

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา 6 ส่วน ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ (อาคม อารยาวิชานนท์, 2548, หน้า 143) มีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองเกิดตีบ แตก หรือตัน ทำให้เกิดอาการความเจ็บป่วยทางระบบประสาทอย่างทันทีทันใดหรือเฉียบพลัน เนื่องจากมีความบกพร่องในระบบไหลเวียนเลือดในสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลกจนถึงระดับชุมชน จากผลกระทบที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงและเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการได้มาก และสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาระของครอบครัวและสังคม (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 58)

1. ความหมายของหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health organization) (WHO, 2008) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต แต่ National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือด

มาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาต้านการแข็งตัวของเลือดเพียงอย่างเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำจำกัดความของ National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ครอบคลุมภาวะ Transient Ischemic Attack (TIA) คือ ได้รวมถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมงไว้ด้วย (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550, หน้า 1)

2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ตามลักษณะของการเกิด และตามลักษณะทางคลินิก โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะของการเกิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด หรือ จากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke หรือ Occlusive stroke) และโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.1.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) คือมีการอุดตันของหลอดเลือดซึ่งอาจเกิดจากการที่ก้อนเลือดจากหัวใจ หรือก้อนไขมันจากหลอดเลือดที่คอมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง หรืออาจเกิดจากโรคหลอดเลือดของสมองเองเกิดการอุดตัน หรือเกิดจากภาวะที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (เลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ ส่งผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือด เนื่องจากการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด ทำให้รบกวนการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง พบร้อยละ 80-85 ของโรคหลอดเลือดสมอง (Michael, Hennerie and Ralph, 2005) ซึ่งแบ่งได้ 2 ชนิด คือ 1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis หรือ Thrombotic stroke) ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด หลอดเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองถูกอุดตันจากการก่อตัวของลิ่มเลือด (Trombi) จากกระบวนการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการอักเสบของหลอดเลือดแดงที่ผนังถูกทำลาย การเพิ่มการแข็งตัวของเลือด (Coagulation) (McCance and Huether, 2006) นอกจากนี้พบว่าการตีบตันเกิดจากการมีคราบไขมัน (Atherosclerotic Plaque) เกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดรูหลอดเลือดตีบแคบลง พบได้บ่อยบริเวณง่ามแยก (Bifurcation) และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด ส่วนภาวะสมองอุดตันเกิดจากสิ่งอุดตัน (Embolus) เล็กๆ ที่หลุดออกมาจากหัวใจและหลอดเลือด แล้วเข้ามายังการไหลเวียนเลือดในสมอง ละอุนหลอดเลือดแขนงเล็กๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง กลไกการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke จาก Atherosclerosis นี้ อาจแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณที่มีพยาธิสภาพ โดยมี Thrombus เกิดขึ้นที่ Atherosclerotic

Plaque เอง และกลุ่มที่เกิดจากการหลุดของ Emboli พบได้บ่อยในวัยกลางคน วัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัด หรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Follin, Millis and Munden, 2006) ผู้ป่วยอาจมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หรืออาการคล้ายภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) หรือมาด้วยปัญหาการมองเห็น เช่น มองไม่ชัด ตามัว ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง (Transient monocular blindness) ลักษณะอาการจะค่อยๆ รุนแรงขึ้น อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง หรือหลายวันจนอาการคงที่ อาการทั่วไปจะดีขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 7 วัน การเฝ้าระวังในช่วงวันแรกๆ ควรติดตามอาการสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 16) และ

2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism หรือ Embolic stroke) คือ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke) ที่เกิดจาก Emboli จากตำแหน่งอื่นหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มาจากก้อนเลือดหลุดลอยจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง (Cardiac emboli) เกิดได้ในทุกช่วงอายุ การเกิดก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือดทำให้มีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด ภายใน 10-20 วินาที โดยไม่มีอาการเตือนมาก่อน ส่วนใหญ่พบที่หลอดเลือดบริเวณส่วนกลางของสมอง (Middle cerebral artery) นอกจากนั้นก้อนเลือดที่แข็งตัว และหลุดลอยไปอุดตันเส้นเลือดบริเวณอื่น เป็นสาเหตุให้เกิดการขาดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Follin, Millis and Munden, 2006)

2.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดแตก หรือโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง (Hemorrhage stroke) พบได้ประมาณ ร้อยละ 15-20 แบ่งออกเป็น 2 ชนิด แยกโดยอาศัยบริเวณที่เกิดหลอดเลือดแตก คือ 1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบได้ทุกกลุ่มอายุ ทำให้หลอดเลือดสมองแตกทันที เลือดมาเลี้ยงสมองส่วนนั้นลดลง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร้อยละ 56-81 นอกจากนั้นอาจเกิดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (Aneurysm) หลอดเลือดมีลักษณะผิดปกติ (Arteriovenous malformation: AVM) หรือมีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด การมีเลือดออกจากภาวะความดันโลหิตสูง มักพบบริเวณเบซอลแกงเกลียน (Basal ganglia) ร้อยละ 40 บริเวณทาลามัส (Thalamus) ร้อยละ 15 บริเวณพอนส์ (Pons) ร้อยละ 8 และพบในซีรีเบลลัม (Cerebellum) ร้อยละ 10 อาการรุนแรงของการเกิดเลือดออก คือ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจหมดสติได้อย่างรวดเร็ว สมองถูกกดจากก้อนเลือด และสมองบวม ในกรณีที่อาการรุนแรงจะทำให้สมองตายภายใน 2-3 วันแรก ส่วนผู้ที่หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันในบริเวณสมองเล็ก จะมีอาการ

ปวดศีรษะทันทีทันใด ไม่สามารถย่นได้ คลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ (McCance and Huether, 2006) และ 2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) มักมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณก้านสมอง (Ruptured aneurysm) หรือสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแต่กำเนิด พบบริเวณผิวสมอง หรือภายในเนื้อสมอง อาการที่พบคือ ปวดศีรษะรุนแรง ตาไม่ทนต่อแสง (Photophobia) ระดับความรู้สึกตัวลดลง ส่วนใหญ่จะมีอาการ และอาการแสดงทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกจะมีอาการแบบทันที และจะมีอาการเพิ่มขึ้นต่อไปเรื่อยๆ จนอีกหลายนาที่ต่อมา หรืออาจนานเป็นเวลา 2-3 ชั่วโมง และทำให้มีน้ำในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ได้หลังเกิดอาการหลายสัปดาห์จากการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดที่โป่งพองแตก การรักษาโดยการทำ Aneurysm clipping อย่างเร่งด่วนสามารถลดอันตราย และลดการเกิดความพิการได้ (Michael, Hennerie and Ralph, 2005)

2.2 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทางคลินิก

พยาธิสภาพต่างๆของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วย ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมอง และขนาดที่เกิดพยาธิสภาพ ดังนั้นจึงอาจจำแนกโรคหลอดเลือดสมองตามลักษณะทางคลินิก หรืออีกนัยหนึ่งสามารถแบ่งระยะเวลาดำเนินโรคออกได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 Transient Ischemic Attack หรือ TIA เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราว และสามารถหายเป็นปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง (Michael, Hennerie and Ralph 2005) แต่โดยทั่วไปแล้ว Transient ischemic attack มักกินเวลาไม่เกิน 10-15 นาที เพราะถ้านานกว่า 4 ชั่วโมง มักจะมีการตายของสมองอย่างถาวร อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการพูดไม่ชัด (Dysarthria) พูดไม่ได้ (Dysphasia) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีกของร่างกาย เห็นภาพซ้อน ขารอบปาก ทรงตัวไม่อยู่ ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง เป็นต้น (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 25-26)

2.2.2 Reversible Ischemic Neurologic Deficit หรือ RIND เป็นภาวะคล้าย TIA แต่มีความผิดปกติเกิดขึ้นเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และสามารถหายได้ปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่กี่วัน หรือภายใน 3 สัปดาห์ (นิจศรี ขาญณรงค์, 2550, หน้า 14)

2.2.3 Stroke In Evolution (SIE) หรือ Progressive Stroke เป็นภาวะที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาท จากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองและมีอาการของโรคดำเนินไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งรุนแรงมาก หรือกล่าวว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังมีอาการมากขึ้น อาจเกิดจากภาวะสมองบวมหรือมีพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 14)

2.2.4 Complete Stroke เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่มีอาการแสดงของโรคคงที่ เป็นอยู่นานกว่า 24-72 ชั่วโมง หรือโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่ไม่มากขึ้น แต่จะต้องสังเกตอาการอย่างน้อย 2-7 วัน หลังจากโรคมีอาการคงที่แล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 15)

2.2.5 Partial stable stroke เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ แต่ยังไม่จัดเป็น Complete Stroke เนื่องจากระยะเวลาในการเฝ้าสังเกตอาการไม่นานพอ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 15)

3. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 อาการและอาการแสดงตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2553, หน้า 143) ซึ่งมักเกิดในระบบไหลเวียนของสมองส่วนหน้า (Anterior cerebral circulation) จากการทำลายภายในหลอดเลือด Middle cerebral artery หรือ Internal carotid artery หรือ Anterior cerebral artery และสามารถเกิดบริเวณระบบไหลเวียนของสมองส่วนหลัง ส่วน Vertebral arteries หรือ Basilar artery และ Posterior cerebral artery (Follin, Mills and Munden, 2006) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

3.1.1 หลอดเลือดสมองส่วนกลาง (Middle cerebral artery) จะส่งเลือดเลี้ยงผิวสมองด้านนอกเป็นบริเวณกว้าง ความผิดปกติจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าด้านเดียวกันอ่อนแรง และมีแขนขาตรงข้ามอ่อนแรงเนื่องจากหลอดเลือดสมองส่วนกลางเลี้ยง Internal capsule ส่วน posterior limb ด้วย อาจมีอาการขาดครึ่งซีกของร่างกายด้านตรงข้าม อาจมีการเสียการมองเห็นครึ่งซีกของตาทั้งสองข้างในด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ (Homonymous hemianopia) มักมีอาการกลืนลำบาก และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ถ้าความผิดปกติเกิดที่สมองซีกเด่นซึ่งมีบริเวณควบคุมการพูด ผู้ป่วยก็จะพูดไม่ได้ (Aprasia) ด้วย มีปัญหาในการแสดงอารมณ์และน้ำเสียงสับสนทำทาง (Aprosody) ไม่รับรู้อารมณ์ของคู่สนทนา (Affective agnosia) เสียความสามารถในการรับรู้สภาพร่างกายซีกที่อ่อนแรง(จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 44)

3.1.2 หลอดเลือดคาโรติดส่วนในสมอง (Internal carotid artery) การอุดตันบริเวณนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการพร่องทางด้านระบบประสาทสั่งการ หรือระบบประสาทรับความรู้สึกด้านตรงข้าม อาจมีความยากลำบากในการสื่อสาร หรือไม่เข้าใจภาษาที่ใช้สื่อสาร (Follin, Millis and Munden, 2006)

3.1.3 หลอดเลือดสมองส่วนหน้า (Anterior Cerebral Artery) จะส่งเลือดเลี้ยงผิวสมองด้านในของ frontal และ parietal lobe ซึ่งตำแหน่งดังกล่าวเป็นบริเวณที่ควบคุมร่างกายส่วนขา เท้า และหัวไหล่ด้านตรงข้าม การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงของขามากกว่าแขน เท้าและปลายเท้าอ่อนแรงมากกว่าต้นขา หัวไหล่อ่อนแรงมากกว่าปลายแขน และมีอาการชาในบริเวณเดียวกันด้วย (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 43) ส่วนใบหน้าจะปกติ กลืนปัสสาวะไม่อยู่ เดินไม่ได้ (Gait apraxia) เสียการรับความรู้สึก และเท้าด้านตรงข้ามพูดไม่ได้หรือพูดลำบาก แต่พูดตามได้ (Motor aprasia) ไม่เข้าใจภาษาแต่พูดตามได้ (Sensory Aphasia) ไม่สามารถให้แขนขาข้างซ้ายตามคำสั่ง (Dysplexia) (Follin, Millis and Munden, 2006)

3.1.4 หลอดเลือดสมองที่อยู่บริเวณก้านสมอง (Vertebrobasilar Artery) เป็นแขนงที่แยกจาก Subclavian Artery ทอดตัวขึ้นมาในรูของกระดูกสันหลังส่วนคอทั้งด้านซ้ายและขวา เมื่อมาถึงระดับรอยต่อของ Medulla และ Pons จะรวมกันเป็น Basilar Artery ระบบนี้จะเลี้ยงสมองส่วน Cerebellum และ Brain Stem (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 44) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิที่หน้าซีกเดียวกับรอยโรค และร่างกายซีกตรงข้าม อาจทำให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายถึงขั้นหมดสติ ผู้ป่วยมีอาการชารอบปาก มึนงง อ่อนแรง กลืนลำบาก พูดไม่ชัดเจน หลงลืม ทรงตัวไม่ได้ การมองเห็นบกพร่อง เช่น ตาบอดสี มองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น (Follin, Millis and Munden, 2006)

3.1.5 หลอดเลือดสมองส่วนหลัง (Posterior Cerebral Artery) เป็นแขนงแยกจาก Basilar artery และส่งแขนงไปเลี้ยงสมองส่วน Thalamus, Temporal lobe, Occipital lobe และ Lateral geniculate nucleus เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนไปในร่างกายซีกตรงข้าม เช่น เสียการรับรู้ (Hypoesthesia) รับรู้ผิดปกติ (Dysesthesia) รับรู้มากขึ้น (Hyperesthesia) หรือเกิดความเจ็บปวด (Pain) อาจจะสูญเสียการมองเห็น มองเห็นลดลง ความสามารถในการแยกสีลดลง มีการสูญเสียความกว้างของลานสายตา เสียความสามารถในการอ่านแต่ยังเขียนได้ และอาจสูญเสียความจำ (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 44)

4. การรักษา

ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมาได้รับการรักษาเร็วเท่าไร ความพิการ และอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2554, หน้า 29) หลักการรักษาประกอบด้วย

4.1 การรักษาทางยา สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอเพื่อปรับขนาดยาตามแผนการรักษา

4.2 การรักษาโดยการผ่าตัด ในบางรายโดยเฉพาะรายที่มีเลือดออกในสมองสมองบวม หรือในรายที่มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอมากกว่า 70%

4.3 การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4.4 การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

5. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน เกิดแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น หรือมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะต่างๆลดลง ซึ่งพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถ้าเป็นแล้วจะทำให้มีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ประเชษฐ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551, หน้า 286) และ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2554, หน้า 27-28) ได้กล่าวถึงผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ไม่สามารถสื่อความหมายได้ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน สูญเสียความรู้สึกสัมผัส สูญเสียความทรงจำ ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ และความต้องการทางเพศลดลง

5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกสูญเสียความภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว และภาวะซึมเศร้า

5.3 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยกับญาติ และบทบาทในสังคมลดลง

5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวและญาติต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานแม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการตายและความพิการถาวรได้ แต่ก่อนเกิดอาการผิปกติรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการนำเกิดขึ้นก่อน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาจะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการได้แต่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตก โรคหัวใจโคโรนารี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2-5 เท่าของคนปกติ (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 21) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลต่อสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ และจากประสบการณ์ (พรศรี ศรีอัมภาพร และสมเกียรติ โพรสิทธิ์, 2555, หน้า 5)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชน ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 มีเป้าประสงค์สูงสุด คือ ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1 ใน 5 โรควิถีชีวิต โดยให้ส่งเสริมวิถีชีวิตที่พอเพียง ได้แก่ การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและขับเคลื่อนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมในด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง ต้องปรับเป็นเวลานาน จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานยา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตเป็นส่วนใหญ่ เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยการรับประทานยา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท (ปราวณี ทุ์ไพเราะ, 2552, หน้า 48) ถึงแม้ยาลดความดันโลหิต จะไม่ได้ทำให้อาการหายขาด แต่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง สูงกว่า 105 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสียชีวิต และมีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจ สมอง และ ไตได้มากขึ้น ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีผลทำให้โอกาสที่จะเกิด อาการแทรกซ้อนดังกล่าวลดน้อยลง (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2552, หน้า 511) ซึ่งผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงจึงควรตระหนักและเข้าใจถึงอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งร่วมมือสนับสนุน ทั้งด้านการป้องกัน และการรักษา รวมถึงการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา กระทรวง สาธารณสุข, 2549, หน้า 57) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีพฤติกรรมในการรับประทาน ยาดังนี้

1.1 รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาในปริมาณ และเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยา ลดยา หรือลืมรับประทานยา (สุธี เวคะวากยานนท์, 2554, หน้า 159) ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะยาบางตัวอาจทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำ หรือสูงขึ้นได้ (ปราวณี ทุ์ไพเราะ, 2552, หน้า 19)

1.2 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมี อาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 32)

1.3 เมื่อต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับ ยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้ (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 32)

1.4 ในผู้ป่วยที่อาจเกิดความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะความดัน โลหิตต่ำในท่ายืน ให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน โดยเฉพาะ 1-3 ชั่วโมงหลัง รับประทานยา (ปราวณี ทุ์ไพเราะ, 2552, หน้า 56-58)

1.5 ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ใน 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยา อาจจะมีอาการง่วงซึมเกิดอุบัติเหตุได้ (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 28)

1.6 หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาอาจถูกเสริมฤทธิ์ ทำให้เกิดการแพ้ยาและอันตรายอื่นๆได้ (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 28)

2. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารมีความสำคัญมากในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยการควบคุมจำนวนแคลอรีและอาหารที่มีไขมันสูง การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม เป็นวิธีที่จำเป็น เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติในการดูดน้ำได้ดี อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม มีการเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังควรรับประทานผักผลไม้ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ก็จะสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยปฏิบัติดังนี้ (พิจารณ์ พิมพ์ชนไว, 2552, หน้า 59-61)

2.1 จำกัดปริมาณเกลือแกงในอาหารให้น้อยลง เพราะเป็นตัวการสำคัญ ที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และจัดเป็นต้นเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และซอสชนิดต่างๆ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่นอาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋อง สารปรุงรสต่างๆ เช่นผงชูรส ผงฟู เนยแข็ง อาหารที่มีโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเล น้ำที่มีโซเดียมมาก ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย เป็นต้น

2.3 ลดไขมันในอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน สมอสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น

2.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน ถ้าจะใช้ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ และควรเปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารเป็นนึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การขาดการออกกำลังกายสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 50 (Rosamond, et al., 2008) การออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญ และมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นดีขึ้น มีการลด

การทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ทำให้ลดการหดตัวของหลอดเลือดแดงและลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง หัวใจบีบตัวได้แรงมากขึ้น และนานขึ้น ทำให้จำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง การออกกำลังกายอย่างเป็นประจำ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อวัน ทำต่อเนื่องตลอดเกือบทุกวันก็จะสามารถช่วยทำให้ระบบไหลเวียนของโลหิตดียิ่งขึ้น เป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีมากอย่างหนึ่ง (พิจารณา พิมพ์ชนกไวย, 2552, หน้า 62) หลักในการออกกำลังกายในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีข้อปฏิบัติดังนี้

3.1 ก่อนเริ่มการออกกำลังกายควรได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ เพื่อให้ทราบศักยภาพ และความพร้อมในการออกกำลังกาย รวมทั้งวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่มีความดันโลหิตระดับรุนแรง ควรงดออกกำลังกายจนกว่าจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกายเสมอ

3.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน และควรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้านวัตถุ จะมีผลทำให้มีแรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากมีผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นการออกกำลังกายที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

3.2.1 ระยะการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up phase) เป็นการอบอุ่นร่างกาย และปรับตัวของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อมีการประสานงานดีขึ้น เลื่อนไหลคล่องแคล่ว และลดการบวมและเจ็บของกล้ามเนื้อ และข้อต่อจากการออกกำลังกาย โดยให้เกิดการเคลื่อนไหว และยืดเหยียดกล้ามเนื้อของร่างกายทุกส่วนอย่างช้า ๆ เช่นการเดินช้า ๆ ภายหลังบริหาร เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3.2.2 ระยะออกกำลังกาย (Exercise phase) เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ การออกกำลังกายที่ทำให้มีการหด และยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ โดยทำอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 20-40 นาทีขึ้นไป

3.2.3 ระยะผ่อนคลาย (Cool down phase) เป็นช่วงหลังออกกำลังกาย ควรค่อยๆผ่อนคลายการออกกำลังกายลงทีละน้อย โดยไม่หยุดออกกำลังกายทันที เพื่อให้เลือดมีการไหลเวียนกลับคืนสู่หัวใจ และเพียงพอไปเลี้ยงส่วนต่างๆทั่วร่างกาย และเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ปรับการทำงานของร่างกายให้สู่สภาวะปกติ อาจเป็นการเดิน และกายบริหารเหมือนช่วงอบอุ่นร่างกาย และควรใช้เวลาอย่างน้อย 5-10 นาที

3.2.4 ควรประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกายถ้ามีอาการต่อไปนี้ไม่ควรออกกำลังกาย ได้แก่ มีไข้ หรือฟืนไข้ในระยะแรกๆ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย มีอาการปวดหรืออักเสบของร่างกาย ปวดแน่นหรือเจ็บหน้าอก หรือหัวใจเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยเล็กน้อยขณะพัก ปวดศีรษะหรือมึนงง

3.2.5 ขณะออกกำลังกาย ถ้ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยมาก หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ ตามืด คลื่นไส้ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น แขนขาอ่อนแรงหรือควบคุมไม่ได้ พูดไม่ชัดตะกุกตะกักไม่ต่อเนื่อง ต้องหยุดการออกกำลังกายทันที พักสักครู่แล้วไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุ และรับการรักษาที่เหมาะสม

3.2.6 เครื่องแต่งกาย ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่พิดหรือรัดรูปมากเกินไป เพื่อให้สะดวกสบายต่อการเคลื่อนไหว ชุดมีการระบายอากาศได้ดี และมีความอบอุ่นเพียงพอในเวลา ที่อากาศหนาวเย็น การสวมใส่รองเท้าควรเป็นรองเท้าที่กระชับ สบายเท้า พื้นรองเท้านุ่ม สามารถพุงข้อเท้า และเท้าได้ดี เช่นรองเท้าผ้าใบ รองเท้ารัดส้น เป็นต้น

3.2.7 ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกายที่มีอากาศปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อบอ้าว และควรเป็นพื้นราบ ไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้เกิดอันตราย

3.2.8 ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย อาจเป็นช่วงเช้า กลางวัน หรือเย็น และควรเป็นเวลาก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3.2.9 ควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป เพิ่มความหนักขึ้นทีละเล็กละน้อยให้รู้สึก หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ไม่หักโหมจนเหนื่อยมากเกินไป แต่ไม่เบาจนถึงกับไม่รู้สึเหนื่อย

3.2.10 ควรนั่งพักก่อนหลังการออกกำลังกาย และดื่มน้ำหรือน้ำผลไม้เล็กน้อย ก่อนเริ่มทำกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป

4. พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด

ความเครียดเรื้อรัง การแยกตัวออกจากสังคม และความวิตกกังวล สามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Mackay and Mensah, 2004) การจัดการกับความเครียด จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนฟริน (Epinephrine) จากต่อมหมวกไต มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด มีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และความเครียดกระตุ้นให้มีการดูดกลับของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียน มีผลเพิ่มความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552, หน้า 137) การจัดการกับความเครียด จึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนมีการปรับตัว และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (พิจารณ์ พิมพ์ชนวโรย, 2552, หน้า 62) ซึ่งได้เสนอวิธีปฏิบัติดังนี้

4.1 ควรวางแผนจัดการความเร่งด่วนของงาน มีสติ ไม่เร่งร้อนในการทำงาน แบ่งเวลาให้เหมาะสม

4.2 คิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี รู้จักให้อภัย

4.3 ใช้วิธีแก้ไขและจัดการความเครียด ได้แก่ การระบายความไม่สบายใจให้บุคคลอื่น รับฟัง การพักผ่อน การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การไปเที่ยว การออกกำลังกาย การจัดเวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ผู้อื่น

4.4 การหาวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การทำสมาธิ และการฝึกการหายใจโดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาทส่วนกลางบริเวณซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (Cerebral cortex) และไปยับยั้งไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท (Norepinephrine and epinephrine) ที่หลั่งมาจากอดรีนัล เมดูลลา (Adrenal medulla) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการตอบสนองต่อภาวะเครียด และลดความดันโลหิต

5. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว มีข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้

5.1 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน การจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยในผู้ชายไม่ควรดื่มเบียร์มากกว่า 720 มิลลิลิตรต่อวัน ดื่มไวน์ไม่เกิน 240 มิลลิลิตรต่อวัน ดื่มวิสกี้ไม่เกิน 60 มิลลิลิตรต่อวัน และในผู้หญิงให้ถือเกณฑ์

ลดปริมาณครึ่งหนึ่งของผู้ชาย แต่อัตราส่วนอาจเปลี่ยนแปลงไปสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักน้อย (พิจารณา พิมพ์ชนธไวย์, 2552, หน้า 61) เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้การเพิ่มของระดับคอร์ติซอล และแคทีโคลามีนในกระแสเลือด ซึ่งประกอบด้วยอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552, หน้า 137)

5.2 การงดสูบบุหรี่ ในบุหรืมีสารนิโคติน เมื่อสูบบุหรือดมควันเข้าไป สารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หลังฮอริโมนอดรีนาลิน มีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น และสารพิษในควันบุหรืทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยที่หลอดเลือดค่อยๆตีบลงจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือด จนเกิดการตีบตันของเส้นเลือด หากเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็จะทำให้สมองขาดออกซิเจนหรือมีความจำเสื่อมลง เป็นผลให้สมองเสื่อมสภาพนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549, หน้า 14-15) การไม่สูบบุหรืนอกจากจะช่วยป้องกันไม่ให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เพราะจะไม่ทำอันตรายต่อหลอดเลือดของร่างกาย ยังสามารถหลีกเลี่ยงโรคแทรกซ้อนอื่นๆได้อีกด้วย (พิจารณา พิมพ์ชนธไวย์, 2552, หน้า 45) การหยุดสูบบุหรืถือเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพราะการสูบบุหรืถือเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรืจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรื ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรืแต่หากได้รับควันบุหรืเป็นประจำ พบว่ามีอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (จรรจา สันตยากร, 2554, หน้า 21) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรหลีกเลี่ยงหรือเลิกสูบบุหรื โดยมีข้อปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรื และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรื อีก ดังนี้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549, หน้า 58-81)

5.2.1 ค้นหาแรงบันดาลใจ ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดให้ได้ว่าเพราะเหตุใดจึงควรเลิกบุหรื เพราะเหตุผลที่จะเลิกบุหรืจะเป็นเครื่องมือสำคัญให้เลิกสูบบุหรื ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาต้องการเลิกสูบบุหรื เพศ วัย ฐานะ เศรษฐกิจ สถานะทางครอบครัว และสังคมของผู้สูบบุหรื

5.2.2 วางแผน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการวางแผนเลิกสูบบุหรืที่ดีจะสามารถเลิกสูบบุหรืได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำความเข้าใจเรื่องสารนิโคติน รู้ทันเหตุผลที่ทำให้สูบบุหรื

บุหรี วางแผนรับมืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ และกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ไม่ควรเกิน 2-3 วัน หรือสูงสุดไม่เกิน 14 วัน

5.2.3 ลงมือปฏิบัติ เตรียมตัวเผชิญกับอาการถอนยา เขียนสิ่งดี ๆ ที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ กำหนดรางวัลให้ตนเอง จัดอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายมากขึ้น ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว บอกคนใกล้ชิดเพื่อเป็นกำลังใจ

5.2.4 ไม่กลับไปสูบบุหรี่ บอกตนเองเสมอว่าเป็นคนไม่สูบบุหรี่แล้ว มีสิ่งดี ๆ ในชีวิตที่ดีกว่าการสูบบุหรี่ ใช้เวลาที่เคยเสียไปกับการสูบบุหรี่ไปทำสิ่งอื่นที่มีประโยชน์กับชีวิตและสุขภาพ เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ให้เบี่ยงเบนความสนใจ หายใจเข้าออกลึก ๆ ประวิงเวลา ทำสิ่งอื่นแทน เช่น การดื่มน้ำชา ๆ อมน้ำไว้ในปากสักครู่ก่อนดื่มลงคอ และอยู่ให้ไกลจากสิ่งกระตุ้น เช่น กลุ่มคนสูบบุหรี่ ถ้ามีคนชวนให้สูบบุหรี่ พูดให้ติดปากว่า “ขอบคุณฉันเลิกสูบบุหรี่แล้ว”

5.3 การควบคุมน้ำหนักตัว คณะกรรมการจากสมาคมหลอดเลือดและหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา เสนอแนะให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและอ้วนกำหนดเป้าหมายสำหรับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ คือลดน้ำหนักลง 15 เปอร์เซ็นต์จากน้ำหนักปัจจุบัน การลดน้ำหนักต้องอาศัยการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การลดปริมาณอาหาร และเลือกอาหารที่ควรรับประทานในช่วงลดน้ำหนัก (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2553, หน้า 29) โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัว ดังนี้

5.3.1 ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อย ไขมันต่ำ และรับประทานผัก ผลไม้ระหว่างมื้อ ควรดื่มนมหวาน ของขบเคี้ยว และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

5.3.2 ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การเดิน ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน อย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ และเพิ่มกิจกรรมทางกายเป็นประจำทุกวัน เช่น เดินมากขึ้น โดยการเดินขึ้นบันไดแทนการขึ้นบันไดเลื่อนหรือลิฟท์

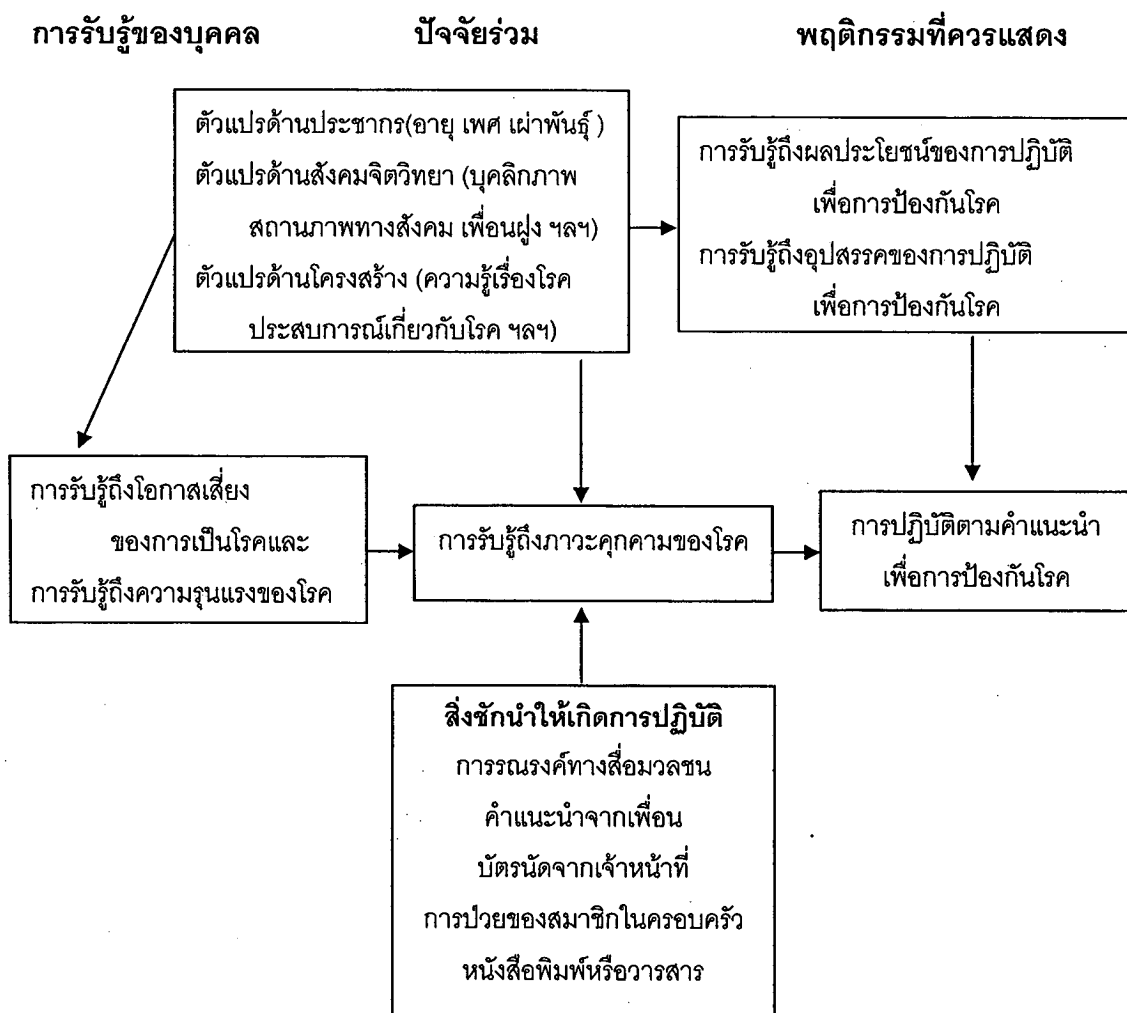
5.3.3 มีความตั้งใจที่จะลดน้ำหนัก โดยมีความคิดเชิงบวกในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ซึ่งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปีมาแล้ว ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากในขณะนั้นพบว่า การจัดบริการด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคมักจะไม่ค่อยได้ผล

กล่าวคือ มีประชาชนจำนวนน้อยที่ไปรับบริการทั้ง ๆ ที่การไปรับบริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายบ้างเล็กน้อย นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน บุคคลที่มีส่วนในการพัฒนาแบบแผนความเชื่อ ทางด้านสุขภาพ มีหลายคน ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal and Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค เนื่องจากนโยบาย สาธารณสุขในระยะนั้น (ค.ศ.1950-1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker and Maiman, 1974 อ้างอิงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 85) โดยมีข้อสมมติฐานว่า บุคคลจะ แสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ(ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการ ฟันฟูสุขภาพ) ภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อสภาวะการณ์เจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรค ไม่สูงเกินไปเมื่อ เทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรักษา

องค์ประกอบพื้นฐานระยะแรกของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของ บุคคล และแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือ รับรู้ว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบาย และทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม และปัจจัยสังชักทำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค และได้นำเสนอ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค (Becker, 1974) ดังภาพ 1



ภาพ 1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Becker, 1974

1. องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้ จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะเป็นโรคต่างๆแบบแผนความเชื่อทางด้าน

สุขภาพ ถือเป็นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552, หน้า 87)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบาก และ การต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อฐานะทางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อ และความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ Janz and Becker (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่าง ปี ค.ศ.1974-1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึง ร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้เพียง ร้อยละ 36 (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552, หน้า 87)

1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่า เป็นการกระทำดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็จะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย Janz and Becker (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

โรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกัน เช่นเดียวกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 87)

1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบาย หรือการมารับบริการ หรือการการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับ อาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง บุคคลจึงต้องประเมินระหว่าง ประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค จึงเป็นปัจจัย สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 88)

1.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิด พฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความ สมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาพของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทาง สื่อมวลชน คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สิ่งชักนำให้มีการ ปฏิบัติจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพ การวัดสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ โดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความ ต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 88)

1.6 ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และ

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552, หน้า 88) ได้แก่

1.6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคมกลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

1.6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

จากการศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Becker จะเห็นได้ว่าก่อนที่บุคคลใดๆ ก็ตามจะยอมรับ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองนั้น ขึ้นกับว่าเมื่อทำแล้วจะต้องไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) หรือถ้ามีก็เพียงเล็กน้อย (Less Severity) และผลที่ได้รับต้องมีผลดีมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพ (Benefits) โดยปราศจากผลข้างเคียง หรือความยุ่งยากใด ๆ (Barriers) นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะทราบดีว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติดังกล่าว มีมากเพียงใดก็ตาม แต่ถ้าการปฏิบัตินั้นมีความยุ่งยาก เช่น ไม่สะดวก มีราคาแพง มีความเจ็บปวด หรือไม่เป็นที่น่าพอใจ การปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นก็อาจไม่เป็นผล นอกจากนี้ ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง สังคมจิตวิทยา และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมซึ่งบุคคลที่มีอายุแตกต่างจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างกัน จัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงอายุมากขึ้น ทำให้มีโอกาสในการเรียนรู้ มีความสามารถในการตัดสินใจ แปรความหรือให้เหตุผลได้ดีขึ้น เนื่องจากมีโอกาสในการสะสมประสบการณ์ต่างๆมากกว่าวัยรุ่น เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นการรับรู้ที่แสดงออกมา สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (ขวัญฟ้า ทาอินคำ, 2554, หน้า 10) แต่ในทางตรงข้าม เมื่ออายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการรับรู้ แปรความหมายและการตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเสื่อมลงตามโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้การรับรู้เป็นไปได้ไม่ดี ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดีตามไปด้วย (บุญศรี บันตึบ, 2549, หน้า 21) แต่การศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.9 ซึ่งเป็นโรคที่จะต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเช่นเดียวกันกับโรคเบาหวาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.2 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุมีความพร้อมที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสุขภาพที่ดี มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันโรค จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง จึงมีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูงด้วย (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 78-79) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภรณ์ มลิजार, (2553) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35 ปี, 40 ปี, 45 ปี, 50 ปี, 55 ปี, 60 ปี ที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว จำนวน 220 คน ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางด้านทางด้านประชากร กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ณัฐภรณ์ มลิजार, 2553)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกอายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. เพศ ความแตกต่างในด้านร่างกายและจิตใจระหว่างเพศชายและเพศหญิงทำให้การแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน และพฤติกรรมป้องกันโรคบางอย่างมีความแตกต่างระหว่างเพศ ดังการศึกษาของยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นอยู่เสมอ โดยการเลือกบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากในสังคมไทย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เหมาะสมในเพศหญิง (ยุทธพงษ์พรหมเสนา, 2550, หน้า 56-57) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฟ้า ทาอินคำ (2554) ศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 398 คน พบว่าเมื่อเจ็บป่วย ผู้หญิงจะมีการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ และต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่น ในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย เพศชายจะได้รับการดูแลสุขภาพจากเพศหญิง และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และอิทธิพลของเพศยังมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคแตกต่างกันเนื่องจากพื้นฐานเดิม หรือประสบการณ์เดิม หรือความสามารถในการตีความต่างกัน พบว่าเพศหญิงมีความสนใจในการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยในสถานที่ทำงานมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย (ขวัญฟ้า ทาอินคำ, 2554, หน้า 10)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. อาชีพ ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน (รับราชการ ทำงานบริษัท หรือรัฐวิสาหกิจ) จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่ไม่แน่นอน (ทำนา ทำไร่ หรือรับจ้างรายวัน) เนื่องจากกลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดกระทบต่องานประจำ ดังการศึกษาของ บุญศรี บันต๊ะ พบว่าอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างเป็นอาชีพที่ต้องอาศัยกำลังออกแรงมาก ต้องตรากตรำทำงาน ขาดเวลาเอาใจใส่สุขภาพ ส่งผลให้การดูแลตนเองลดลง อวัยวะต่าง ๆ จึงมีความเสื่อมได้มากกว่าอาชีพอื่น (บุญศรี บันต๊ะ, 2549, หน้า 20) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรประกอบอาชีพตามความเหมาะสมกับสภาพของโรค โดยหลีกเลี่ยงจากงานที่ส่งเสริมความรุนแรงของโรค เช่นงานที่ต้องแบกหามหรือยกของหนัก งานที่ย่างยากซับซ้อนหรือต้องมีความรับผิดชอบสูง เพราะจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย นอกจากนั้นควรมีเวลาพักผ่อนในระหว่างการทำงาน สอดคล้องกับ การศึกษาของ ณัฐภรณ์ มลิजार (2553) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35 ปี, 40 ปี, 45 ปี, 50 ปี, 55 ปี, 60 ปี ที่ไม่มารับบริการ

ตรวจมะเร็งปากมดลูก ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว จำนวน 220 คน ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางด้านทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกอาชีพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการดูแลตนเองให้เป็นผลสำเร็จตามความต้องการในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (บุญศรี บันตึบ, 2549, หน้า 22) เนื่องจากการรักษาโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ย่อมต้องสิ้นเปลืองเงิน และเวลา ถ้าผู้ป่วยมีรายได้น้อยอยู่แล้ว ย่อมไม่มีเวลาและรายได้พอที่จะดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงได้ และผู้มีรายได้น้อยมักสนใจในการหาเงินเลี้ยงชีพและถนัดในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดรณ บุญบันดาล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ารายได้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 32.8

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกรายได้ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับต่อเดือน ซึ่งหมายถึงจำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับในแต่ละเดือน เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. โรคที่เกิดร่วม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีเป็นเวลานานๆ มักมีโรคที่เกิดร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2555, หน้า 68) แนวทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กล่าวถึงการประเมินโรคที่เกิดร่วม เช่น โรคไขมันในเลือดสูง

ผู้ป่วยมักต้องรับประทานยา simvastatin ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (คณะกรรมการป้องกัน รักษาและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2554, หน้า 21) ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมรับประทานยา เช่น การหยุดยาเอง แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบางรายที่มีระดับความรุนแรงของโรคมก มักต้องการใช้ยาปริมาณมาก และจะมีพฤติกรรมเข้มงวดในการควบคุมอาหาร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าปกติ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553, หน้า 48) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมทางด้านระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มักมีพฤติกรรมตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี พบแพทย์ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีประสบการณ์ว่าหากมีระดับความดันโลหิตสูงแล้ว เสี่ยงที่จะกลับมาป่วยซ้ำได้ (ภัทรา อังสุวรรณ และนฤพัชร สอนประเสริฐ, 2555, หน้า 39-52) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมทางด้านหัวใจ เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัว เนื่องจากมีความเชื่อว่าเป็นแล้วถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เสียชีวิตได้ง่าย (พรวิไล ปรปักษ์ขาม, 2555, หน้า 59-68) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มักมีโรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูงตามมา จะมีความเข้าใจว่าเมื่อตนเองมีโรคมกขึ้นก็ต้องรับประทานยาเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ไตเสื่อมได้ และโรคไตเป็นโรคที่ทรมาณ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ผู้ป่วยจึงตระหนักและมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (อุดม ไกรฤทธิชัย, 2555, หน้า 53-58)

ดังการศึกษาของ สุรีย์ คำพอง ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 88 ราย พบว่า ร้อยละ 43.18 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 35.23) โดยพบว่าในกลุ่มนี้มีการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 45.45 มีปัญหา และข้อจำกัดด้านสุขภาพ ความพร้อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก เหนื่อยง่าย จึงเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (สุรีย์ คำพอง, 2549, หน้า 55)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกโรคที่เกิดร่วม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6. ระดับความดันโลหิตสูง เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ดังการศึกษาของ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เช่น การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือที่มีแป้งและน้ำตาลมาก ที่มีรสเค็ม และไม่เติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว มีการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550, หน้า 53-57)

สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์ ศึกษาการใช้ยา และการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเชียงดาว ตำบลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 54 คน พบว่า กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นโรคอ้วนและมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่มีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับคะแนนการใช้ยาโดยรวม และการใช้ยาถูกต้องตามหลักการอยู่ในระดับดี ทั้ง ส่วนการป้องกันอันตรายและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้ ทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากการประชากรมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีความคิด การรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มเหมือนกัน อีกประการหนึ่งคือ ประชากรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือนจึงได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เหมือนกัน ประกอบกับประชากรอาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันขณะรอรับบริการจึงทำให้ระดับการปฏิบัติการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน (สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์, 2551, หน้า 56-59)

ส่วนการศึกษาของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการป่วยและได้รับการรักษาโดยการให้ยามานาน 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการมาตรวจตามนัดที่คลินิกความดันโลหิตสูงทำให้ได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยกับบุคคลอื่นที่เป็นโรคเดียวกัน และได้รับการสอนสุขภาพศึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.13 เชื่อว่าการ

รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานยาดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ศศิธร อุตตะมะ, 2549, หน้า 61-62)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกระดับความดันโลหิต เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติในทุกด้าน สำหรับด้านสุขภาพบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974) บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้บุคคลรู้จักคิดไตร่ตรอง และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา รวมทั้งผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสารมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากตลอดจนรู้จักใช้บริการทางการแพทย์ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังการศึกษาของส่วนการศึกษาของนนทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 87.5 และเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากถึง ร้อยละ 92.5 โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์/ พยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 53.8 ซึ่งการได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่มหรือรายบุคคล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถที่จะซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่า โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน เช่น ขนมหวาน น้ำหวาน ผลไม้ที่มีรสหวาน น้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มบำรุง ร้อยละ 94.4 มีความเชื่อว่า การควบคุมปริมาณของอาหาร โดยการรู้จักเลือกกินอาหารในปริมาณที่พอเหมาะจะป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 93.8 และมีความเชื่อว่าการหลีกเลี่ยงอาหารมัน เช่น แกงอั้งเล แคบหมู หมูสามชั้น แกงกะทิ อาหารทอด และการปรุงอาหารด้วยน้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เป็นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 91.9 (นนทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 75-76)

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการ รับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 แต่การศึกษาของ สมชาย โลกคำลือ (2549) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลวังชัน อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือ ผู้แทน จำนวน 300 ครอบครั้ว ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = .011$, $r = .146$) (สมชาย โลกคำลือ, 2549, หน้า 50)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยส่วนบุคคล มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง

8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคล เหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาส ของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้น เบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 87) จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ดังการศึกษาของการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.05 ($SD = 6.70$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53)

ส่วนการศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสอบถามใน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .309 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 35.0$, $SD = 3.6$) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับแจ้งข้อมูลจากแพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 85.0 (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 72) เป็นไปตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่งๆหรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

9. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Severity) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือ กระทบกระเทือนต่อบทบาทฐานะทางสังคมของตน การรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามเป็นสิ่งที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีแนวโน้มเฉียงที่จะหลีกเลี่ยง แต่ถ้าความเชื่อและความวิตกกังวลสูงเกินไป ก็จะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ (Janz and Becker, 1984 อ้างอิงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 87) ดังการศึกษาของการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.05 ($SD=4.55$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภรณ์ มลิजार, (2553) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35 ปี, 40 ปี, 45 ปี, 50 ปี, 55 ปี, 60 ปี ที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ต.บ้านใหม่หนองไทร อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 220 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ($r = .133$) แต่การศึกษาของ การศึกษาของ ปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย (2548) ศึกษาการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยหมดประจำเดือน สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .48$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวัน แลบุญมา (2551) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่สูบบุหรี่ จำนวน 171 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับน้อยมาก ($r = -0.16$, $p < 0.03$)

ส่วนการศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 33.5$, $SD = 2.4$) และมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = .001$, $r = .318$) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง เนื่องจากอำเภอเกาะคามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดในจังหวัดลำปาง และมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 23.8 จึงทำให้มีความคุ้นเคยและพบเห็นคนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน รวมทั้งเห็นความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่เสมอ จึงทำให้มีความเชื่อว่าการเป็นโรคเบาหวานจะทำให้เป็นแผลเรื้อรังง่ายแต่หายยาก และบางคนแผลอาจลุกลามมากจนถึงต้องตัดอวัยวะส่วนนั้นทิ้ง ร้อยละ 96.3 รองลงมา มีความเชื่อว่าการป่วยเบาหวานมีโอกาสพิการหรือตายได้ ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 93.8 การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออย่างนี้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปี 2550 ผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอเกาะคา มีภาวะแทรกซ้อนโดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตา โรคระบบประสาทส่วนปลายและตัดอวัยวะ คิดเป็นร้อยละ 21.75 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวอย่างความรุนแรงของโรคจากผู้ป่วยจริง และพบว่าอัตราการตายจากโรคเบาหวานของอำเภอเกาะคาเท่ากับ 24.50 ต่อแสนประชากร ดังนั้นจากการไปร่วมงานศพ จึงทำให้มีการเล้าโลมถึงความรุนแรงของโรคว่าหากเป็นแล้วทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 74-75) สนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองก็ต่อเมื่อโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการ หรือความเจ็บปวด เกิดผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

10. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived benefits) เป็นความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าที่บุคคลจะได้รับจากการร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ (Becker, 1974) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจเชื่อใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย (จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 87)

ดังการศึกษาของ สุมาลี วังธนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 90 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ($R^2=0.16$, $F=5.518$, $p<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ($p<0.001$)

สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดร.บุญบันดาล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็น

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

การศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม, (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 28.91 (SD=4.27) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53) สนับสนุนแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัติตัวนั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.11 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Barriers) เป็นความเชื่อ หรือความนึกคิดของบุคคลต่อปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความกลัว การมารับบริการการตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ความยากลำบาก ความไม่แน่ใจของผลการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) พฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วย และสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไชตะ, 2552, หน้า 88) ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องจะทำให้การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ลดลงและมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

ด้การศึกษาของ สุมาลี วังธนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 90 ราย พบว่ามีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ($R^2=0.16$, $F=5.518$, $p<0.01$) โดยการเรียนรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-0.347$, $t=-3.425$, $p<0.01$) สอดคล้องกับ วาสนา ครุฑเมือง (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ($p<.001$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.62 ($SD=5.32$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53) เป็นไปตามแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้นๆ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.12 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่มากระตุ้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้อยากปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรณรงค์ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน บัตรนัดจากเจ้าหน้าที่การป่วยของสมาชิกในครอบครัว และหนังสือพิมพ์หรือวารสาร ด้การศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.01(p-value<.001, $r=.306$) สิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 24.1$, $SD = 1.5$) โดย เชื่อว่าคำแนะนำของแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจน อสม. ทำให้ยากดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 96.3 และเชื่อว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ โปสเตอร์ ทำให้มีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.7 นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 93.1 สนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ส่วนสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสาร หรือ การเตือนจากบุคคล (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 77)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ สมชาย โลกคำลือ (2549) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังขึ้น อำเภอวังขึ้น จังหวัดแพร่ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทน จำนวน 300 ครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ส่วนมากแหล่งที่ได้รับคือ จากโทรทัศน์ ร้อยละ 73.3 รองลงมา คือ เสียงตามสายในเขตเทศบาล จากการอ่านหนังสือพิมพ์ วารสาร และจากคำแนะนำของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย ไม่ได้เคลื่อนย้ายหรือออกจากพื้นที่บ่อย และกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเป็น อสม. ได้มีโอกาสฝึกอบรมทางด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ ส่วนมากคือ 15-34 ปี จึงได้รับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกซ้ำๆ บ่อยๆ อีกทั้งในพื้นที่เองมีการเกิดโรคขึ้นในพื้นที่ทุกปี จึงมีการจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกบ่อยๆ จึงก่อให้เกิดการรับรู้ในด้านต่างๆ สูงขึ้น (สมชาย โลกคำลือ, 2549, หน้า 50-51)

สอดคล้องกับ การศึกษาของ ชูชาติ เจริญสอน (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 139 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก โดยแหล่งที่มาของข่าวสารมากที่สุด คือ จากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 97.1 รองลงมา คือ จากโทรทัศน์ ร้อยละ 95.7 การรับรู้ที่ถูกต้อง คือ การรับประทานเนื้อหรือไข่ของสัตว์ปีกแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดนกสูงที่สุด ร้อยละ 89.2 อาจเนื่องมาจากการรณรงค์ในการบริโภคเนื้อไก่โดย

ปรุงให้สุกผ่านทางสื่อต่างๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในส่วนนี้สูง (ชูชาติ เจริญสอน, 2549, หน้า 67)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยร่วม และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขวัญฟ้า ทาอินคำ (2554) ศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 398 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติมีระดับการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.62$, $SD = 0.73$, $\bar{X} = 33.75$, $SD = 0.53$) ตามลำดับแต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ มีระดับการรับรู้อาการเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางที่ไม่แตกต่างกันในเรื่องของอาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งอย่างค่อยเป็นค่อยไป ($\bar{X} = 2.26$, $SD = 1.13$, $\bar{X} = 2.16$, $SD = 1.20$) ตามลำดับ และอาการตามัวเรื้อรังของตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือสองข้าง ($\bar{X} = 2.86$, $SD = 0.89$, $\bar{X} = 2.89$, $SD = 1.53$) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีการรับรู้ในระดับปานกลาง เรื่องอาการพูดอะละวิยวาย สับสน ซึมลงอย่างทันทีทันใด ($\bar{X} = 2.86$, $SD = 1.37$)

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดร.บุญบันดาล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนราธิวาส มีการรับรู้ วัน เวลา บุคคล และสถานที่ปกติ จำนวน 400 คน

ซึ่งได้รับการสุ่มแบบหลายขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยทางพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01, .01, .01 และ .05 ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ารายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และลักษณะครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 32.8 และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

บุญศรี ปันต๊ะ (2549) ทำการวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านแพนดอไม้ ตำบลสบเตี๋ย อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

ปานชีวัน แลบุญมา (2551) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่สูบบุหรี่ จำนวน 171 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์ของความเชื่อด้าน

สุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = -0.25$, $p < 0.00$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับน้อยมาก ($r = -0.18$, $p < 0.02$ และ $r = -0.16$, $p < 0.03$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.21$, $p < 0.01$)

ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นอยู่เสมอ โดยการเลือกบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากในสังคมไทยพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เหมาะสมในเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมาก จะมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายได้เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รัตนภรณ์ ศุภสร (2554) ศึกษาการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.22 มีความเห็นว่า อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง อย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีความเห็นว่าอาการของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.45 ไม่คิดว่า อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด และร้อยละ 62.27 การมองเห็นขาดตามัวหนึ่งหรือสองข้างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.02 มีการรับรู้วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการมาตามนัด ส่วนการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.43 มีการรับรู้การจัดการอาการต่อไปนี้ในภาวะ

ฉุกเฉิน คือ อาการของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใดต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที ขณะที่ร้อยละ 73.45 เห็นว่ากรณีกลืนน้ำลายไม่ได้หรือลำบากอย่างทันทีทันใดไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินรอดูอาการก่อน

วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 200 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ขณะที่ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ และการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ($p < .001$)

ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเวียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}=91.16$, $SD=6.77$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ($\bar{X}=24.01$, $SD=3.50$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ($\bar{X}=19.32$, $SD=2.74$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}=16.84$, $SD=2.22$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}=31.01$, $SD=3.72$) มีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}=54.32$, $SD=3.46$)

สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์ (2551) ศึกษาการใช้ยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเวียงดาว ตำบลเวียงดาว อำเภอเวียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 54 คน พบว่า กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นโรคอ้วนและมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่มีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับคะแนนการใช้ยาโดยรวม และการใช้ยาถูกต้องตามหลักการอยู่ในระดับดี

ทั้งส่วนการป้องกันอันตรายและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้ ทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีความคิด การรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มเหมือนกัน อีกประการหนึ่งคือ ประชากรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือนจึงได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เหมือนกัน ประกอบกับประชากรอาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันขณะรอรับบริการจึงทำให้ระดับการปฏิบัติการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

สุมาลี วังธนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 90 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรู้แรงและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ($R^2=0.16$, $F=5.518$, $p<0.01$) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-0.347$, $t=-3.425$, $p<0.01$)

สุรีย์ คำพอง (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2548 ถึงมกราคม 2549 จำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.90 มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 46.60 เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและต่อเนื่องช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 52.27 เชื่อว่าจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ และร้อยละ 48.86 เชื่อว่าสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติได้หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ร้อยละ 56.82 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.23 โดยพบว่าในกลุ่มนี้มีการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 45.45 มีปัญหาและข้อจำกัดด้านสุขภาพ ความพร้อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก เหนื่อยง่าย จึงเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

หัตถยาพร มะโน (2552) ศึกษาการรับรู้อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 226 คน โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.22 มีความเห็นว่า อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ

60-65 มีความเห็นว่าอาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน ที่สำคัญพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.45 และร้อยละ 62.27 ไม่คิดว่า อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใดและการมองไม่ชัด ตามัวหนึ่งหรือสองข้างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86.28-96.02 มีการรับรู้วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยาและการตรวจตามนัด ส่วนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.99 -77.43 มีการรับรู้การจัดการอาการต่อไปนี้เป็นภาวะฉุกเฉิน คือ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.45 ไม่เห็นด้วยกับการจัดการในภาวะฉุกเฉิน กรณีการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด

อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งกล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Barriers) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังภาพ 2

