

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์เกิดขึ้นในเพศชาย 8.4 - 29.2 คนต่อประชากร 100,000 คน ในเพศหญิง 3.9 - 18.8 คนต่อประชากร 100,000 คน (Bader & Littlejohns, 2004; Johnston, 2002) ซึ่งคาดว่าในอนาคตจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 80,000 รายต่อปีในประเทศไทย (ปิยะมิตร ศรีธรา, 2545) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 50 เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Appel et al., 2003; Chobanian et al., 2003; Cubrilo- Turek, 2003) ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองเพิ่มเป็น 2 เท่าและหนึ่งในสามของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Appel et al., 2003) และนับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน 3 - 7 เท่าของคนปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในแต่ละราย ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ.2546 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง 218,218 คน เพิ่มขึ้นเป็น 327,919 คน ในปี พ.ศ.2548 นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2543 คิดเป็น 18.9 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 34.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2547 และในปี พ.ศ.2546 - 2548 ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบบระยะสั้นและระยะยาวต่อผู้ป่วย (Bader & Littlejohns, 2004; Johnston, 2002) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวจะพิการ (Johnston, 2003) รวมถึงมีผลกระทบกับครอบครัว เช่น พบปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการร่วมด้วย นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีภาระในการดูแลผู้ป่วย และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคในระยะยาว

ด้วยเหตุที่ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญยิ่งของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงนั้น จะเร่งการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและทำให้เกิด Thrombosis หรือมีการหลุดของ Emboli จากผนังหลอดเลือด อุดหลอดเลือดสมองส่วนต่าง ๆ ดังนั้น การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิต (Chobanian et al., 2003; Potter, 2003; Supiano, 1997; World Health Organization - International Society Hypertension, 1999) การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำได้โดยการควบคุมโดยการใช้ยาและการควบคุมโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีอัตราการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือน จากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 35.9 และ 35.8 ตามลำดับ (Chapman et al., 2005) เนื่องจากผู้ป่วยมักมองว่าภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีความรุนแรง ไม่มีอาการให้เห็นเด่นชัด จึงไม่รับประทานยาและไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และพบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษามากกว่าร้อยละ 40 จะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่า การรักษาด้วยยาอย่างเดียวมักไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการรักษาจากแพทย์แล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ ดังการศึกษาของเสาวนีย์ ศรีศิริกุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ทรายกุล, โยชม บัลลังก์โพธิ์ และอุษา เกานิบล (2542) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม การใช้กะทิในการประกอบอาหาร ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ มีความวิตกกังวล การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและการไม่ไปตรวจตามนัด เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้น การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้าร่วมกับวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

จากการศึกษา พบว่า นอกจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความรุนแรงของโรคและความรวดเร็วในการดำเนินโรคมายิ่งขึ้น การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (JNC - 7, 2003) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท การควบคุมความดันโลหิตขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การได้รับการวินิจฉัยโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรม

การดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรักษา การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) และจากการประชุมของคณะทำงานเพื่อการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 6 (JNC VI, 1997 อ้างถึงใน จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์, 2547) พบว่า ในระยะ 3 - 6 เดือนของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อประเมินผลการรักษาและกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งต้องเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal (1980) เชื่อว่าคนที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหรือไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของทูและบา (To & Ba, 1991) พบว่า ผู้ป่วยขาดความตระหนักว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาตลอดชีวิต คิดว่าถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะเป็น การบ่งบอกว่าสามารถควบคุมโรคได้ และคิดว่าการรับประทานยานานเกินไปจะก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยละเลยการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา นอกจากนี้ การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ยังต้องคำนึงถึงการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การจำกัดอาหารรสเค็มและเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานผัก ผลไม้และอาหารไขมันต่ำ การผ่อนคลายความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Appel et al., 2003; Chobanian et al., 2003; Cubrillo - Turek, 2003; Potter, 2003)

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ 1) การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด 2) การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 3) การจัดการกับความเครียดและ 4) การควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งล้วนมีผลโดยตรงต่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือไม่ อย่างไร

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

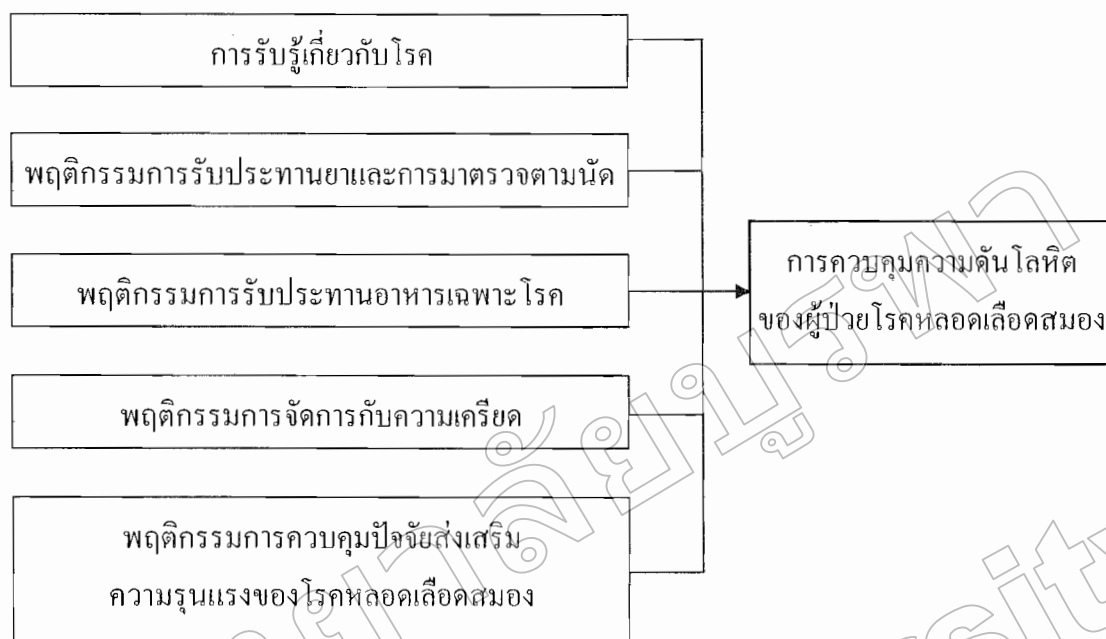
กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common Sense Model) ของเลเวนทัล (Leventhal, 1980) แนวคิดนี้เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเชื่อว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จะทำให้นักคลินิค ประเมินความคิดและ

ตัดสินใจเพื่อจัดการเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองโดยใช้ข้อมูลที่รับมา ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมทั้งหมดจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ รายการวิทยุหรือโทรทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ เป็นต้น ข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญ ได้แก่ แพทย์หรือพ่อแม่ และข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับอาการของโรคและประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลอื่น ๆ เป็นพื้นฐานในการจัดการกับความเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการกับความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย ทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งสิ้น

แนวคิดสามัญสำนึกของเลเวนทาล (Leventhal, 1980) นี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย 5 ประเด็น ได้แก่ การรับรู้สาเหตุของโรคหรือความเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วย การรับรู้การปฏิบัติและการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้น และการรับรู้ระยะเวลาของการเป็นโรคหรือเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง หากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเรื่อง การเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยจะตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรเทาหรือหายจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติ ไม่ตระหนักถึงอันตรายหรือเพิกเฉยต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ย่อมไม่เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเป็นโรคหรือเจ็บป่วย ในขณะที่โรคหรือความเจ็บป่วย ยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลให้โรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ๆ ทวีความรุนแรงและรวดเร็วเพิ่มมากขึ้น

จากแนวคิดสามัญสำนึกของเลเวนทาล (Leventhal, 1980) การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต โดยเลือกศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าวนี้สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและส่งเสริมการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้
2. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจและให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิต
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น
4. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนตุลาคม 2550 ถึงเดือนเมษายน 2551

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค

พฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค

พฤติกรรมจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรตาม คือ การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

การรับรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วยเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Consequences) ระยะเวลาของการเป็นโรคและเจ็บป่วย (Timeline) การปฏิบัติและจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมและรักษาโรค (Control/Cure) ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity)

พฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด หมายถึง กิจกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยครอบคลุมพฤติกรรมตรวจสอบยา พฤติกรรมมารับประทานยาตามหลักการ ประกอบด้วย ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธีตามแผนการรักษาของแพทย์ พฤติกรรมการไม่หยุดยาเองหรือลดขนาดยาเอง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มรับประทานยา รวมทั้ง พฤติกรรมมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษา การรับยารักษาโรคความดันโลหิตและการตรวจวัดความดันโลหิตตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง กิจกรรมในการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมความดันโลหิตโดยครอบคลุมในเรื่อง การประกอบอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร การใส่เครื่องปรุงรส การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และ ปริมาณของอาหารที่ควรได้รับต่อวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด หมายถึง กิจกรรมในการเผชิญความเครียด โดยมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและวิธีการผ่อนคลายความเครียด รวมถึง การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping) (Jalowiec, 1988)

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการลด งด หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลในการเพิ่มความรุนแรงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มชา กาแฟ สุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการควบคุมน้ำหนักตัว

การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ คือ ค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับหรือสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งวัดโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometers) ที่ได้รับการตรวจเช็คตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ โดยวัดจากหลอดเลือดแดงบริเวณเหนือข้อพับศอก (Brachial Artery) ในระดับหัวใจ ในท่านั่ง หลังจากผู้ป่วยได้นั่งพักแล้วอย่างน้อยประมาณ 5 นาที วัดซ้ำ จำนวน 2 ครั้ง กรณีที่ค่าความดันโลหิตทั้ง 2 ครั้งแรกได้ค่าแตกต่างกันมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำอีก 1 ครั้ง หลังจากนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที หลังจากนั้น นำค่าความดันโลหิต 2 ค่า ที่ใกล้เคียงกันมาหาค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก