed.go.th/>. 2556.
59. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ. พยาบาลสาร; 2550. 34(4), 1-9 p.
60. อิศรัญญ์ รินโรตง. การหาค่าหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index –CVI). สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2556 จาก <https://sites.google.com/site/stats2researchs/student-of-the-month/johndoe>. 2557.
61. พิชิต ฤทธิ์จรูญ. เทคนิคการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: บริษัท แฮสส์ ออฟ เคอร์มิสท์ จำกัด; 2557. 512 p.

62. มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ฉบับพิเศษ, ฉบับพิเศษ; 2558. 18-29 p.
63. ศิริพร ปาละมะ. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. 2549.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (Validity) ตามเนื้อหา
ของแบบสอบถาม การศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
นายแพทย์นพรัตน์ วัชรขจรกุล	นายแพทย์ชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลงาว) โรงพยาบาลงาว อำเภองาว จังหวัดลำปาง
นางสาวรุ่งนภา ยศดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
นางอรนุช ดวงเปี้ย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและรูปแบบบริการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลำปาง

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

AF 01_12



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 148/2559

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่	: 083/2559
ชื่อโครงการวิจัย	: ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
	: KNOWLEDGE, ATTITUDE AND RISKY BEHAVIORS OF STROKE AMONG PEOPLE WITH HYPERTENSION IN MAETA DISTRICT, LAMPANG PROVINCE.
ผู้วิจัยหลัก	: นายพนตล คำภีโร
หน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... (ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โททกานนท์) ประธานคณะกรรมการ	ลงนาม..... (อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา) อนุกรรมการและเลขานุการ
---	--

วันที่รับรอง : 1 กันยายน 2559	วันหมดอายุ : 1 กันยายน 2560
-------------------------------	-----------------------------

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 1 มีนาคม 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

เอกสารชี้แจงเงื่อนไขเพิ่มเติม

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากไม่รับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้า ไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย (AF 01_14)
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมการวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราอนุกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะอนุกรรมการฯ ต้องรายงาน คณะอนุกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะอนุกรรมการฯ รับรองการเปลี่ยนแปลงก่อนการ ดำเนินการ ตามแบบรายงานแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (AF 01_13)
7. ผู้วิจัยมีหน้าที่รายงานความก้าวหน้าเมื่อครบกำหนด (ระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่อนุมัติ) ตามแบบ รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย (AF 01_14) ให้แก่คณะอนุกรรมการฯ รับทราบ
8. เมื่อดำเนินโครงการวิจัยเสร็จสิ้น ให้ผู้วิจัยส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03_12) และบทคัดย่อผล วิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลงานวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
9. หากโครงการวิจัยไม่สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นได้ และมีการยุติการดำเนินโครงการวิจัยก่อนกำหนด ผู้วิจัย ต้องแจ้งให้คณะอนุกรรมการฯ รับทราบตามแบบรายงานเพื่อยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (AF 01_17) และ แบบรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย (AF 01_14)

ภาคผนวก ค

คำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

(Participant Information Sheet)

โครงการวิจัยที่ 083/2559

ชื่อเรื่อง (ไทย) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) Knowledge, Attitude and Risky behavior of Stroke among People with Hypertension in Maeta District, Lampang Province

ชื่อผู้วิจัย นายพนพล คำภีร์ ตำแหน่ง นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย(ที่ทำงาน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000 (ที่บ้าน) 90/339 หมู่ที่13 ตำบลบ่อแฮ้ว อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52100 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 054-

227526 ต่อ 106 โทรศัพท์ที่บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 099-0052451 E-mail:

zoozoo2522@hotmail.com

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย

การเชิญเข้าร่วมในงานวิจัย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด เพื่อท่านจะได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ และท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ของประชากรทั่วโลก สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ประชาชนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2.4 แสนคน อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีพ.ศ. 2557 มีจำนวนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดโดยเฉลี่ยคือ ในทุกๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประมาณ 3 คน ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไทย นั้น คือ ความดันโลหิตสูง จังหวัดลำปางมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 4 ของประเทศ โดยเฉพาะเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดลำปาง สาเหตุที่สำคัญเกิดจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร เค็มจัด หวานจัด มันจัด ไม่รับประทานผัก ผลไม้ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ไม่ออกกำลังกาย และเครียด พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เมื่อปฏิบัติติดต่อกันเป็นเวลานานๆ จะส่งผลทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมอง ตามมา ในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนี้ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาหลายพื้นที่ แต่ในจังหวัดลำปาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ยังไม่มีใครศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ทักษะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา, การมาตรวจตามนัด) ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่า และมีประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 309 คน

ขั้นตอนการสุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง ในวันเปิดบริการทุกวันจันทร์ เวลา 08.30 น. – 16.30 น. ช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2559 และใช้วิธีจับฉลากเลือกหมายเลขผู้ป่วย โดยกำหนดเป็นหมายเลขคี่ ของหมายเลขผู้ป่วย และทำการเก็บข้อมูลจนครบจำนวน โดยให้ ตอบแบบสอบถามที่ได้จัดเตรียมไว้ในเวลาที่กำหนด หรือจนกว่าจะครบตามเป้าหมาย จำนวนทั้งสิ้น 309 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนการรักษา คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาในการได้ยิน เป็นผู้ที่มีความยินยอมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ ต่ำกว่า 18 ปี รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเจ็บป่วย ไม่สุขสบายที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น ไข้สูง ปวดศีรษะ เป็นต้น และอาสาสมัครปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากโครงการ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้ช่วยวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน กรุณาตอบคำถามซึ่งมีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยระหว่างการสัมภาษณ์ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยในประเด็นคำถามให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อนตอบคำถามได้ ทั้งนี้การตอบคำถามเหล่านี้ไม่มีถูกหรือผิด และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่าน

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครวิจัยที่อาจได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน จะถูกเก็บและปกปิดเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปที่เป็นสรุปผลการดำเนินงานของโครงการในเอกสารรายงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ของท่าน การเก็บข้อมูลต่างๆ นั้น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะดำเนินการสัมภาษณ์ โดย

ไม่รบกวนเวลาทำงานของท่าน ดังนั้น จึงไม่มีค่าตอบแทน หรือค่าป่วยการใดๆ ในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ แต่ท่านจะได้รับอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 1 มื้อ

ความรับผิดชอบของผู้วิจัยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

ในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อ เพื่อขอรับคำแนะนำ หรือเมื่อเกิดความสงสัยในทุกกรณี ท่านสามารถติดต่อผู้ทำวิจัย นายณพดล คำภีโร นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 099-0052451 ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการ หรือด้านการรับบริการสุขภาพอื่นๆของท่าน

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครวิจัย

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดไม่มีการเปิดเผยชื่อของอาสาสมัครวิจัย โดยจะใช้การกำหนดรหัส การเสนอผลงานวิจัยและรายงานการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมอย่างใดก็ได้ที่มีบุคคลบางกลุ่ม เช่น ผู้ตรวจสอบ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลโดยตรงจากเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจสอบขั้นตอนการวิจัยโดยไม่ละเมิดการรักษาความลับของท่าน ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนด ตามที่ท่านได้ลงนามในใบยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร และหากท่านต้องการการยกเลิกสิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยแจ้งหรือส่งไปที่ นายณพดล คำภีโร นักศึกษา ปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 099-0052451

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยไปแล้ว ข้อมูลของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม และไม่ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและการเก็บข้อมูล
3. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง

6. ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยที่ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและลงวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการบังคับข่มขู่ หรือหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381



ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง
ชื่อผู้วิจัย นายพนพล คำภีโล
ที่อยู่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง
โทรศัพท์ 09-9005-2451 หรือ 054-227526

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็น**อย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้า**จึงสมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 51 ข้อคำถาม ใช้เวลา 25 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่าไม่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ หรือการรับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้า**ได้รับคำรับรอง**ว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับ
 อาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....



ภาคผนวก จ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

เรื่อง : แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ทัศนคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะเท จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

- | | |
|--|--------------|
| 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 8 ข้อ |
| 1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 12 ข้อ |
| 1.3 ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 9 ข้อ |
| 1.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 20 ข้อ |

2. คำตอบที่เป็นจริงของท่าน จะเป็นประโยชน์ โดยจะนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอมะเท จังหวัดลำปางต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่เป็นจริง ลงในช่องว่าง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่

4. อาชีพที่ท่านประกอบอยู่ในปัจจุบัน

☐ ไม่มีงานทำ (ข้ามไปตอบ ข้อ 5)

☐ มีงานทำ คือ

- () 1. รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ () 2. ค้าขาย
 () 3. รับจ้าง () 4. ธุรกิจส่วนตัว
 () 5. แม่บ้าน / พ่อบ้าน () 6. ทำนา/ทำไร่/ทำสวน
 () 7. อื่นๆ ระบุ.....

5. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
 () 3. มัธยมศึกษา () 4. อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา
 () 5.ปริญญาตรีและสูงกว่า

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่านต่อเดือน

- () 1. น้อยกว่า 5,000 บาท () 2. 5,001 – 10,000 บาท
 () 3. 10,001 – 15,000 บาท () 4. มากกว่า 15,000 บาท

7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

8. ญาติสายตรงของท่าน เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง / โรคเบาหวาน / โรคหลอดเลือดหัวใจ / โรคหลอดเลือดสมอง / โรคเส้นเลือดในสมองตีบตัน หรือไม่

- () 1. ไม่มี
 () 2. มี

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำถาม

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจ

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “โรคอัมพาตครึ่งซีก” เป็นโรคที่เกิดความผิดปกติในสมอง และทำให้เกิดความพิการเรื้อรังทางร่างกาย			

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
2. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคติดต่อ			
3. ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้ว สามารถจะเกิดซ้ำได้อีก			
4. รู้สึกชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง			
5. ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง			
6. ปัจจัยส่งเสริมให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น			
7. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้เบิกบาน สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
8. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
9. คนผมไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			
10. การตรวจสุขภาพปีละครั้งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
11. คนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว			
12. คนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการเข้าสังคม			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเชื่อ ความศรัทธา และความเข้าใจ ของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อ โรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลพฤติกรรมตนเอง

โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่าน

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านปานกลาง

หรือ เห็นด้วยปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านหรือไม่เห็นด้วยเลย

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่ เห็นด้วย
1. การที่ท่านรับประทานไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำ อาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
2. การที่ท่านหลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัสดๆทอดๆจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
3. การสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้			
4. การเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องของโชคชะตา			
5. การที่ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโดง ปริมาณมาก จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
6. ท่านมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนที่ ไม่ได้ เป็นโรคความดันโลหิตสูง			
7. ถึงท่านดูแลสุขภาพดีอย่างไร ท่านก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้			
8. ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะทำให้หลอดเลือดสมองแตกได้			
9. การหยุดกินยาลดความดันโลหิตเพียงบางม้ออาจมีผลทำให้หลอดเลือดสมองแตกได้			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้วเลือกตอบให้ตรงกับที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด แล้วใส่

เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

(5 วันขึ้นไป)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติหลายๆครั้ง

(2-4 วันต่อสัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านปฏิบัติ 1วัน/สัปดาห์ หรือ

ไม่เคยปฏิบัติเลย

การปฏิบัติในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้อย่างไร

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ (5 วันขึ้นไป)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2-4 วัน/ สัปดาห์)	ไม่ปฏิบัติ เลย (≤ 1 วัน/ สัปดาห์)
ด้านการบริโภคอาหาร			
1. ท่านกินผักและผลไม้สด <u>น้อยกว่า</u> ครึ่งกิโลกรัมหรือน้อยกว่า 5 กำมือต่อวัน			
2. ท่านกินผลไม้รสหวาน เช่น ลำไย ทุเรียน ขนุน องุ่น น้อยหน่า มะม่วงสุก เงาะหรืออื่นๆ			
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชานม กาแฟหรืออื่นๆ			
4. ท่านกินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี้ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงมัสมั่น แกงคั่ว หรืออื่นๆ			
5. ท่านกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก หรืออื่นๆ			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ (5 วันขึ้นไป)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2-4 วัน/ สัปดาห์)	ไม่ปฏิบัติ เลย (≤ 1 วัน/ สัปดาห์)
6. ท่านกินอาหารทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ก๋วย ทอด ปาท่องโก๋ทอด หรืออื่นๆ			
7. ท่านกินขนมกรุบกรอบเป็นถุง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มัน ฝรั่ง หรืออื่น ๆ			
8. ท่านกินขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมหม้อแกว ขนมเค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมปัง หรืออื่น ๆ			
9. ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำตาลเพิ่ม			
10. ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำปลา/เกลือ/น้ำปลา พริก/ซีอิ๊ว/ซอสมะเขือเทศและซอสอื่นๆ <u>เพิ่ม</u>			
ด้านความเครียด			
11. ท่านดื่มสุราทุกครั้งเมื่อชีวิตประสบปัญหา			
12. เมื่อไม่สบายใจ ท่านมักจะเก็บตัวอยู่คนเดียว			
ด้านการรับประทานยา			
13. ท่านรับประทานยาตามขนาดยาที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่ง รับประทานยา ครั้งละ 1 เม็ด ท่านก็รับประทานยา 1 เม็ด			
14. ท่านรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่ง รับประทานยา เข้า ครั้งละ 1 เม็ด ทุกวัน ท่านก็รับประทานยาใน ช่วงเวลาเช้าของทุกวัน อย่างต่อเนื่อง			
การมาตรวจตามนัด			
15. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เช่น ท่านมารับการตรวจตาม วันเวลานัดหมายครั้งต่อไปตามใบนัดของแพทย์			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ (5 วันขึ้นไป)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2-4 วัน/ สัปดาห์)	ไม่ปฏิบัติ เลย (≤ 1 วัน/ สัปดาห์)
ด้านการออกกำลังกาย 16. ท่านออกกำลังกายระดับหนัก คือ ออกจนท่านรู้สึก <u>เหนื่อย</u> <u>มาก</u> โดยหายใจแรงหรือหอบ <u>ไม่สามารถ</u> หยุดคุยได้จบบริเค เช่น แอโรบิก วิ่ง เล่นฟุตบอล นานครั้งละ 20 นาที จำนวน 3 วันต่อ สัปดาห์			
17. ท่านออกกำลังกายระดับปานกลาง คือ ออกจนรู้สึก <u>เหนื่อย</u> <u>พอควร</u> โดยหายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย แต่ยังสามารถหยุดคุยได้ จบบริเค เช่น ขุดดิน ถูบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน นานครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 วันต่อสัปดาห์			
ด้านการสูบบุหรี่ 18. <u>ท่านสูบบุหรี่/</u> ยาสูบ			
19. ในแต่ละวันท่านได้รับควันบุหรี่ภายในสถานที่ทำงานหรือใน บ้านของท่าน			
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 20. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาแดง วิสกี้ บรั่นดี ไวน์ <u>ในปริมาณมาก</u> (<u>เพศหญิง</u> คือ การดื่มเบียร์มากกว่า 12 ออนซ์หรือ 1 ขวดต่อวัน หรือ เหล้าขาวเกิน 2 เป๊กต่อวัน หรือ ดื่มสุราเกิน 1.5 ออนซ์หรือ 3 ฝาต่อวัน / <u>เพศชาย</u> คือ การดื่มเบียร์ มากกว่า 24 ออนซ์หรือ 2 ขวดต่อวัน หรือ เหล้าขาวเกิน 4 เป๊กต่อ วัน หรือดื่มสุราเกิน 3 ออนซ์หรือ 6 ฝาต่อวัน)			

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นายณพดล คำภีโร

วันเดือนปีเกิด

วันที่ 30 กรกฎาคม 2522

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ประสบการณ์ที่ทำงาน

ปีพ.ศ. 2559 : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่ม
งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ปีพ.ศ. 2553 : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่ม
งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ปีพ.ศ. 2550 : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำปุก อำเภอปง จังหวัดพะเยา