



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Program results development prevention behavior Stroke in patients
hypertension Health Center 11 Nakhon Si Thammarat.

นางสุภาพร ศรีอุทัย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

พุทธศักราช 2567

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาการศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้เชี่ยวชาญภายในศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นเนื้อหาสาระ ตลอดจนการตรวจแก้ไขการศึกษางานวิจัยทำให้การศึกษางานวิจัยฉบับนี้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ เป็นอย่างดี

ที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่ให้การส่งเสริม สนับสนุน และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งในงานด้านสาธารณสุขให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

งานวิจัยผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง 2) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง 3) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้และหลังใช้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ในศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาทั้งทดลอง (one group pretest - posttest design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังโดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.3 มีอายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.อนุปริญญาหรือ ปวส. และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 63.3 ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความรู้ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับความรู้หลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้และหลังใช้พบว่า ด้านความรู้และพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Research on the outcomes of a behavior development program for preventing stroke in patients with high blood pressure aims to: 1) Study the level of knowledge about stroke in patients with high blood pressure. 2) Study the level of preventive behaviors for stroke in patients with high blood pressure. 3) Compare the outcomes of the behavior development program for preventing stroke in patients with high blood pressure before and after its implementation. The population and sample group for this study consist of high blood pressure patients receiving services at Health Center 11, Nakhon Si Thammarat. Purposive sampling was used, with a sample size of 30 individuals. This study follows a quasi-experimental design (one-group pretest-posttest design). The researcher collected data personally. The research findings indicate that the majority of the sample group are males (73.3%), aged 41 years and above (83.3%). Regarding education, 33.3% have completed high school, vocational certificate, diploma, or bachelor's degree or equivalent. 80.0% are married, and 63.3% are wage workers. Regarding knowledge levels about stroke in high blood pressure patients, the pre-program level was mostly moderate, while the post-program level was mostly good. Similarly, for preventive behaviors against stroke, the pre-program level was mostly moderate, while the post-program level was mostly good. Significant statistical differences were found between knowledge and behavior levels before and after the program at a significance level of 0.01.

Keywords: Behavior development program; Stroke; Hypertension

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 โรคหลอดเลือดสมอง	5
2.2 โรคความดันโลหิตสูง	14
2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง	19
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	25
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	28
บทที่ 4 ผลการวิจัย	29
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล	29
4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้	30
4.3 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	42
5.1 สรุปผลการวิจัย	42
5.2 อภิปรายผล	43
5.3 ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	46
ภาคผนวก	50
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	51
ภาคผนวก ข แผ่นพับและโปรแกรม	58
ประวัติผู้วิจัย	61

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล	29
ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	30
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)	31
ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	33
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	34
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร (n = 30)	35
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านการจัดการความเครียด (n = 30)	37
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านการออกกำลังกาย (n = 30)	38
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านการสูบบุหรี่ และควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n = 30)	39
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา (n = 30)	40
ตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	41

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident or stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ในที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก (Johnson et al., 2019) สำหรับประเทศไทย จากสถิติของโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2559 – 2561 พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จาก 451 คน เป็น 506 คนต่อแสนประชากร สำหรับอัตราการเสียชีวิต จากรายงานในปี พ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ และเป็นโรคที่ พบบ่อยที่สุดของระบบประสาทที่เป็นสาเหตุของความพิการหลงเหลือ (กรมการแพทย์, 2563) อัตราการเสียชีวิต ยังพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 2 - 3 เท่า และมีแนวโน้มพบอุบัติการณ์สูงขึ้นตามอายุ เท่ากับ 73.90, 123.20 และ 296.70 คน ต่อแสนประชากร ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 50 - 59 ปี, 60 - 69 ปี และ 70 ปี ขึ้นไปตามลำดับ (สุพัตรา ศรีวนิชชากร, 2560) นอกจากอัตราการเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และในระยะยาวผู้ที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมี แนวโน้มเกิดภาวะความจำบกพร่องตามมา (มัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2562)

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยสถิติโรคหลอดเลือดสมองของคนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2557 คือ 354.54, 366.81 และ 352.30 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2557 คือ 31.69, 36.13 และ 38.66 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ทั้งนี้สาเหตุสำคัญเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปถึง 2 - 17 เท่าตัว (กระทรวงสาธารณสุขสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2565) ดังนั้นและในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ปิยนุช จิตตุนนท์ และคณะ, 2564)

จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 โรคที่มีอัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน สูงสุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11, 2565) นอกจากนี้จากรายงานการวิเคราะห์พฤติกรรมของจันทรา พรหมน้อย และคณะ (2565) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารไขมันและแป้งเป็นองค์ประกอบหลัก ชอบกินขนมขบเคี้ยว และออกกำลังกายน้อย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการดำเนินการเพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงในการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

ศูนย์อนามัยที่ 11 เป็นหน่วยบริการที่มีคลินิกความดันโลหิตสูง ในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติผู้รับบริการปี 2564 ถึง 2566 มีผู้รับบริการในคลินิก 2582, 2584 และ 2433 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงมาก เกินเกณฑ์ค่าการรักษาของแพทย์ จำเป็นต้องมาสังเกตอาการแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ โดยเฉลี่ยวันละ 3 - 5 ราย และสถิติผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง ผู้รับบริการปี 2564 ถึง 2566 จำนวน 139, 201 และ 218 ตามลำดับและพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.3

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยการให้ Intravenous thrombolysis โดยใช้ยา recombinant tissue plasminogen activator (rtPA) สามารถละลายลิ่มเลือดและส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น ลดความพิการที่เกิดจากเซลล์สมองตายจากขาดเลือดได้ และผลการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้นทันที หรือสามารถดีขึ้นได้ใน 3 ถึง 6 เดือน แต่การให้ยาต้องจำกัดภายใน 3 ชั่วโมง หลังจากอาการเตือนของหลอดเลือดสมอง ต่อมาในปี 2008 มีการวิจัยโดยมีการเพิ่มเวลาการให้ยา rtPA ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเตือนของหลอดเลือดสมอง 3 ถึง 4.5 ชั่วโมง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การรักษาได้ผลดีเช่นกัน โดยการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การเกิด Intracranial Hemorrhage ไม่แตกต่างกัน ปัจจุบัน จึงมีการยอมรับการให้ยา rtPA ที่เกิดอาการเตือนของหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการ 3 ถึง 4.5 ชั่วโมง โดยการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) ที่มีอาการน้อยกว่า 4.5 ชั่วโมง ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดด้วย rtPA ถือเป็นการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน เพื่อลดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น สำหรับในประเทศไทย การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน เริ่มแพร่หลายมากขึ้นเมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้เป็นการรักษาที่รวมอยู่ในสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากในระยะแรกยังไม่มียาหรือระบบช่องทางด่วนเพื่อการรักษาที่ชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาภายในระยะเวลาที่มาตรฐานกำหนดไว้เนื่องจากการมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 22 - 59 ที่มาถึงห้องฉุกเฉินภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง และมีเพียงร้อยละ 8 - 10 จากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การให้การรักษาด้วย rtPA เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้และการเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Alert) อยู่มาก ทำให้มีมาโรงพยาบาลตั้งแต่มีอาการทันที (พนัญญา ชันติจิตร, 2559)

จากสถิติข้อมูลดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองและส่วนมากผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงขาดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังขาดประเด็นการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคนี้ ทำให้ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสนใจที่จะทำการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนา

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

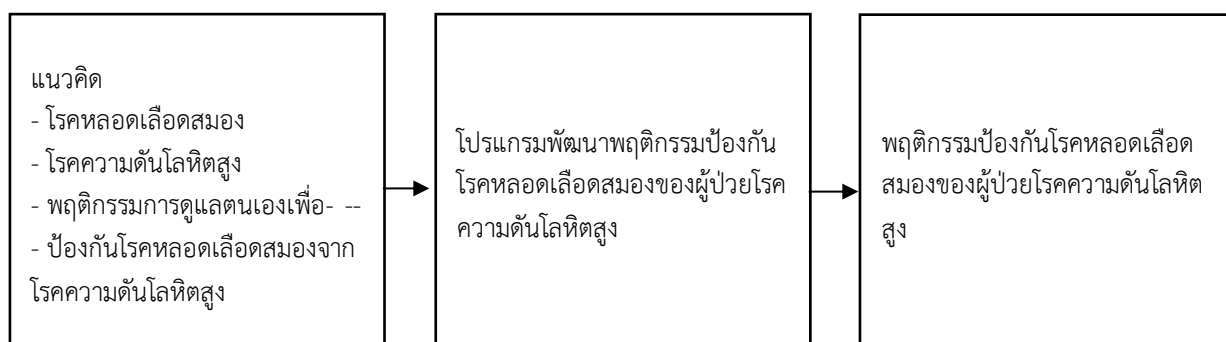
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้และหลังใช้

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (one group pretest - posttest design) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน เมษายน 2567

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Coupland et al. (2017) และอรพิน เทิดอุดมธรรม (2550) มาใช้เป็นแนวทางพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง
2. ทราบถึงระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง
3. ได้แนวทางในการวิเคราะห์ วางแผน และพัฒนาปรับปรุงป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจำ และความเข้าใจในเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองที่ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงได้รับรู้มาจาประสบการณ์ การสังเกตหรือปฏิบัติจริงจนเกิดผล เช่น ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง

พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

โรคหลอดเลือดในสมอง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 โรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 โรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมาย

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease [CVD] หรือ Stroke) หมายถึง โรคของหลอดเลือด ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น การตีบแคบ อุดตัน หรือแตก ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เซลล์สมองขาดเลือด และเซลล์สมองตาย ส่งผลต่อความบกพร่องทางระบบประสาท (Coupland et al., 2017; Izzo et al., 2018)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีลักษณะที่เกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไป มีสาเหตุมาจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศสหรัฐอเมริกา รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Linton, A.D. & Lach, H.W., 2007).

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นภาวะรบกวนหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งเป็นแบบบางส่วนหรือทั้งสมอง ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง จนกระทั่งเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด ที่มาเลี้ยงสมอง (Markus, 2003)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS]) ได้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่าโดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือ อย่างถาวรก็ได้ (NINDS, 2009)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติ ของหลอดเลือดในสมอง “เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง” (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ๆ คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) (Izzo et al., 2018) ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) เป็นภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันทำให้เซลล์สมองขาดเลือดและออกซิเจน โดยมีสาเหตุจากการเกิดลิ่มเลือด (thrombus) อุดตันบริเวณหลอดเลือด เรียกว่า cerebral thrombosis หรือเกิดจากลิ่มเลือดจากส่วนอื่น (emboli) หลุดลอยมาอุดตัน

บริเวณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง บริเวณสมอง โรคหลอดเลือดสมองตีบ เรียกว่า cerebral embolus โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน พบได้ประมาณ 85 % ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นความผิดปกติที่มีสาเหตุจากการแตกของหลอดเลือดสมอง เรียกว่า cerebral hemorrhage ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ประมาณ 15% ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในผู้สูงอายุ

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ ดังนี้ คือ

1) สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (TIA) 2) สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมงแต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (Reversible Ischemic Neurologic Deficit [RIND]) 3) โรคหลอดเลือดสมองที่มีการคงที่แล้ว (Complete Stroke) และ 4) โรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง (Stroke in Evolution; Progressive Stroke) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (TIA) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทเฉียบพลัน เนื่องมาจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5 - 10 นาที และหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง มักมีสาเหตุมาจากการมีสิ่งอุดตัน (Emboli) หลุดลอยออกไปจากหัวใจและหลอดเลือดไปอุดตันของหลอดเลือดสมอง หรือเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตัน (Thrombosis) ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณสมองไม่เพียงพอ และเวลาต่อมาอาจมีการไหลของเลือดผ่านหลอดเลือดที่ตีบแคบนั้นได้ (CDC, 2004) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวสามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่มอาการใหญ่ตามหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพ คือ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เนื่องจากหลอดเลือดแคโรทิด (Carotid TIA) และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เนื่องจากหลอดเลือดเวทีบโรบาซิลลา (Vertebrobasilar TIA) โดยมีการและอาการแสดง (Markus, 2003) ดังนี้

2. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เนื่องจาก หลอดเลือดแคโรทิด (Carotid TIA) ผู้ป่วยจะมีอาการแขน ขา และหน้าอ่อนแรงหรือชา ด้านตรงข้ามกับรอยโรคของสมอง มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา หรือความเข้าใจภาษา (Aphasia) (ในกรณีสมองซีกซ้าย หรือซีกเด่นเสีย) ไม่สนใจหรือละเลยร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค (ในกรณีสมองซีกขวา หรือซีกด้อยเสีย) และมีอาการทางสายตา เช่น ตาบอดชั่วคราว หรือตามองไม่เห็นครึ่งซีก

2.1 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเนื่องจากหลอดเลือดเวทีบโรบาซิลลา (Vertebrobasilar TIA) ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ (Vertigo) คลื่นไส้อาเจียน ตามองไม่เห็นครึ่งซีก (Homonymous Hemianopsia) มีความผิดปกติของการกลอกตา ตากระตุก (Nystagmus) มองเห็นภาพซ้อน เดินเซ (Ataxia) พูดลำบาก (Dysarthria) มีอาการอ่อนแรงหรือชาของแขน ขา อาจจะเป็นซีกเดียวหรือทั้ง 2 ข้างก็ได้ นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของก้านสมองและสมองเล็ก

2.2 สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมง แต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (RIND) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีการผิดปกติปรากฏอยู่นานประมาณ 24 - 72 ชั่วโมง หรืออาจ ถึง 1 สัปดาห์ แล้วจะกลับมาเป็นปกติใหม่ อาการขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพสาเหตุไม่แน่ชัด อาจเกิดจากการควบคุมการไหลเวียนโลหิตผิดปกติชั่วคราว ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดเป็น

บริเวณเล็ก ๆ ในส่วนเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไป ภาวะนี้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า

2.3 โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่แล้ว (Complete Stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างคงที่ โดยไม่แย่ไปกว่าเดิม อาการของโรคอยู่ตัวแล้ว (Stable Stroke) ไม่มีการบวมเพิ่มขึ้นของสมองรอบรอยโรคนั้น เป็นระยะที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่

2.4 โรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือมี อาการเปลี่ยนแปลง (Stroke in Evolution; Progressive Stroke) หมายถึง ความผิดปกติทางระบบประสาทที่อาการดำเนินไปเรื่อย ๆ หลังจากสังเกตอาการได้ระยะหนึ่งแล้ว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดเลือด (Infraction) กลไกที่เชื่อว่าเป็นไปได้มาก คือ มีการอุดตันของเส้นเลือดมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือถ้าเป็นกรณีที่ หลอดเลือดแตก อาจเกิดจากการแตกซ้ำ อุบัติการณ์ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี พ.ศ. 2548 ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละเกือบ 6 ล้านราย หรือประมาณร้อยละ 2 ของผู้เสียชีวิตทุกสาเหตุเฉลี่ยตายนาทีละ 11 ราย ถ้าเป็นโรคนี้แล้วรอดชีวิตก็จะหลงเหลือความพิการอยู่ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว จำนวน 242,023 ราย และมีกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคดังกล่าวอีกประมาณ 10 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุและ มะเร็ง ทั้งนี้ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้ ประมาณ 690 คน ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิตประมาณ ปีละ 50,000 - 60,000 ราย และมีผู้ป่วยประมาณ ปีละ 250,000 ราย ส่วนมากพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง คือ ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็มจัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) โรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง มีความผิดปกติซึ่งมี 2 ชนิด คือ 1) หลอดเลือดสมองอุดตัน และ 2) หลอดเลือดสมองแตก ทำให้สมองหยุดทำงานไปอย่างเฉียบพลัน จากการที่สมองไม่มีเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออกแทรกทับในเนื้อสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ

1.1 การอุดตันของหลอดเลือดจากการเสื่อมหรือการแข็งตัวของหลอดเลือด เป็นสาเหตุของหลอดเลือดอุดตันที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น สูงอายุ ความดันเลือดสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ หรือไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงอย่างเดียว หรือหลายอย่างในคนเดียวก็ได้

1.2 ก้อนเลือดจากหัวใจ หรือตะกอนเลือดจากผนังหลอดเลือดแดงที่คอด้านหน้าหลุดเข้าอุดตันหลอดเลือดในสมอง สาเหตุของก้อนเลือดจากหัวใจหลุดเข้าสมอง มักเกิดในคนที่มีการเต้นหัวใจไม่สม่ำเสมอ ชนิดหัวใจห้องซ้ายบนเต้นพริ้ว (Atrial Fibrillation หรือ AF) การเต้นของหัวใจที่บีบตัวไม่พร้อมกันทั้งห้อง ทำให้มีเลือดค้างในห้องหัวใจ เลือดจะเกิดการแข็งตัวเป็นก้อนเลือดขนาดใหญ่บ้าง เล็กบ้าง ในวันที่เกิดอาการ เกิดจากก้อนเลือดหลุดออกไปที่หัวใจห้องซ้ายล่างแล้วออกต่อไปที่หลอดเลือดแดงใหญ่ และหลุดเข้าไปในสมอง เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กกว่าก้อนเลือด ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้ตะกอนเลือดที่อยู่ที่ผิวของ Plaque ในผนังหลอดเลือดใหญ่ที่คอ

สามารถหลุดเข้าไปติดในหลอดเลือดสมองจากแรงของเลือดที่ไหลเร็วกว่าปกติ บริเวณที่หลอดเลือดคอตีบทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองได้เช่นกัน

1.3 ความดันเลือดลดลงมาก จนไปเลี้ยงสมองไม่ทัน เป็นสาเหตุที่พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุของความดันเลือดที่ลดลง มีดังนี้

1.3.1 หัวใจหยุดเต้นจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองหรือเรียกว่า Heart Attack เมื่อกู้ชีพมาได้ หลังจากหัวใจหยุดทำงานไปนานทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เมื่อหัวใจกลับมาเต้นใหม่ แต่สมองขาดเลือดนาน เกินไป ก็ไม่สามารถกลับมาทำงานใหม่ได้

1.3.2 ความดันเลือดตกมากในผู้ป่วยติดเชื้อเข้ากระแสเลือดที่เรียกว่าภาวะช็อก (Shock)

1.3.3 การกดยาลดความดันเกินขนาด ทำให้ความดันเลือดต่ำจนไม่สามารถเลี้ยงสมองได้พอ

1.3.4 ความดันต่ำจากการเปลี่ยนท่า จากท่านอนหรือนั่งเป็นท่านยืนเร็วเกินไป มักพบในคนสูงอายุที่กดยาลดความอ้วน หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน และมีการเสื่อมของประสาทส่วนปลายร่วมด้วย

2. หลอดเลือดในสมองแตก แบ่งได้เป็น 2 ชนิด

2.1 เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage หรือ ICH) เกิดจากหลอดเลือดขนาดเล็กมากเท่าเส้นผมหรือเล็กกว่าเกิดการโป่งพอง หรือผนังหลอดเลือดเองเปราะบางจากอายุที่มาก เกิดการแตกทำให้เลือดออกในเนื้อสมองขนาดเท่าเม็ดถั่วจนอาจจะมีขนาดใหญ่เท่าผลส้มลูกใหญ่ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนหรือหมดสติได้ ในรายที่ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ สาเหตุที่พบ ได้แก่

2.1.1 ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ คนสูงอายุ มีความดันสูงมานาน เบาหวาน ดื่มเหล้า เบียร์มาก เครียดมาก

2.1.2 ผู้ป่วยสูงอายุและมีผนังหลอดเลือดเปราะ (Amyloid Angiopathy)

2.1.3 ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดพิการแต่กำเนิด ซึ่งมีหลอดเลือดผิดปกติไปมาจำนวนมาก และขนาดใหญ่กว่าปกติ (Arteriovenous Malformation หรือ AVM)

2.2 เลือดออกที่ผิวสมอง (Subarachnoid Hemorrhage หรือ SAH) เกิดจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ฐานสมอง ซึ่งมีขนาดประมาณไส้ปากกาถูกลิ้นถึงขนาดหลอดดูดกาแฟขนาดเล็ก เกิดการโป่งพอง และค่อย ๆ โตขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดบางมากแล้วแตกออก เลือดที่ออกมาจะมีจำนวนมาก และกระจายไปทั่วผิวสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะมาก อาเจียน ถ้าเป็นมากอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ สาเหตุที่พบ ได้แก่

2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผนังหลอดเลือดใหญ่ที่ฐานสมองไม่แข็งแรงร่วมกับมีความดันโลหิตสูงมานาน ความดันสูงนี้จะค่อย ๆ ดันให้ผนังหลอดเลือดโตเป็นกระเปาะโตขึ้นเรื่อย ๆ ผนังหลอดเลือดบางลงเรื่อย ๆ และในที่สุดก็จะแตกออก

2.2.2 หลอดเลือดพิการแต่กำเนิดที่มีจำนวนมาก ขดไปมาและขนาดใหญ่กว่าปกติ (AVM) บริเวณผิวสมอง ซึ่งเป็นตั้งแต่กำเนิด เมื่อโตขึ้นจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและแตกได้ในที่สุด พยาธิสรีรวิทยา เมื่อหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันจากสาเหตุต่าง ๆ มีผลทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยง

สมองลดลง ซึ่งโดยปกติในวัยผู้ใหญ่สมองจะต้องการเลือดไปเลี้ยง ประมาณ 50 - 55 มิลลิลิตร/ 100 กรัม สมอง/ นาที หรือ ประมาณ 750 - 1000 มิลลิลิตร/ นาที เมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัว โดยมีการไหลเวียนของเลือดไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสาน หรืออาจมีการสกัดกั้นออกซิเจนจากเลือดมากขึ้น แต่ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงมากจนเหลือ เพียง 20 มิลลิลิตร/ 100 กรัม สมอง/ นาที เป็นเวลานาน 15 - 30 นาที จะเริ่มมีความผิดปกติของ คลื่นสมองเกิดขึ้นและเมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือ 10 - 15 มิลลิลิตร/ 100 กรัม สมอง/ นาที จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในเซลล์สมอง เนื่องมาจากขบวนการ แลกเปลี่ยนโซเดียมและโปแตสเซียมในเซลล์สมองถูกรบกวนทำให้เกิดการบวมภายในเซลล์สมองขึ้น ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 10 มิลลิลิตร/ 100 กรัม สมอง/ นาที จะเกิดขบวนการเผา ผลาญอาหารแบบไม่ใช้ออกซิเจนในเซลล์สมอง เป็นเหตุให้มีการคั่งของกรดแลคติกและเซลล์สมองจะ ถูกทำลายอย่างถาวรหรือเกิดการตายของเนื้อสมอง ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตกเลือดใน สมอง แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีเลือดออกในเนื้อสมองและกลุ่มที่มีการตกเลือดในช่องอะแรคนอยด์ โดย กลุ่มที่มีการตกเลือดในเนื้อสมองนั้นก้อนเลือดจะไปกินที่ในสมองเกิดการทำลายของเนื้อสมองและ ก้อนเลือดยังไปกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง ซึ่งอาจทำให้น้ำไขสันหลังระบายไม่สะดวก เกิดการคั่งของ น้ำไขสันหลังหรือเกิดสมองบวมจากภาวะสมองขาดเลือดจากก้อนเลือดที่ไปกดทับในที่สุด ความดันใน กะโหลกศีรษะจะสูงขึ้น ความดันนี้ยังไปกดหลอดเลือดในสมองทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และเกิดภาวะสมองขาดเลือดซึ่งจะทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้น

นอกจากนี้ความดันดังกล่าวยังไปกดหลอดเลือดดำภายในสมอง ทำให้มีการคั่งของหลอดเลือดดำยังผลให้สมองที่บวมยิ่งบวมมากขึ้น สำหรับกลุ่มที่ตกเลือดในช่องใต้ เยื่ออะแรคนอยด์ เลือด จะผสมกับน้ำไขสันหลัง ซึ่งเมื่อเม็ดเลือดมีการสลายจะเกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองขึ้น และเกิด ผังผืดในช่องเยื่ออะแรคนอยด์ตามมา ทำให้การระบายน้ำไขสันหลังเสียไป เกิดการคั่งของน้ำไขสันหลัง ขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับมีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมองอย่าง รุนแรง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนผู้ที่รอดชีวิตก็มักจะมีอาการหลงเหลือ อยู่ เนื่องจากการตายของเนื้อสมองเกิดขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่ของตนเอง ถ้าสมองส่วนใดก็ตามขาดเลือดไปเลี้ยงจากการที่หลอดเลือดอุดตัน หรือมีเลือดออกคั่งในสมองทำให้สมองส่วนนั้น ๆ หยุดการทำงานไป ทำให้เกิดอาการตาม ส่วนของสมองที่เกิดปัญหา สมองมีส่วนต่าง ๆ ที่สำคัญ ดังนี้

1. สมองใหญ่ (Cerebrum) อยู่ด้านบนสุดและมีขนาดใหญ่สุด แบ่งได้เป็น 5 ส่วน

1.1 สมองใหญ่ส่วนหน้า (Frontal Lobe) ทำหน้าที่สั่งให้ร่างกายเคลื่อนไหวโดยสมอง ข้างขวา สั่งให้ร่างกายซีกซ้ายเคลื่อนไหว และสมองข้างซ้ายสั่งให้ร่างกายซีกขวาเคลื่อนไหว ถ้าสมอง ส่วนนี้หรือเส้นประสาท ที่ส่งต่อเนืองไปยังร่างกายเสียหายหรือหยุดทำงาน ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรง ด้านตรงข้ามรวมทั้งใบหน้าด้าน 18 ตรงข้ามจะเบี้ยวไปด้วย ถ้าเป็นมากขยับไม่ได้เลย เรียกว่า อัมพาต ครึ่งซีก ถ้าพอขยับหรือยกแขนขาได้ เรียกว่า อัมพฤกษ์ นอกจากนี้มีส่วนของการสั่งให้พูด (Broca

Area) อยู่ด้านล่างของสมองส่วนหน้าข้างซ้าย (เป็นสมองข้างที่เด่นซึ่งในคนมักเป็นข้างซ้าย) ถ้าสมองส่วนนี้เสียไปผู้ป่วยพูดไม่ได้หรือถ้าเป็นไม่มาก ผู้ป่วยอาจพูดได้บางคำ และพูดต่อเป็นประโยคไม่ได้

1.2 สมองใหญ่ส่วนข้าง (Parietal Lobe) มีหน้าที่รับรู้การสัมผัส การเจ็บร้อนเย็นจากร่างกาย ชีkd้านตรงข้าม ถ้าผิดปกติจะมีการขาดด้านตรงข้ามกับสมองที่มีปัญหา

1.3 สมองใหญ่ส่วนขมับ (Temporal Lobe) มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับความจำ แต่มีส่วนที่สำคัญ จุดหนึ่งทำหน้าที่แปลเสียงที่ได้ยิน เป็นภาษาและต้องอยู่ในสมองข้างที่เด่น (ข้างซ้าย) ถ้าสมองส่วนนี้เสีย ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจเสียงที่ได้ยินว่าแปลว่าอะไร ทั้งที่เป็นภาษาไทยที่เคยรู้มาก่อน

1.4 สมองใหญ่ส่วนท้ายทอย (Occipital Lobe) มีหน้าที่สำคัญคือการรับภาพที่ส่งมาทางตา ถ้าสมองส่วนนี้เสีย ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตาของแต่ละตา ถ้าทดสอบโดยการปิดตา เมื่อเปิดตาพร้อมกันสองข้างผู้ป่วยจะมองไม่เห็นครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับสมองที่เสีย

1.5 สมองใหญ่ส่วนใน (Insular Lobe) มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมประสาทอัตโนมัติ ไม่มีความสำคัญในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง

2. แกนสมอง (Brain Stem) เป็นส่วนของสมองที่สายใยประสาทจากสมองลงมาไขสันหลัง และจากไขสันหลังขึ้นไปยังสมอง และควบคุมการทำงานของเส้นประสาทสมอง จำนวน 12 คู่ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประสานการทรงตัวกับสมองเล็ก ถ้ามีความผิดปกติ มีการอ่อนแรงของแขนขา การขาดเห็นภาพซ้อน พูดไม่ชัด เดินเซ กินแล้วสำลัก เวียนศีรษะบ้านหมุน ถ้าเป็นมากอาจหมดสติโดยไม่รู้ตัว

3. สมองเล็ก (Cerebellum) อยู่ด้านหลังสุดทำหน้าที่ประสานสมองส่วนต่าง ๆ ทำงานสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว ถ้าสมองส่วนนี้เสียการทำหน้าที่จะทำให้มีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ พูดไม่ชัด แต่ไม่มีอาการอ่อนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการเดียวหรือหลาย ๆ อาการรวมกันได้ เช่น บางคนมีอ่อนแรงอย่างเดียว ซากครึ่งซีกอย่างเดียว บางคนอาจจะมีการอ่อนแรงครึ่งซีก ร่วมกับพูดไม่ชัด รับประทานอาหารลำบาก และเดินเซ ผู้ป่วยที่มีอาการมากมักเกิดจากหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอุดตัน หรือมีเลือดออกในสมองขนาดใหญ่ (ใหญ่กว่าลูกปิงปอง) ผู้ป่วยที่มีเลือดออกที่ผิวสมองมักมีอาการปวดหัวรุนแรงและซึมลงโดยที่ไม่มีอาการอ่อนแรงก็ได้ ไม่มีอะไรมาเตือนก่อนล่วงหน้า

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และกรรมพันธุ์

1.1 อายุ พบว่า อายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือด เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่า ของคนที่อายุน้อย (Mackay & Mensah, 2004)

1.2 เพศ เพศชายเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับหญิงที่มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น (Rosamond et al., 2008) และถ้าเป็นหลอดเลือดสมองแล้วเพศหญิง มีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าเพศชาย

1.3 เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำ (African American) เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำอ้วน เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว (Mackay & Mensah, 2004; Barbara W. & Deborah T., 2007)

1.4 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป (Liao et al., 1997; Nicolaou et al., 2000)

1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าผู้ที่เคย เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนประมาณ ร้อยละ 4 - 7 จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในปีแรก (Burn et al., 1994; Hankey & Warlow, 1999; Hardie et al., 2004)

ฮาร์ดี และคณะ (2004) ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จำนวน 328 ราย ในเมืองเพิร์ท ประเทศออสเตรเลีย เป็นเวลา 10 ปี พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมพันธ์ เป็น 6 เท่า ของประชากรทั่วไป โดย 1 เดือนแรกมีความเสี่ยงสัมพันธ์ในการกลับเป็นซ้ำสูงถึง ร้อยละ 41 (Hardie et al., 1994)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ยาบางชนิด ไขมัน ในเลือดสูง เป็นต้น

2.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2008) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็น ประมาณ 4 - 6 เท่า เนื่องจากภาวะความดันโลหิตทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงสมองเสียความยืดหยุ่นและอาจตีบแคบก่อให้เกิดการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกและอาจทำให้หลอดเลือดบางส่วนเกิดการแตกได้ (Kaplan, 2002)

2.2 เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 - 3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจาก ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย (ปิยะภัทร วิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.3 ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระดับไขมันดีหรือ High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100 - 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกอน (Plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือดทำให้ผนังเส้นเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจึงไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด วิธีลดไขมันชนิดไม่ดีและเพิ่มไขมันชนิดดีทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันลดลง เพิ่มผักและผลไม้มากขึ้น (ปิยะภัทร พิชราวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.4 ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายและเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ร้อยละ 11 (Mackay & Mensah, 2004) โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุงมีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI) ไม่ควรเกิน 23 kg/m² โดยคำนวณ

จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลัง 2 หรือรอบเอวไม่ควรเกิน 32 นิ้ว ในเพศหญิง และ 36 นิ้ว ในเพศชาย

2.5 โรคหัวใจ เช่น หัวใจล้มเหลว โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจอาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคหัวใจชนิด Atrial Fibrillation มีโอกาสเสี่ยงเป็น 5 เท่า ของคนที่ไม่เป็น (ปิยะภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.6 Homocystein สูง Homocystein เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติ ประมาณ 5 - 15 มิลลิโมลต่อลิตร เนื่องจาก Homocystein จะทำให้ผนังหลอดเลือดชั้นในหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับ Homocystein สูงทำได้โดยการให้รับประทานอาหารที่มี Folic Acid และหรือรับประทานวิตามินบี 6 และ 12 เสริม

2.7 บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนนอกไซต์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ประมาณ 1.5 - 2 เท่า (ปิยะภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์, 2548; Rosamond et al., 2008)

2.8 แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะ หรือเลือดออกง่ายกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง (Mackay & Mensah, 2004)

2.9 โคเคน แอมเฟตามีน (Amphetamines) และเฮโรอีน เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือด และเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันมากขึ้น ชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

2.10 การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารเช้า ผักในเขียวและผลไม้ (Mackay & Mensah, 2004)

2.11 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทนยาคุมกำเนิด ยาพวกลดไขมัน ยาพวกลดความดันโลหิต (Rosamond et al., 2008)

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่

1. อายุ ถ้าอายุน้อยกว่า 40 ปี การฟื้นฟูได้ผลดีร้อยละ 80 ถ้าอายุมากกว่า 70 ปี การฟื้นฟูได้ผลเพียงร้อยละ 42

2. ร่างกายด้านที่อัมพาต พบว่า กลุ่มที่เป็นอัมพาตซีกซ้ายจะฟื้นฟูได้ดีกว่า เนื่องจากไม่มีปัญหา ด้านการสื่อสาร

3. ตำแหน่งที่เป็น เช่น ถ้าเป็นที่ Frontal Lobe การพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า (Depression) และไม่มีแรงจูงใจ (Motivation)
4. ชนิดของโรค ผู้ป่วยที่เกิดจากสาเหตุ Embolism พยากรณ์โรคจะดีกว่า Thrombosis เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอายุน้อย และสภาพหลอดเลือดทั่วไปของสมองยังดีกว่า บริเวณที่เนื้อสมองขาดเลือดน้อยกว่าจะมีพยากรณ์โรคที่ดี
5. อาการเกร็ง (Spasticity) ถ้ามีอาการเกร็งมากพยากรณ์โรคไม่ดี
6. อาการเดินเซ (Ataxia) จะทำให้ฝึกเดินลำบากเป็นอัมพาตครึ่งซีกทั้งสองข้าง (Bilateral Hemiplegia) แสดงว่ามีพยาธิสภาพทั้งสองข้างของซีกสมองพยากรณ์โรคไม่ดี
7. หหมดสตินานเกิน 72 ชั่วโมง พยากรณ์โรคไม่ดี
8. สภาพร่างกายทั่วไป เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
9. Organic brain Syndrome ถ้ามีอาการเสื่อมของสมองร่วมด้วยทำให้ไม่สามารถเรียนรู้หรือจำสิ่งที่ฝึกไม่ได้
10. Repeated Stroke ถ้าเป็นซ้ำอีก การพยากรณ์โรคไม่ดี
11. Recovery Rate ถ้ามีการฟื้นของกำลังกล้ามเนื้อเร็ว พบว่า ถ้ามีกำลังกล้ามเนื้อแขนภายใน 15 วัน ผู้ป่วยมักจะมีกำลังแขนฟื้นเป็นปกติ ผู้ป่วยมักจะไม่ดีขึ้นหลัง 6 เดือนไปแล้ว ดังนั้นถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาฟื้นฟูสภาพในระยะ 6 เดือนแรก โอกาสที่จะฟื้นฟูสภาพจะทำได้ยาก เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากด้วย เช่น ข้อต่อต่าง ๆ ยึดติด
12. ภาษา ส่วนใหญ่จะฟื้นภายใน 3 เดือน อาจนานถึง 6 เดือน หรือมากกว่านั้น ถ้ายังไม่มี การฟื้นและ ไม่ได้รับการฟื้นฟูภายใน 6 เดือน จะฟื้นฟูได้ยาก

การรักษา

หลักการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. การแก้ไขความผิดปกติทางพลศาสตร์การไหลเวียนเลือด ได้แก่ การให้ยารักษาโรคหัวใจ เช่น ดิจิทาลิสหรือยารักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic) ในรายที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลวหรือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หลักการคือ ต้องการให้ Cerebral Blood Flow (CBF) เพียงพอและไม่มากหรือน้อยเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดผลร้ายทั้งสองกรณี เช่น ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือเกิดสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น
2. การแก้ไขความผิดปกติของกระแสเลือด ได้แก่ การเพิ่ม CBF โดยลดความหนืดของเลือดลดฮีมาโตคริต เพิ่มความสามารถในการกรองผ่านของเม็ดเลือดแดง ลดการจับกลุ่มของเกร็ดเลือดและให้ ยาละลายไฟบริน เป็นต้น
3. การแก้ไขความผิดปกติทางเมตาบอลิก ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีวิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด การควบคุมความดันเลือดไม่ให้สูงหรือต่ำเกินไป การให้ยาที่ทำให้ CBF คงที่เหมือนปกติ การแก้ไขภาวะ ขาดสารอาหาร ขาดออกซิเจน ซึ่อก ไข้ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป เป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกที่สำคัญยิ่งกว่าการให้ยาหรือการรักษาโดยกรรมวิธีบางอย่างที่ยังให้ผลไม่แน่นอน

4. การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมักจะเกิดตามมาภายหลังที่หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน ภาวะสมองบวมน้ำเกิดขึ้นเร็วช้าไม่เท่ากัน โดยปกติจะเกิดภายหลังโรคหลอดเลือดสมองราว 2 - 7 วัน เกิดมากที่สุดในราววันที่ 4 สำหรับรายที่มีเลือดออกในสมองหรือการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง อาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เกิด Brain Herniation ได้อย่างรวดเร็ว ภาวะสมองบวมที่เกิดภายหลังหลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกเรียกว่า ischemic brain edema การให้ยาลดสมองบวม เช่น Mannitol ยาขับปัสสาวะหรือสเตียรอยด์ไม่มีประโยชน์และไม่เปลี่ยนแปลงพยากรณ์โรคแต่อย่างใด ซ้ำร้ายผู้ป่วยบางรายยังเกิดผลแทรกซ้อนต่าง ๆ จากยาดังกล่าวด้วยใน ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงมาก ๆ และมี Brain Herniation นั้น มีการพยากรณ์โรคเลวมากและมักเสียชีวิตเกือบทั้งหมด การรักษาโดยการผ่าตัดทำ Craniectomy ขนาดกว้างเพื่อให้เนื้อสมองทะลักออกมาและไม่กดลงบนก้านสมอง (Brainstem) สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้บางรายถ้าทำการผ่าตัดได้ทันเวลาที่แต่ไม่สามารถแก้ไขความพิการที่มีอยู่ได้ ในกรณีที่มีเลือดออกในซีรีเบลลัม (Cerebellar Hematoma) การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกเป็นสิ่งที่ต้องรีบทำโดยเร็ว ส่วนผู้ป่วยที่เนื้อสมองส่วนซีรีเบลลัม (Cerebellar Infarction) ที่เกิด Obstructive Hydrocephalus การผ่าตัดใส่ Shunt อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

2.2 โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (อรพิน เทิดอุดมธรรม, 2550) การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงหมายถึง การที่มีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee VII, 2003; WHO-ISH, 2003) สามารถจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. จำแนกตามระดับความดันโลหิตโดยอาศัยการแบ่งระดับความดันโลหิตตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดไว้ ดังนี้ (Joint National Committee VII, 2003)

1.1 ความดันโลหิตระดับปกติ ความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

1.2 ความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ ความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในช่วง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

1.3 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในช่วง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

1.4 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท 7

2. จำแนกตามความรุนแรงของความดันโลหิตสูงร่วมกับการถูกทำลายของอวัยวะต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

2.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้

2.2.1 เวนทริเคิล (Ventricle) ขยายโต

2.2.2 หลอดเลือดแดงที่เรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน

2.2.3 มีอัลบูมิน (Albumin) ในปัสสาวะ และ/ หรือครีเอตินิน (Creatinin) ในเลือดสูงกว่าปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 ตรวจพบว่า มีอวัยวะถูกทำลายเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูงและมี อาการแสดง ดังต่อไปนี้

2.3.1 มีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย

2.3.2 อัมพาตจากเลือดออกในสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic Attack) หรือภาวะสมองบวม

2.3.3 เรตินามีเลือดออก และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม (Papillo Edema)

2.3.4 ไตวาย ตรวจพบครีเอตินิน (Creatinin) มากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลอดเลือดมีการโป่งพองของหลอดเลือด (Dissecting Aneurysm) หรือมีอาการของหลอดเลือดอุดตัน

3. จำแนกตามสาเหตุ แบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้

3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or Primary Hypertension) คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูงพบได้มากกว่าร้อยละ 90 - 95 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หรือมีไขมันสูง ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Isolate Systolic or Secondary Hypertension) พบได้ น้อยประมาณร้อยละ 5 - 10 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคไต ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลางมักจะไม่แสดงอาการ อาการที่พบได้ มักอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา หรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ดังนี้

1. อาการปวดศีรษะข้างเดียว ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวมักพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าในคนปกติ มักจะปวดที่บริเวณท้ายทอย เกิดขึ้นในตอนเช้าและจะดีขึ้นหรือค่อย ๆ หายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง ต่อมาอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน หรือตามัวร่วมด้วย

2. เวียนศีรษะ (Dizziness) มีนัยว่าจะเกิดร่วมกันกับอาการปวดศีรษะข้างต้นหรือไม่ก็ได้
3. เลือดกำเดาไหล (Epitaxis) พบได้ไม่บ่อยนัก ส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุของโรคในโพรงจมูก ก็มักพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่อาการจะหายไปเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ 8

4. อาการเหนื่อยหอบขณะออกแรงหรือทำงานหนัก นอนราบไม่ได้ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว อันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องมีการควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต หากไม่ได้รับการรักษา ดูแลตัวเองไม่ถูกต้องหรือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติไม่ได้ และหากมีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ

4.1 หัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักจากแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้น และถ้าภาวะนี้เกิดขึ้นต่อไปเส้นใยของกล้ามเนื้อก็จะ หย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่สามารถทำงานได้อีก ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก สมรรถภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจะเสื่อมลงมากจนในที่สุดหัวใจทำงานไม่ไหว เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) หรือภาวะหัวใจวาย ทำให้มีอาการบวม หอบเหนื่อย ไอเป็นเลือด ถ้ารักษาไม่ทันทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจวายถึงร้อยละ 75

4.2 สมอง การที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองซีกขวา หรือตีบแคบจะทำให้เลือดไหลผ่านไม่สะดวก ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจนเกิดมีบางส่วนของเนื้อสมองตาย สมองส่วนนั้นสูญเสียการทำงานไม่สามารถสั่งการให้แขนขามีการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ จึงเกิดเป็นอัมพาตครึ่งซีกพิการ บางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพอง และแตก ทำให้เลือดออกในสมอง ทำลายเนื้อเยื่อสมองบริเวณข้างเคียง เกิดจากความดันโลหิตที่สูงอยู่นานทำให้มีแรงต้านทานในหลอดเลือดเกิดติดต่อกันเป็นเวลานาน เกิดการโป่งพองของผนังหลอดเลือดที่เรียกว่าเส้นเลือดโป่งพอง ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและแตกง่าย ถ้าเนื้อสมองส่วนใหญ่ถูกทำลายจะเกิดอาการหมดสติ (Coma) ทำให้เกิดอัมพาตหรือเสียชีวิตทันที เส้นเลือดในสมองแตกเป็นโรคแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้มากที่สุดในประเทศตะวันตก เส้นเลือดในสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดพบว่าความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอุบัติการณ์เส้นเลือดในสมองแตก (Stroke) ได้ทุกชนิด

4.3 ไต เมื่อความดันโลหิตสูงมากและนานจากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในหนาแข็ง รุหลอดเลือดตีบและแคบลง ซรุขระ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือดในผู้สูงอายุพบว่า เลือดที่ผ่านไตลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และพบว่าขนาดของโกลเมอรูลาร์ฟิลเทรชัน เรท (Glomerular Filtration Rate, GFR) ลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ และมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มีการทำลายของโกล

เมอรูลัส ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงและไตเสื่อมสภาพ อาจพบ โปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

4.4 ตา ในรายที่ความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือ หลอดเลือดฝอยตีบแคบอย่างรวดเร็ว และเมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะลดลง 1 ใน 3 เป็นผลมาจากการเสื่อมของอีลาสติก แลมีเนียร์ (Elastic Laminae) ทำให้ชั้นมีเดีย (Media) บางลงและเปราะ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) และมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกในจอตาและประสาทตาบวม ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอภาพในตา มีการเปลี่ยนแปลงของจอตา การเปลี่ยนแปลงของเรตินา (Retina) ทำให้หลอดเลือดตีบลงเล็กน้อย หลอดเลือดดำตรงที่หลอดเลือดแดงผ่านจะถูกกด มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไปหรือเป็นเฉพาะบางแห่งมีการบวม ของจอภาพนี้ย่นตาร่วมด้วย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุ มีรายละเอียด ดังนี้

1. อายุ ผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมตามวัย และเกิดการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Fetzer, 2001) โดยระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1 - 2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในขณะที่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5 - 1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (Swales, 1995)

2. เพศ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่า เพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน โดยเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 จะมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของเรตินในกระแสเลือด ทำให้มีผลต่อการดูดกลับน้ำเข้าสู่ร่างกายมากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (Olson & Warren, 2000)

3. การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Law, 1997) พบว่า การจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

4. ภาวะอ้วน กลไกของความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมีความเกี่ยวข้องในเรื่อง น้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ซึ่งทำให้เพิ่มการซึมผ่านและปริมาณเลือดออกจากหัวใจ คนอ้วน ร้อยละ 50 จะมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistant) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง มีผลไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียม (Groer, 2001) และยังพบว่า การลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัม ของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

5. ขาดการออกกำลังกาย บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร endorphins ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่ม High Density Lipoproteins (HDL) ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหัวใจ

และหลอดเลือดได้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2548) พบว่าการออกกำลังกายชนิด aerobic อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน) จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

6. บุหรี่ ในบุหรี่มีส่วนประกอบของสารนิโคติน ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน มีผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีผลต่อการดำเนินของโรคด้วย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

7. แอลกอฮอล์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราในปริมาณมากเป็นประจำจะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรง (Linton & Lach, 2007) พบว่าการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 drinks/วัน ในผู้ชาย (Ethanol 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร) และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิงและคนน้ำหนักน้อย จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาความดันโลหิตสูง คือ การรักษาให้ความดันโลหิตมีค่าต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับอวัยวะสำคัญ คือ หัวใจ ตา ไต และสมอง แบ่งได้ 2 วิธี ดังนี้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา นั่นคือการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1.1 ลดน้ำหนัก โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอ้วน หลีกเลียง หรือลดการใช้เนย ไขมัน และน้ำมัน ในการปรุงอาหาร หลีกเลียงอาหารทอด ให้รับประทานอาหารประเภท อบ นึ่ง ต้มแทน รับประทานอาหารประเภทผัก ถั่ว ผลไม้ ให้มากขึ้น หลีกเลียงการดื่มสุรา ดื่มน้ำ กาแฟที่ไม่มีคาเฟอีน นมพร่องไขมัน และน้ำผลไม้ การลดน้ำหนัก สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยังพบว่าการลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัมของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท

1.2 จำกัดเกลือหรืออาหารรสเค็ม โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการบวม หลีกเลียงอาหารประเภทของดองเค็ม เนื้อเค็ม ชุปกระป๋อง ใช้เครื่องเทศแทนเกลือ หรือผงชูรส รับประทานแต่อาหารว่างที่มีเครื่องหมาย “เกลือต่ำ” (Low Salt) หรือ “ปราศจากเกลือ” (Salt - Free) การรับประทานเกลือมาก จะทำให้ความดันโลหิตสูง และไต ทำงานหนัก การจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัมหรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท

1.3 ออกกำลังกายให้พอเหมาะกับสภาพของร่างกาย อย่าออกกำลังกายมากเกินไป การเดินวันละ 20 - 30 นาที จะช่วยลดน้ำหนักได้ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ลงได้ 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท ช่วยทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และป้องกันโรคของหลอดเลือดได้ ก่อนเริ่มออกกำลังกายใด ๆ ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

1.4 งดหรือลดการดื่มสุรา การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ควรงด หรือดื่มปริมาณน้อย เช่น ในวันหนึ่ง ๆ ไม่ควรดื่มสุราเกิน 60 มิลลิลิตร เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 260 มิลลิลิตร

1.5 ผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากเป็นไปได้ พยายามเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้เครียด ทั้งที่ทำงาน และที่บ้าน พยายามตอบสนองอย่างมีสติ และนุ่มนวลต่อสภาวะเครียดที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือหลีกเลี่ยงได้

1.6 พักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. การรักษาโดยใช้ยา ผู้ป่วยจะได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเมื่อการปฏิบัติตนโดยไม่ใช้ยาไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ หรือผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับการตรวจพบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตที่มีใช้ในปัจจุบันแทบทุกชนิดจะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ใกล้เคียงกัน แต่แพทย์จะเลือกใช้ยาโดยอาศัยหลักดังต่อไปนี้

2.1 ยาชนิดนั้น ๆ มีหลักฐานการยืนยันทางการแพทย์ว่า สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้อย่างแน่นอน

2.2 ยาชนิดนั้น ๆ ควรจะเกิดประโยชน์ต่อโรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยอาจมีอยู่นอกจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจขาดเลือด โรคต่อมลูกหมากโต เป็นต้น

2.3 ยาชนิดนั้น ๆ ไม่ควรก่อผลเสียต่อโรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยอาจมีอยู่นอกจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น ไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าเดิม ไม่ทำให้เกิดโรคเกาต์กำเริบ ไม่ทำให้ การทำงานของไตเสื่อมลงกว่าเดิม เป็นต้น

2.4 ยาชนิดนั้น ๆ มีผลข้างเคียงน้อย และมีราคาที่เหมาะสม

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

Mason (1992) ได้กล่าวไว้ว่า โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง โดยอาจเป็นการรักษาด้วยการใช้ยาและโดยการไม่ใช้ยา

Kochar and Daniel (2001) ได้กล่าวไว้ว่า การควบคุมหรือการรักษาต้องสะดวก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และบุคคลส่วนใหญ่ต้องสามารถปฏิบัติตามได้ การรักษาในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา

1. การรักษาด้วยการใช้ยา จุดประสงค์หลักในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยไม่ขัดต่อการดำรงชีวิต ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2546) ปัจจุบันการเลือกใช้ยารักษาความดันโลหิตจะเลือกตามลักษณะของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต อาการข้างเคียง และฐานะของผู้ป่วยด้วย ปัจจุบันยารักษาความดันโลหิตที่ใช้ทั่ว ๆ ไปแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เป็นยากลุ่มแรกที่ถูกนิยมนำมาใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประสิทธิผลและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น Hydrochlorothiazide, Furosemide เป็นต้น

1.2 ยาต้านเบต้า (Beta Blocker) เช่น Propanolol, Metoprolol เป็นต้น

1.3 ยาต้านแอลฟา (Alpha blocker) เช่น Prazosin เป็นต้น

1.4 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) เช่น Captopril, Enalapril เป็นต้น

1.5 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Channel Blocker) เช่น Verapamil, Nifedipine เป็นต้น

1.6 ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (Angiotensin – II Receptor Antagonists) เช่น Losartan, Valsartan เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมียากลุ่มอื่น ๆ ที่นำมาใช้ในการรักษา เช่น ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดส่วนปลาย ยากลุ่มนี้ได้แก่ Hydralazine, Minoxidil เป็นต้น

2. การรักษาโดยการไม่ใช้ยา เป็นวิธีการในปัจจุบัน Houston (1996 อ้างถึงใน รุ่งราวรรณ พันธุจักร, 2549) เสนอว่าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดอ่อนควรใช้วิธีการรักษาโดยการไม่ใช้ยา ก่อนการรักษาด้วยการ ใช้ยา โดยผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ดังนี้

2.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก หรือการลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่มีรสชาติดัดเจือปนไป อาหารรสเค็ม จะเพิ่มปริมาณของเกลือโซเดียมในร่างกาย ปริมาณของแร่โซเดียมจะเป็นตัวเพิ่มความดันโลหิตสูง จึงควรสร้างความเคยชินให้กับตัวเองโดยการฝึกรับประทานอาหารที่มีรสไม่จัด โดยเฉพาะรสเค็ม หรือรับประทานเกลือโซเดียมคลอไรด์ไม่เกินวันละ 10 - 20 กรัม หรือ 1 ช้อนชา โดยเกลือนั้นมีในอาหาร และเครื่องดื่มต่าง ๆ ถึงแม้ว่าจะมีบางรายงานกล่าวถึง การรับประทานเกลือน้อยลง อาจไม่เกิดประโยชน์ แต่ส่วนใหญ่ยังสรุปว่า การลดปริมาณเกลือในอาหารบริโภค ยังมีผลโดยตรงกับการลดระดับความดันโลหิต (JNC VII, 2003) อาหารเส้นใยสูงที่มีโปรแตสเซียมสูงก็เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน โดยเฉพาะอาหารที่มีรสเปรี้ยว และอาหารประเภท ถั่ว ข้าวโอ๊ต ผลไม้ และผัก สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง พบว่า Total Cholesterol (TC) ลดลงร้อยละ 9.9 ของ Triglyceride (TG) ลดลงร้อยละ 7.7 และ High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.0 ระดับความดันโลหิตลดลง ระดับ Systolic ลดลง 9.0 มิลลิเมตรปรอท และระดับ Diastolic ลดลง 8.0 มิลลิเมตรปรอท ผลสรุปว่า มีการลดลงของ Lipoprotein Metabolism สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ (JNC VII, 2003) ส่วนการลดน้ำหนัก ประสิทธิภาพของการลดน้ำหนักได้ผลดีในกลุ่ม Mild และ Severe Hypertension น้ำหนักที่ลดลงเป็นผลมาจากการจำกัดพลังงาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึม มีบทบาทสำคัญในระบบความดันโลหิต เป้าหมายในเรื่องนี้ก็คือ บุคคลที่มีประวัติในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจะลดน้ำหนักลง 15 เปอร์เซ็นต์ (JNC VII, 2003)

2.2 การผ่อนคลายความเครียด ภาวะเครียดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาการหดหู่ ก็มีบทบาทเช่นเดียวกัน การใช้เทคนิคการคลายเครียดในการรักษาผู้ป่วยเป็นรูปแบบการรักษาที่ใช้เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าการรักษาโดยคลายเครียด มีการศึกษาหลายกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีเพียงเล็กน้อย การศึกษาในอเมริกา พบว่า การรักษาโดยคลายเครียดภายใน 3 เดือน มีผลต่อระดับ Systolic และ Diastolic ลดลง ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุนั้นจะต้องเผชิญภาวะเครียดเป็นประจำและบ่อยครั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเกิดความเครียดบ่อย ๆ และนาน ๆ

ยิ่งจะเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงได้เมื่อเกิดความเครียด ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การนั่งสมาธิ การได้พักผ่อนในวันหยุดต่าง ๆ เช่น การท่องเที่ยว การได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ชอบและพึงพอใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการใช้เวลาว่างโดยการนอนหลับ 6 - 8 ชั่วโมง สามารถลดความดันโลหิตได้

2.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายชนิดแบบไม่พึ่งออกซิเจน (Aerobic) จะทำให้เส้นเลือดขยายตัว ดังนั้นหลังการออกกำลังกายจึงทำให้ความดันโลหิตสูง และผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ชีพจรในขณะพักลดลงด้วย โดยผ่านทางกลไกของระบบประสาทซิมพาเทติก และฮอร์โมนชนิดไปสตาแกรนดิน ซึ่งมีผลต่อปฏิกิริยาของฮอร์โมนเรนิน ทำให้ปริมาณพลาสมาลดลง ส่งผลให้ความหนืดของพลาสมาลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงของกลไกของบาริโเรเซพเตอร์ การออกกำลังกายชนิด Aerobic อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นวิธีการปฏิบัติในการลดความดันโลหิตที่ดีวิธีหนึ่ง การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุลดลง เป็นการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลประเภท HDL-C และลดประเภท LDL-C การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที ซึ่งพลังงานที่ใช้ใน 3 นาทีแรก จะใช้จากน้ำตาล ร้อยละ 60 และจากไขมัน ร้อยละ 40 นาที ที่ 20 ร่างกายจะใช้พลังงานจากน้ำตาล ร้อยละ 50 และจากไขมัน ร้อยละ 50 หลังจากนั้นที่ 30 ไขมันจะถูกเผาผลาญมากขึ้นเป็น ร้อยละ 60 ระหว่าง การออกกำลังกายแบบ Aerobic ชนิด Isotonic เช่น การวิ่งเบา ๆ การเดินเร็ว การว่ายน้ำ ความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกจะสูงขึ้นตามปริมาณ Cardiac Out Put และอัตราการเต้นของหัวใจ เมื่อพักความดันโลหิตจะกลับสู่ปกติในผู้ที่ออกกำลังกายชนิดนี้อย่างสม่ำเสมอ ความดันโลหิตในระยะพักมักจะต่ำกว่าปกติเล็กน้อยและต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่ออกกำลังกายโดยเฉลี่ยในผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายชนิดแอโรบิกบ่อย ระดับของความดันโลหิตจะลดลงกว่าพวกที่ออกกำลังกายน้อยกว่า

2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้มีความสอดคล้องกับภาวะของโรค คือ การควบคุมอาหารโดยการรับประทานอาหารรสเค็ม ลดอาหารหวาน และอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีเส้นใยมากขึ้น ร่วมกับการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ผลดี และมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อจะได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดังการศึกษาของ บุญศรี นุเกตุ (2541) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 60 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การดูแลตัวเอง ทั่วไป การควบคุมอาหาร การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค และการใช้ยาอยู่ในระดับดี และ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐธรรม (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.59 มีอายุเฉลี่ย $\pm$ S.D. เท่ากับ 63.06 ± 8.15 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67.04 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.81 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.73 และค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท สูงสุด 80,000 บาท มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น ร้อยละ 63.72 เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.48 ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 74.78 และควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 77.65 ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ (OR Adj=2.23, 95% CI of OR Adj:1.46-3.40, p-value<0.001) และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน (OR Adj=0.46, 95% CI of OR Adj:0.31- 0.69, p-value<0.001) และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (OR Adj=5.83, 95% CI of OR Adj:2.86- 11.87, p-value<0.001) ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา คือ เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน และคณะ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 61 ขึ้นไป (= 65.6 ปี) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (= 3.09, S.D. = .25) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการใช้ยา/ติดตามการรักษา พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดและพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารพบว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ถดถอยพบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ร้อยละ 25.9 ($R^2 = .259$, $F = 9.78$, p-value < .001) แต่พบว่า มีเพียงตัวแปรอายุและความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีอำนาจการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.209$, $p < .05$ และ $\beta = .393$, $p < .001$) จากการศึกษาวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสาธารณสุขควรมีการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง เพื่อให้ได้รับความรู้ จนเกิดความตระหนักรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงแนะนำให้สังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองตามหลัก (FAST) เพื่อให้สามารถตัดสินใจไปรับการรักษาอย่างทันท่วงที เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม และลดความพิการที่อาจหลงเหลือมีอาการ

ชูชาติ กลิ่นสาคร (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอตำบองช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 84.1 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองภาพรวม ระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($c2 = 8.268, p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($c2 = 3.985, p < .05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($c2 = 11.962, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($c2 = 5.048, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรค ($c2 = 11.684, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ($c2 = 9.427, p < .01$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ การมีโรคร่วม การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยกระตุ้นไม่มีความสัมพันธ์ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค และลดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองให้ดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วย

จตุพงษ์ พันธุ์วิล (2565) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (median = 17 และ 103 คะแนน ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (median = 110 คะแนน) ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.416$ และ 0.362 ตามลำดับ, $p < 0.05$) สรุปผล: ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง

ไกรฤกษ์ ยานรัมย์ (2566) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE PROCEED Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566 ผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ในการปฏิบัติตนและการรับรู้อำนาจในตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูล การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการกินยาและการมาตามนัดของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทุกประเด็น มีข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมฯจะมีประสิทธิผลในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ควรออกแบบให้เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนในการป้องกันโรคและลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฯ เป็นอันดับแรกแล้วใช้แนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพมาเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร การเข้าถึงและ เข้าใจข้อมูลส่งเสริมการคิดวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพให้อสม. ช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง อีกทั้งบูรณาการ เข้ากับงานคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืน

กุลินทร คำแน่น และคณะ (2566) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงผลการวิจัยพบว่า

จากการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 476 คน มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง อยู่ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.20 (SD = 0.40) มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.04 (SD = 0.67) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองด้านความเครียด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ในศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) เลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

1. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง
3. สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี
4. ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยเมื่อคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม และไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยต่อ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 11 และขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักการ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรม การป้องกันการโรคหลอดเลือดในสมอง

2) กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

3) สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check List)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 21 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice) 2 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก = 1 คะแนน

ตอบผิด = 0 คะแนน

เกณฑ์แปลผลระดับความรู้ แบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ เทียบเกณฑ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Bloom (1971; อ้างอิงจาก สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล, 2554; หน้า 35) ดังนี้

ร้อยละ 80 - 100 หมายถึง ความรู้ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 15 - 21 คะแนน

ร้อยละ 60 - 79 หมายถึง ความรู้ปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 14 คะแนน

ร้อยละ 0 - 59 หมายถึง ความรู้ต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 7 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง มีข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) จำแนกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะทางบวกและทางลบ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 12 - 48 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือกตอบ	ข้อความทางบวก (Positive)	ข้อความทางลบ (Negative)
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผลของคะแนนการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมองเป็นรายข้อ แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ ตามหลักการแบ่งของ สถิตพงษ์ มั่นหล้า (2553; หน้า 62 - 63) เป็นการแบ่งช่วงคะแนนแบบอันตรภาคชั้น โดยนำช่วงคะแนนสูงสุด

ลบด้วยช่วงคะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนช่วงชั้นคะแนน ได้ระยะห่างของช่วงชั้นเท่ากับ 10 ตามช่วงคะแนน การแบ่งเกณฑ์ดังนี้

- 31 - 40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง ในระดับสูง
- 21 - 30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง ในระดับปานกลาง
- 11 - 20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง ในระดับต่ำ

3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ใช้วิธีตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรอบแนวคิดและครอบคลุมเนื้อหาในประเด็นที่ศึกษา ด้านการใช้ภาษาที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นสมควร จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 และนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความเที่ยงต่อไป

2) การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม การวัด (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้รับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อคำถามของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

ภายหลังจากการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 พร้อมโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือในการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และส่งเอกสารโครงร่างการวิจัยให้คณะกรรมการด้านจริยธรรมของศูนย์อนามัยที่ 11 เพื่อขอรับการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (one group pretest- posttest design) ดังแผนภาพ (quasi - experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังมีกระบวนการเก็บข้อมูลดังนี้

Pretest: O1 X Posttest : O2
 pretest: O1 = ให้ตอบแบบสอบถามก่อนให้ความรู้

X = กระบวนการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคเส้นเลือดในสมอง

Posttest: O2 = ให้ตอบแบบสอบถามหลังให้ความรู้

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1. ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับคำอธิบายถึงวัตถุประสงค์รูปแบบการดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงาน พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ไปจะเป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถาม (pretest: O1)

2. ระยะทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคเส้นเลือดในสมอง โดยการให้แพทย์นัดผู้ป่วยมาเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน และนัดเจาะเลือดในเดือนที่ 3 ของการเข้าร่วมโครงการ

3. ระยะหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างให้ตอบแบบสอบถาม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3 เดือน (pretest: O2) และติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากผลการเจาะเลือด

4. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะนำมาทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน ก็จะไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนครบ

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคเส้นเลือดในสมอง

ผู้วิจัยประมวลข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการหาจำนวน หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรู้ป้องกันโรคเส้นเลือดในสมองวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบความรู้ละพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเส้นเลือดในสมองก่อนและหลังให้ความรู้ วิเคราะห์โดยการหา Paired t - test

บทที่ 4 ผลการวิจัย

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	73.3
หญิง	8	26.7
อายุ		
31-40 ปี	5	16.7
41 ปีขึ้นไป	25	83.3
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	10	33.3
อนุปริญญาหรือ ปวส.	10	33.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	33.3
สถานภาพ		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	20.0
สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน	24	80.0
อาชีพ		
รับจ้าง	19	63.3
รับราชการ	4	13.3
ค้าขาย	6	20.0
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.4
รวม	30	100.0

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ด้านเพศพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ตามลำดับ

ด้านอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมา มีอายุ 31 - 40 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. อนุปริญญาหรือ ปวส. และปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน

ด้านสถานภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมามีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ

ด้านอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมามีอาชีพค้าขาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และมีอาชีพรับราชการ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	8	26.7	27	90.0
ระดับปานกลาง	19	63.3	3	10.0
ระดับต่ำ	3	10.0	0	0.0
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.40±3.70		18.23±2.59	

จากตารางที่ 2 พบว่า

ระดับความรู้ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมา มีความรู้ในระดับดี จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 26.7 และความรู้ในระดับต่ำ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ

ระดับความรู้หลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

คำถาม	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	จำนวนคน (ร้อยละ)		จำนวนคน (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
1. โรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้	5 (16.7)	25 (83.3)	27 (90.0)	3 (10)
2. เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบ คือภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดจากความดันโลหิตสูง	13 (43.3)	17 (56.7)	26 (86.7)	4 (13.3)
3. เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้ตายหรือพิการได้	21 (70.0)	9 (30.0)	23 (76.7)	7 (23.3)
4. อาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขนขา ชาหรืออ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	11 (36.7)	19 (63.3)	25 (83.3)	5 (16.7)
5. โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงานก่อนวัยอันควร	13 (43.3)	17 (56.7)	23 (76.7)	7 (23.3)
6. โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะครอบครัวและผู้ดูแลในการ ดูแลผู้ป่วยระยะยาว	19 (63.3)	11 (36.7)	27 (90.0)	3 (10)
7. โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เสมอ	13 (43.3)	17 (56.7)	26 (86.7)	4 (13.3)
8. ท่านไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอาจทำให้ท่านเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	19 (63.3)	11 (36.7)	29 (96.7)	1 (3.3)
9. หากท่านชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	19 (63.3)	11 (36.7)	28 (93.3)	2 (6.7)
10. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น	17 (56.7)	13 (43.3)	28 (93.3)	2 (6.7)

คำถาม	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	จำนวนคน (ร้อยละ)		จำนวนคน (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
โรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ				
11. หากท่านเป็นผู้ที่มี ความเครียดสูง อาจทำให้ท่าน เสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือด สมอง	15 (50.0)	15 (50.0)	27 (90.0)	3 (10)
12. ท่านไม่ออกกำลังกายอาจทำ ให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอด เลือดสมองได้	19 (63.3)	11 (36.7)	27 (90.0)	3 (10)
13.ท่านสูบบุหรี่ อาจทำให้ท่านเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้มาก ยิ่งขึ้น	21 (70.0)	9 (30.0)	28 (93.3)	2 (6.7)
14. ท่านดื่มสุรา อาจทำให้ท่าน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองได้	16 (53.3)	14 (46.7)	26 (86.7)	4 (13.3)
15. ท่านชอบรับประทานอาหาร เค็มเป็นประจำอาจทำให้ท่าน เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้	21 (70.0)	9 (30.0)	27 (90.0)	3 (10)
16. ท่านรับประทานยาที่แพทย์ สั่งไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้ท่าน เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	20 (66.7)	10 (33.3)	22 (73.3)	8 (26.7)
17. การรับประทานอาหารเค็มให้ น้อยลงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้	21 (70.0)	9 (30.0)	26 (86.7)	4 (13.3)
18. การเพิ่มการรับประทานผัก และผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วย ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองได้	17 (56.7)	13 (43.3)	23 (76.7)	7 (23.3)
19. การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการ เกิด โรคหลอดเลือดสมองได้	14 (46.7)	16 (53.3)	26 (86.7)	4 (13.3)

คำถาม	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	จำนวนคน (ร้อยละ)		จำนวนคน (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
20. การงดสูบบุหรี่ ช่วยป้องกัน การเกิดภาวะโรคหลอดเลือด สมอง	21 (70.0)	9 (30.0)	26 (86.7)	4 (13.3)
21. การงดดื่มสุราจะช่วยลดเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้	17 (56.7)	13 (43.3)	27 (90.0)	3 (10)

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ก่อนใช้โปรแกรมโดยส่วนใหญ่จำนวนผู้ที่ตอบผิดมากกว่าผู้ที่ตอบถูกและหลังใช้โปรแกรมโดยส่วนใหญ่จำนวนผู้ที่ตอบถูกมากกว่าตอบผิด

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลของโปรแกรม	N	$\bar{X}$	S.D	t	Sig.
หลังใช้	30	18.23	2.59	7.885**	0.000
ก่อนใช้	30	12.40	3.70		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่าความรู้หลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.3 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับพฤติกรรม	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	0	0.0	29	96.7
ระดับปานกลาง	27	90.0	1	3.3
ระดับต่ำ	3	10.0	0	0.0
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	45.60±8.75		80.00±6.46	

จากตารางที่ 5 พบว่า

ระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ

ระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n = 30)

คำถาม	ระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรม				ระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรม			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านเติมน้ำปลาซีอิ๊ว หรือเกลือป่นลงในอาหารระหว่างรับประทานอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	12 (40.0)	15 (50.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.3)	14 (46.7)	15 (50.0)
2. ท่านใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผงสำเร็จรูป หรือเครื่องแกง สำเร็จรูปในการปรุงอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	8 (26.7)	18 (60.0)	4 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.3)	10 (33.3)	19 (63.4)
3. ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ขนมกรุบ กรอบ ฯลฯ	12 (40.0)	12 (40.0)	6 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.3)	13 (43.3)	16 (53.3)
4. ท่านรับประทานอาหารที่เป็นของหมักดอง เช่น ผักกาด ดอง หน่อไม้ดอง ปลาร้า ฯลฯ	13 (43.3)	17 (56.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (43.3)	17 (56.7)
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม หมู เค็ม เนื้อเค็ม ปูเค็ม	12 (40.0)	18 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.3)	14 (46.7)	15 (50.0)
6. ท่านรับประทานผักใบเขียว และผลไม้	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	3 (10.0)	19 (63.3)	8 (26.7)
7. ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร	0 (0.0)	0 (0.0)	22 (73.3)	8 (26.7)	8 (26.7)	13 (43.3)	9 (30.0)	0 (0.0)
8. ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร	0 (0.0)	3 (10.0)	17 (56.7)	10 (33.3)	19 (63.3)	8 (26.7)	3 (10.0)	0 (0.0)

คำถาม	ระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรม				ระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรม			
	ปฏิบัติทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	5 (16.7)	25 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (60.0)	12 (40.0)
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์ปริมาณที่ สูง เช่น หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ ข้าวขาหมู หมู กระทะ	12 (40.0)	15 (50.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (56.7)	13 (43.3)
11. ท่านดื่มกาแฟสำเร็จรูป (หรืออินวัน) หรือกาแฟ เติมครีมเทียม (คอฟฟี่เมต)	8 (26.7)	19 (63.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (33.3)	20 (66.7)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านการจัดการความเครียด (n = 30)

คำถาม	ระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรม				ระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรม			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
12. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะจัดการความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ	0 (0.0)	6 (20.0)	14 (46.7)	10 (33.3)	17 (56.7)	13 (43.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
13. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านชอบแยกไปอยู่คนเดียว	11 (36.7)	16 (53.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	17 (56.7)	11 (36.7)
14. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านดูภาพยนตร์ หรือฟังเพลง	0 (0.0)	3 (10.0)	15 (50.0)	12 (40.0)	11 (36.7)	18 (60.0)	1 (3.3)	0 (0.0)
15. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรก	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (66.7)	10 (33.3)	11 (36.7)	15 (50.0)	4 (13.3)	0 (0.0)
16. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ	0 (0.0)	4 (13.3)	16 (53.3)	10 (33.3)	21 (70.0)	8 (26.7)	1 (3.3)	0 (0.0)
17. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยระบายกับคนใกล้ชิด	0 (0.0)	3 (10.0)	18 (60.0)	9 (30.0)	6 (20.0)	14 (46.7)	10 (33.3)	0 (0.0)

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านการออกกำลังกาย (n = 30)

คำถาม	ระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรม				ระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรม			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
18. ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน วิ่ง เหยียดๆ หรือกายบริหาร	0 (0.0)	2 (6.7)	23 (76.7)	5 (16.7)	0 (0.0)	11 (36.7)	19 (63.3)	0 (0.0)
19. ท่านออกกำลังกายไม่ต่ำกว่า 30 นาที	0 (0.0)	8 (26.7)	16 (53.3)	6 (20.0)	0 (0.0)	8 (26.7)	20 (66.7)	2 (6.6)
20. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	0 (0.0)	3 (10.0)	18 (60.0)	9 (30.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	24 (80.0)	6 (20.0)
21. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ตัดหญ้า	0 (0.0)	2 (6.7)	16 (53.3)	12 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (90.0)	3 (10.0)
22. ท่านหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกเกิดความผิดปกติของร่างกาย	0 (0.0)	1 (3.3)	22 (73.4)	7 (23.3)	0 (0.0)	2 (3.3)	23 (76.7)	6 (20.0)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านการสูบบุหรี่ และควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n = 30)

คำถาม	ระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรม				ระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรม			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
23. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	6 (20.0)	21 (70.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	3 (10.0)	5 (16.7)	19 (63.3)	3 (10.0)
24. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่	14 (46.7)	14 (46.7)	2 (6.6)	0 (0.0)	2 (6.7)	1 (3.3)	16 (53.3)	11 (36.7)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา (n = 30)

คำถาม	ระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรม				ระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรม			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
25. ท่านมาพบแพทย์ตรงตามที่แพทย์นัด	0 (0.0)	1 (3.3)	14 (46.7)	15 (50.0)	8 (26.7)	17 (56.7)	5 (16.6)	0 (0.0)
26. ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์จัดให้	0 (0.0)	2 (6.6)	14 (46.7)	14 (46.7)	12 (40.0)	15 (50.0)	3 (10.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลของโปรแกรม	N	$\bar{X}$	S.D	t	Sig.
หลังใช้	30	80.00	6.46	15.275*	0.000
ก่อนใช้	30	45.60	8.75		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 11 พบว่าพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้วิจัยได้นำเสนอเกี่ยวกับความมุ่งหมายของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้และหลังใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ในศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (one group pretest - posttest design) ดังแผนภาพ (quasi - experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังโดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 มีอายุ 41 ปีขึ้นไป จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.อนุปริญญาหรือ ปวส. และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากันมีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3

5.1.2 ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ระดับความรู้ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมา มีความรู้ในระดับดีจำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 26.7 และความรู้ในระดับต่ำ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ส่วนระดับความรู้หลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 27

คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ

5.1.3 ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ส่วนระดับพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

5.1.4 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้และหลังใช้พบว่า ด้านความรู้หลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และด้านพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 63.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 มีความรู้ในระดับดี และร้อยละ 10.0 มีความรู้ในระดับต่ำ และหลังจากการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าร้อยละ 90.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในระดับดี และร้อยละ 10.0 มีความรู้ในระดับปานกลาง ดังนั้น แสดงให้เห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีผลในการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในระดับความรู้ที่มีการปรับปรุงมากขึ้นจากปานกลางเป็นดี แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลและการสอนเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับจุดประสงค์ พันธวิไล (2565) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (median = 17 และ 103 คะแนน ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (median = 110 คะแนน) ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.416$ และ 0.362 ตามลำดับ, $p < 0.05$)

5.2.2 ระดับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงระดับพฤติกรรมก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ส่วนระดับพฤติกรรมหลังใช้ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมา มีความรู้ในระดับปาน กลาง จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่ ดีขึ้นหลังจากการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้ที่มีระดับ พฤติกรรมดีเพิ่มขึ้นจาก 90.0% เป็น 96.7% ในขณะที่ผู้ที่มีระดับพฤติกรรมต่ำลงมาจาก 10.0% เหลือเพียง 3.3% ดังนั้นโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีขึ้นเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ ไกรฤกษ์ ยานรัมย์ (2566) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE PROCEED Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566 ผลการวิจัยพบว่าระดับ ความรู้ การรับรู้ความ เสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ในการปฏิบัติ ตนและการรับรู้อำนาจในตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทาง สังคม การได้รับข้อมูล การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการ กินยาและการมาตามนัดของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทุกประเด็น มีข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมฯ จะมีประสิทธิภาพในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเป้าหมายได้ควรออกแบบให้เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองในการป้องกันโรคและลด การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฯ เป็นอันดับแรกแล้วใช้แนวคิดการสร้างความรู้ ด้านสุขภาพมาเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลส่งเสริมการคิดวิเคราะห์เพื่อ ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพให้ อสม. ช่วยเป็นแรง สนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง อีกทั้งบูรณาการเข้ากับงานคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผลของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยผลการศึกษาเปิดโอกาสให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ของโปรแกรมในการเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน กลุ่มนี้ การสนับสนุนและพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเสี่ยงและเสริมสร้างสุขภาพ ให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยระดับ ความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ผลลัพธ์เหล่านี้ช่วยยืนยันความสำเร็จของโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ และเป็นการตอบสนองต่อความต้องการในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว: ควรเพิ่มประสิทธิภาพของการวิจัยโดยการติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อทราบถึงความยั่งยืนและประสิทธิผลของโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น
- 2) การวิจัยควรให้ความสำคัญกับผลกระทบทางจิตวิทยาของโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงในทัศนคติและการมีสุขภาพจิตของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับและการดำเนินการตามคำแนะนำของโปรแกรม
- 3) ควรสำรวจวิธีการปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจรวมถึงการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่นแอปพลิเคชันสำหรับการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- 4) ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางส่วนบุคคล เช่น การมีความตั้งใจและความมุ่งมั่น และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

บรรณานุกรม

- Barbarah White & Deborah Truax. 2007. **The Nurse Practitioner in Long-Term Care Guidelines for Clinical Practice**. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Burn, D. H. 1994. **Hydrologic effects of climatic change in west-central Canada**. Journal of Hydrology, 160(1 - 4), 53 - 70.
- Coupland, A. P., Thapar, A., Qureshi, M. I., Jenkins, H., & Davies, A. H. 2017. **The definition of stroke**. Journal of the Royal Society of Medicine, 110(1), 9 - 12.
- Fetzer, R. 2001. **Interface reactions between silicon carbide and metals (Ni, Cr, Pd, Zr)**. Composites Part A: Applied science and manufacturing, 32(3 - 4), 569 - 574.
- Hankey, G. J., & Warlow, C. P. 1999. **Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations**. The Lancet, 354(9188), 1457 - 1463.
- Corton, J. M., Gillespie, J. G., & Hardie, D. G. 1994. **Role of the AMP-activated protein kinase in the cellular stress response**. Current biology, 4(4), 315 - 324.
- Hardie, D. G. 2004. **AMP - activated protein kinase: a key system mediating metabolic responses to exercise**. Medicine & Science in Sports & Exercise, 36(1), 28 -34.
- Powell, M. D., Houston, S. H., & Reinhold, T. A. 1996. **Hurricane Andrew's landfall in south Florida**. Part I: Standardizing measurements for documentation of surface wind fields. Weather and Forecasting, 11(3), 304 - 328.
- Izzo, L., de Ugarte Postigo, A., Maeda, K., Thöne, C. C., Kann, D. A., Della Valle, M., ... & Wiersema, K. 2019. **Signatures of a jet cocoon in early spectra of a supernova associated with a γ -ray burst**. Nature, 565(7739), 324 - 327.
- Britov, A. N., & Bystrova, M. M. 2003. **New guidelines of the Joint National Committee (USA) on prevention, diagnosis and management of hypertension**. From JNC VI to JNC VII. Kardiologiia, 43(11), 93 - 97.
- Davis, A. P., Grondin, C. J., Johnson, R. J., Sciaky, D., McMorran, R., Wiegers, J., ... & Mattingly, C. J. 2019. **The comparative toxicogenomics database: update 2019**. Nucleic acids research, 47(D1), D948 - D954.
- Kaplan, R. L. 2002. **Politics and the American press: The rise of objectivity, 1865 - 1920**. Cambridge University Press.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Samaha, F. F., Szapary, P. O., Iqbal, N., Williams, M. M., Bloedon, L. T., Kochar, A., ... & Rader, D. J. 2006. **Effects of rosiglitazone on lipids, adipokines, and inflammatory markers in nondiabetic patients with low high - density lipoprotein cholesterol and metabolic syndrome.** *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 26(3), 624 - 630.
- Hetherington, K., & Law, J. 1997. **After networks.** *Environment and planning D: Society and Space*, 18(2), 127 - 132.
- Linton, A. D., & Lach, H. W. 2007. **Matteson & McConnell's Gerontological Nursing: Concepts and Practice.** Philadelphia: Saunders.
- Mackay, J., & Mensah, G. A. 2004. **The atlas of heart disease and stroke.**
Retrieved From www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm
- Markus, H. S. 2003. **Stroke Genetics London, 1 - 30.** UK Oxford University Press.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. 2003. **Models of agency: sociocultural diversity in the construction of action.**
- Mason, T. J., Lorimer, J. P., & Bates, D. M. 1992. **Quantifying sonochemistry: casting some light on a 'black art'.** *Ultrasonics*, 30(1), 40 - 42.
- Olson, E. A., Efremov, M. Y., Kwan, A. T., Lai, S., Petrova, V., Schiettekatte, F., ... & Allen, L. H. 2000. **Scanning calorimeter for nanoliter - scale liquid samples.** *Applied Physics Letters*, 77(17), 2671 - 2673.
- Rosamond, W. D., Chambless, L. E., Heiss, G., Mosley, T. H., Coresh, J., Whitset, E., ... & Folsom, A. R. 2012. **Twenty - two - year trends in incidence of myocardial infarction, coronary heart disease mortality, and case fatality in 4 US communities, 1987–2008.** *Circulation*, 125(15), 1848 - 1857.
- Swales, J. M. 1995. **The role of the textbook in EAP writing research.** *English for specific Purposes*, 14(1), 3 - 18.
- World Health Organization, & International Society of Hypertension Writing Group. 2003. **2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension.** *Journal of hypertension*, 21(11), 1983 - 1992.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ไกรฤกษ์ ยานรัมย์. 2566. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE PROCEED Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสถานีนามายเฉลิมพระ เกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- จตุพงษ์ พันธุ์ไธ และคณะ. 2565. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3), 882 - 895.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร. 2563. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอต่างข้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2(2), 62 - 77.
- บุญศรี นุกะ. 2541. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2552. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ปิยนุช จิตตุนนท์ และคณะ. 2564. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 41(2), 13 - 25.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. 2542. โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด กับการปฏิบัติตัว. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. 2548. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบมีอุปกรณ์ของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง Stroke and Instrumental Activities of Daily Living Ability. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
- มัณฑนา มัญจางษ์. 2562. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 18(1); 59 - 74.
- ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาร์วรรณ เศรษฐธรรม. 2561. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 1(1), 15 - 25.
- รุ่งรวรรณ พันธจักร. 2549. ผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลพุดทะกิริ. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิตการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. 2552. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับประชากรผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2560. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553 - 2557). วารสารควบคุมโรค, 43(4), 379 - 390.
- อรพิน เทอดอุดมธรรม. 2550. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน. 2561. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 24(1).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

แบบสอบถาม
ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 9 ข้อ

คำชี้แจงให้ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ
หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

1. เพศ

() 1.ชาย

() 2. หญิง

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

3. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ป. 1 – ป. 4

() 3. ป. 5 – ป. 7

() 4. มัธยมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษา

() 5. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.

() 6. อนุปริญญาหรือปวส.

() 7. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

() 8. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ปัจจุบันท่านมีสถานภาพใด

() 1. โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

() 2. สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน

() 3. สมรสแล้วแยกกันอยู่คนละจังหวัด

5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด

() 1. เกษตรกรรม

() 2. รับจ้าง

() 3. รับราชการ

() 4. ค้าขาย

() 5. ธุรกิจส่วนตัว

() 6. ไม่มีอาชีพ.

6. รายได้ของครอบครัวท่าน..... บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

คำถาม	ถูก	ผิด
1. โรคหลอดเลือดสมองไม่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้		
2. เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบ คือ ภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดจากความดันโลหิตสูง		
3. เส้นเลือดในสมองแตกหรือเส้นเลือดในสมองตีบที่เกิดจากโรค ความดันโลหิตสูง อาจทำให้ตายหรือพิการได้		
4. อาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขน ขา ชาหรืออ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน		
5. โรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้สูญเสียความสามารถในการ ทำงานก่อนวัยอันควร		
6. โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระครอบครัวและผู้ดูแลในการ ดูแลผู้ป่วยระยะยาว		
7. โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เสมอ		
8. ท่านไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับ ปกติอาจทำให้ท่านเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้		
9. หากท่านชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาจทำให้ท่าน เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
10. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ		
11. หากท่านเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง อาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
12. ท่านไม่ออกกำลังกายอาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองได้		

คำถาม	ถูก	ผิด
13. ท่านสูบบุหรี่ อาจทำให้ท่านเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มาก ยิ่งขึ้น		
14. ท่านดื่มสุรา อาจทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้		
15. ท่านชอบรับประทานอาหารเค็มเป็นประจำ อาจทำให้ท่านเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้		
16. ท่านรับประทานยาที่แพทย์สั่งไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้ท่าน เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
17. การรับประทานอาหารเค็มให้น้อยลงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้		
18. การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วย ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้		
19. การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดสมองได้		
20. การงดสูบบุหรี่ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง		
21. การงดดื่มสุราจะช่วยลดเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน
ช่องที่ ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ หรือ 3 - 5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง หรือ 1 - 2 วัน/สัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติได้เลย

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ท่านเติมน้ำปลาซีอิ๊ว หรือเกลือป่นลงใน อาหารระหว่าง รับประทานอาหาร (อย่างใด อย่างหนึ่ง)				
2. ท่านใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผงสำเร็จรูป หรือ เครื่องแกง สำเร็จรูปในการปรุงอาหาร (อย่างใด อย่างหนึ่ง)				
3. ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่ง ทอด ขนมกรุบ กรอบ ฯลฯ				
4. ท่านรับประทานอาหารที่เป็นของหมักดอง เช่น ผักกาด ดอง หน่อไม้ดอง ปลาร้า ฯลฯ				
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลา เค็ม ไข่เค็ม หมู เค็ม เนื้อเค็ม ปูเค็ม				
6. ท่านรับประทานผักใบเขียว และผลไม้				
7. ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร				
8. ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร				
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ				
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์ ปริมาณที่สูง เช่น หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ ข้าวขาหมู หมูกระทะ				
11. ท่านดื่มกาแฟสำเร็จรูป (ทรีอินวัน) หรือ กาแฟเติมครีม เทียม (คอฟฟี่เมต)				

4.2 การจัดการความเครียด

คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
12. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะจัดการ ความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ				
13. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านชอบแยกไปอยู่ คนเดียว				
14. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านดูภาพยนตร์หรือ ฟังเพลง				
15. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรก				
16. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านสวดมนต์ หรือ นั่งสมาธิ				
17. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยระบาย กับคนใกล้ชิด				

4.3 การออกกำลังกาย

คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
18. ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน วิ่ง เหยาะๆ หรือกายบริหาร				
19. ท่านออกกำลังกายไม่ต่ำกว่า 30 นาที				
20. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
21. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงาน บ้าน ตัดหญ้า				
22. ท่านหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกเกิดความผิดปกติ ของร่างกาย				

4.4 พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ และควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
23. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
24. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่				

4.5 พฤติกรรมการการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา

คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
25. ท่านมาพบแพทย์ตรงตามที่แพทย์นัด				
26. ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์จัดให้				

ภาคผนวก ข
แผ่นพับและโปรแกรม

รู้ทัน และป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
เสียวินาที มีค่าช่วยชีวิตได้

สังเกตอาการตนเองตามหลัก **F.A.S.T.**



F [Face]
หน้าเบี้ยว มุมปากตกข้างหนึ่ง
ใบหน้าชาหรืออ่อนแรง
ตามัวเห็นภาพซ้อน



A [Arm]
แขนหรือขาอ่อนแรง
ยกแขนหรือขาไม่ขึ้น



S [Speech]
พูดลำบาก พูดไม่ชัด
มีงงสับสน และมีปัญหาในการพูด



T [Time]
ต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที
ภายใน **4 ชั่วโมง**
หรือโทรสายด่วน **1669**

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถป้องกันได้โดย...



ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง หากพบต้องรับรักษา



ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์



ควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมัน ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ



งดสูบบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์



รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เปรี้ยวจัด และอาหารที่มีไขมันสูง

โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้
หากเกิดอาการให้รีบไปพบแพทย์ให้เร็วที่สุดภายใน **4 ชั่วโมงครึ่ง**
หรือโทรแจ้งสายด่วน 1669
เพราะหลอดเลือดสมอง รู้เร็ว รอด ปลอดภัย

โปรแกรม

สัปดาห์ที่ 0 (ครั้งแรก) การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพและแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เหมาะสมตามระดับความพร้อม โดยพิจารณาจากค่าคะแนนการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แจกแผ่นพับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 2 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยชี้ให้เห็นอันตราย ความรุนแรง และความเสี่ยง เพื่อทบทวนความรู้ เน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักและตื่นตัวใส่ใจกับปัญหาและประโยชน์ในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างความตระหนักตื่นตัวให้เกิดขึ้น โดยการบรรยาย ประกอบสื่อวีดิทัศน์ที่เสนอตัวแบบด้านลบ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องพาดูตามาร่วมฟังบรรยายด้วย เพราะญาติจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยที่บ้านได้ทุกวัน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมจะทำการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้สรุปประเด็นความรู้ที่ได้รับ พร้อมทั้งให้ประเมินตนเอง ความเสี่ยงของตนเองต่อโรคหลอดเลือดสมอง และจะทำการประเมินความพร้อมสู่ระยะที่ 3 (สังเกตใจที่จะปฏิบัติ) ด้วยการพูดคุยซักถามโดยผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 4 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 จัดขึ้นในระยะที่ 3 (สังเกตใจที่จะปฏิบัติ) โดยเป็นการจูงใจและกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการนำเสนอต้นแบบด้านบวก เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการรักษาดี และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พร้อมทั้งอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกการสังเกตและประเมินพฤติกรรมตนเอง

สัปดาห์ที่ 6 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 จัดขึ้นในระยะที่ 5 ตัดสินใจที่จะปฏิบัติ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการบรรยาย การสาธิต และฝึกปฏิบัติในการเลือกอาหารรับประทานที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยการเดินเร็ว การผ่อนคลายความเครียดด้วย

สัปดาห์ที่ 8 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 5 จัดขึ้นในระยะลงมือปฏิบัติ โดยใช้การอภิปรายกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติของแต่ละคน สรุปปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติไม่สำเร็จ ร่วมกันปรับแผนในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 10 การจัดกิจกรรมครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 6) เพื่อสรุปและประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งตอบข้อซักถาม และทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิม สัปดาห์ที่ 7 - 10 การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะออกติดตามเยี่ยมบ้าน เริ่มต้นในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษาและคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะใช้เวลา 20 นาทีต่อคน

ประวัติผู้วิจัย