

**ชื่อเรื่อง** ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา : อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม

วัชรระ เล็กพิทยา\*

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาตัวแปรระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น (Alpha = 0.72) จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จำนวน 382 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสมการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า 1) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ( $r=0.681, P<0.01$ ) 2) ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.497, P<0.01$ ) 3) ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรค ( $r=0.337, P<0.01$ ) และ 4) ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.281, P<0.01$ ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ โดยด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า 1) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ( $\beta=0.600, P<0.01$ ) 2) ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta=0.334, P<0.01$ ) และ 3) ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta=0.171, P<0.05$ ) ตามลำดับ

ประโยชน์ที่ได้รับ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนำข้อมูลที่พบ มุ่งสร้างการรับรู้ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยอย่างตรงประเด็นและต่อเนื่องควบคู่กับการรักษาด้วยยา มีการพัฒนาวิถีในการให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์เพื่อสร้างความครอบคลุมเพิ่มการเข้าถึงได้สะดวกขึ้น ควบคู่กับการให้ความรู้ในการเสพสื่อออนไลน์ต่างๆ ด้วย เพราะมีผลิตภัณฑ์มากมายที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมากขึ้น

\* แพทย์อายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

**คำสำคัญ:** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกัน

## Abstract

This study is a survey research to study the variables between health belief model. 1) Perception of severity of stroke. 2) Perception of risk of stroke. 3) Perception of benefits of stroke prevention. 4) Perception of barriers to stroke prevention and motivators to practice. Which are related to and affect stroke prevention behavior in hypertensive patients. Data were collected using a questionnaire that passed the validity and reliability test. (Alpha = 0.72). From hypertensive patients under 60 years old. In Mueang Samut Songkhram District, 382 people. Data were analyzed using descriptive statistics. Frequency, percentage, standard deviation. Hypothesis was tested using Pearson's correlation and multiple regression.

The results of the study found that 1) factors that motivators to practice. ( $r=0.681, P<0.01$ ) 2) health beliefs model of perceived severity of stroke. ( $r=0.497, P<0.01$ ) 3) health beliefs model of perceived benefits of disease prevention. ( $r=0.337, P<0.01$ ) 4) health beliefs model of perceived risk of stroke. ( $r=0.281, P<0.01$ ) were significantly related to stroke prevention behavior. Factors that influence stroke prevention behavior. 1) factors that motivators to practice. ( $\beta=0.600, P<0.01$ ) 2) health beliefs model of perceived severity of stroke. ( $\beta=0.334, P<0.01$ ) 3) health beliefs in terms of perceived benefits. ( $\beta=0.171, P<0.05$ )

Benefits received Medical and public health personnel used the found data to create awareness for patients in a direct and continuous manner, along with drug treatment. Developing methods of providing knowledge through the online world to create coverage and increase accessibility should also provide knowledge on consuming various online media because there are many products that cause more complications.

**Keyword:** Health belief patterns, stroke, preventive behaviors

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรืออัมพาต เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉียบพลันชนิดหนึ่ง เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือมีเลือดออกในสมอง ส่งผลให้เลือดไม่สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้ เมื่อเซลล์สมองขาดออกซิเจน จะส่งผลให้สมองตายจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ถือเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปี 2562 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 110 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน มีการประเมินว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกอยู่ที่ 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าสูงมาก (World Stroke Organization, 2022)

สถานการณ์ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยมีผู้ป่วย 293,463 คน ปี พ.ศ.2560 มีผู้ป่วย 304,807 คน และปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วย 331,086 คน อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.31 หรือประมาณ 30,000 คนต่อปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพและความพิการขั้นรุนแรง กลายเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมถึงยังเป็นภาระของชุมชน ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2561) ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 1,629 บาทต่อคน ส่วนผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 29,571 บาทต่อคน คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้นเกือบ 3,000 ล้านบาทต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) นอกจากนี้ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจแล้ว ยังพบปัญหาของตัวผู้ป่วยเอง แม้ว่าจะรอดชีวิตมาได้ แต่ยังมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการเกิดความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อสาร ถึงร้อยละ 70 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ถึงร้อยละ 30 แม้ผู้ป่วยบางรายจะสามารถรักษาตนเองจนหาย แต่พบว่ามีผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู 5 ปีหลังจากป่วย มีโอกาสกลับมาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ถึงร้อยละ 25 ยัง ซึ่งการกลับเป็นซ้ำนี้จะส่งผลให้อัตราความพิการและการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ร้อยละ 50 เกิดภาวะซึมเศร้า อับอาย หมดหวังกับชีวิตไม่ยอมพบปะพูดคุยกับผู้อื่นหรือพยายามแยกตัวออกจากสังคม (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) ดังนั้นการป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุก่อนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากกว่าการตามรักษา

โรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ แบ่งเป็น 1) ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ เช่น เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ และ อายุ ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ นั้น ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นด้วย (สุภา เกตุสถิต, 2554) และ 2) ปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) จากรายงานของสถาบันประสาทวิทยา พบว่า สาเหตุหลักๆ คือเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 40 และยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.2 มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 18.4

และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.9 ตามลำดับ (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) แม้ว่าในอดีตที่ผ่านมาอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่สำคัญ คือ ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นตามอายุและมักเกิดในผู้สูงอายุ สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายซึ่งเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แต่ในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในช่วงอายุ 30-69 ปี ถึงร้อยละ 50 (กองยุทธศาสตร์และวางแผน, 2562) แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่อายุน้อยส่งผลให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น โดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 80 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) ดังนั้นการให้ความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นภารกิจที่สำคัญเป็นลำดับต้น

จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ จากข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2567 ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ เพียงร้อยละ 45.08 และผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 33.83 ซึ่งในปี 2565 และ 2566 ที่ผ่านมาก่ออยู่ในอัตราความสำเร็จที่ใกล้เคียงกัน คือ มีผู้ป่วยที่ไม่ถึงครั้งที่สามารถคุมโรคได้ตามเกณฑ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2567) มาตรการในการจัดการโรคเรื้อรังจึงถูกกำหนดให้เป็นโครงการหลักของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการขับเคลื่อนโครงการชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs และมีการขับเคลื่อนชุมชน ลดเค็ม ลดโรค ทว่าทั้งจังหวัดแต่ก็ยังคงพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ปี พ.ศ.2564-2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 518 ราย 489 ราย และ 630 ราย ตามลำดับ ซึ่งทำให้เห็นแนวโน้มที่มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าปัญหาโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาอีกด้วย

ผู้วิจัยในฐานะแพทย์อายุรกรรม ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า รับผิดชอบผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ทั้งในโรงพยาบาลเองและในฐานะแพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากประสบการณ์ในคลินิกที่รับผิดชอบทั้งจากการพูดคุย การสังเกต พบว่า ประเด็นสำคัญ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความรู้ในเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเอง สิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้จะส่งผลให้เขามีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไม่เหมาะสม เช่น การเข้าใจผิดในการใช้ยา การรับประทานอาหารที่เอื้อต่อการเกิดโรค ขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974, Becker & Maiman, 1975) เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อจะได้นำปัจจัยสำคัญที่พบมากำหนดแนวทางในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนำไปปฏิบัติ ซึ่งนอกจากสามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตได้แล้ว ยังช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่มีระดับความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกจะสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 40 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)



## ขอบเขตการวิจัย/ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาความสัมพันธ์และความมีอิทธิพลระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน และสมการถดถอยพหุคูณ

## สถานที่วิจัย

พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และศูนย์แพทย์ชุมชน ทั้ง 23 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม

## นิยามศัพท์

**ความรู้** หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ จากประสบการณ์ ความเชื่อ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ หรือเกิดจากการเรียน การฝึกอบรม ต่างๆ สามารถจดจำและเข้าใจในสิ่งนั้นๆ ได้

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility: PS2)** การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al., 1960)

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity: PS2)** หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

**การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits: PB1)** หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะ

ปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

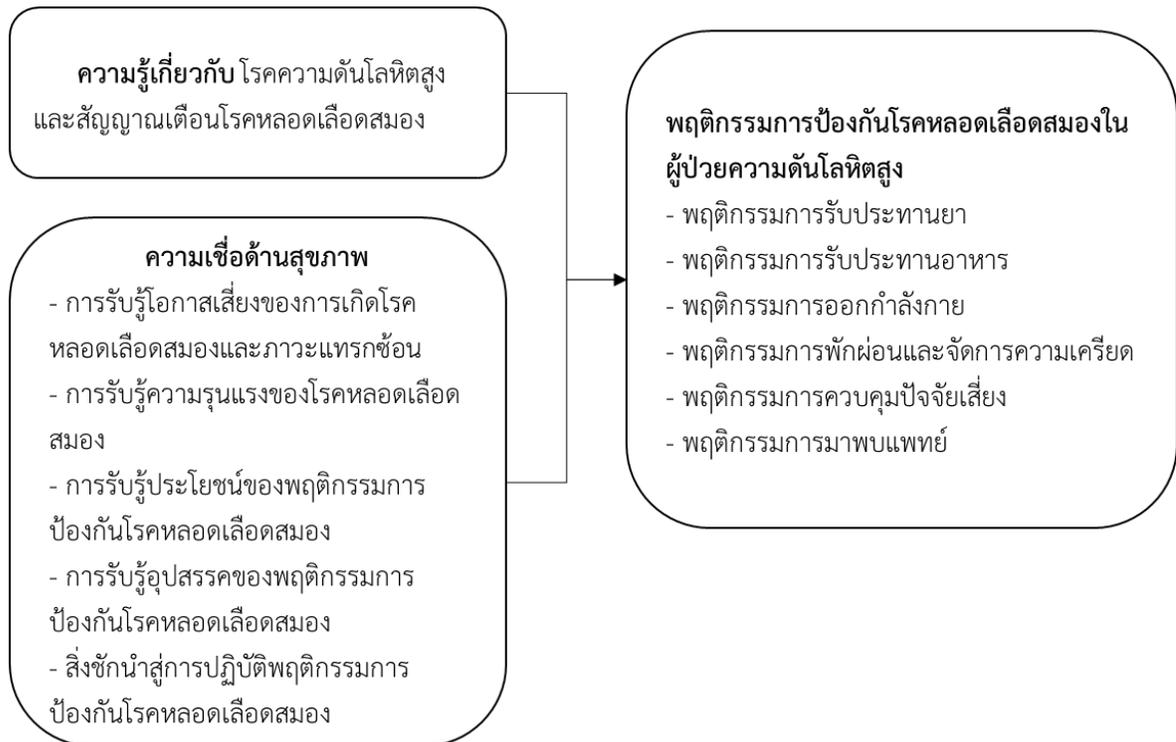
**การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers: PB2)** หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นเรื่องที่ยากลำบาก เพราะต้องซื้อจากบุคคลอื่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

**สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action: CA)** หมายถึง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือสัตว์เลี้ยง เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคคลในครอบครัว สามี ภรรยา บิดา มารดา เพื่อน อินฟลูเอนเซอร์ เป็นต้น

**พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Self-protection behaviors: SPB)** หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานยาว่าถูกต้องครบถ้วนตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ หรือเคยมีการหลงลืมการรับประทานยาหรือไม่ 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น การควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม รสหวาน ของผัดของทอด อาหารแปรรูปต่าง 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ว่ามีการออกกำลังกาย มีความเหมาะสม เพียงพอหรือไม่อย่างไร 4) พฤติกรรมการพักผ่อนและจัดการความเครียด เช่น ระยะเวลาในการนอน และช่วงเวลาในการนอน หรือการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่อมีสิ่งเร้าต่างๆ มากกระทบ 5) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การสังเกตอาการต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลง เช่น การวัดความดัน การชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเอวอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา 6) พฤติกรรมการมาพบแพทย์ ว่ามาพบแพทย์ตามนัดหรือไม่

## กรอบแนวคิดงานวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974) และ (Becker & Maiman, 1975) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



## การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและศูนย์แพทย์ชุมชน ทั้ง 23 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมารับบริการ 2 ครั้งขึ้นไป ในปี พ.ศ.2567 จำนวน 8,238 คน (HDC, 2567)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรการคำนวณของทาโรยามาเน่ (Yamane, 1973) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample Sampling) โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน โดยแบ่งเป็นสัดส่วนตามจำนวนผู้ป่วยแต่ละพื้นที่เพื่อให้การสุ่มมีความครอบคลุมมากที่สุด

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 6 เดือนขึ้นไป
2. มีอายุน้อยกว่า 60 ปี
3. ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
4. สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย
2. มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อในเครือข่าย น้อยกว่า 2 ครั้ง

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ตามแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคที่เกิดร่วม ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check list) มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน ๑๑ ข้อ

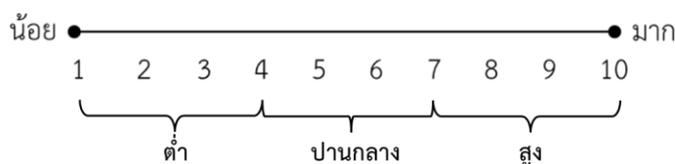
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ แบบ ๔ ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนนเต็มแต่ละข้อ 1 คะแนน

ตอบ ถูก	ให้ 1 คะแนน
ตอบ ผิด	ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้ในรายประเด็น โดยรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนน้อยกว่า 0.00 - 0.33 คะแนน	คือ มีความรู้ระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 0.34 - 0.67 คะแนน	คือ มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า 0.68 - 1.00 คะแนน	คือ มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 สำหรับส่วนที่ 3 คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตอำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ ส่วนที่ 4 คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 50 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้มาตรวัดแบบกราฟฟิก (Graphic scale) ร่วมกับ มาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 10 ระดับ เพื่อให้มีความเป็นเป็นเชิงเส้นมากที่สุด (Linear) สามารถนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณได้แม่นยำมากขึ้น ดังนี้



## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. พิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม

1) ศึกษาหลักการ ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามวิธีของลิเคิร์ทและแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ

2) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม (Index of item objective congruence: IOC) แล้วเลือกคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.6 มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3) นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำไปทดลองใช้ต่อไป

### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 ตัวอย่าง

2) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

2) ทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงครามและศูนย์แพทย์ทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และแจกแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์แพทย์ ตามจำนวนสัดส่วนที่สุ่มได้ในแต่ละพื้นที่

3) เมื่อแบบสอบถามถูกส่งคืนผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด จัดหมวดหมู่ใส่รหัสเพื่อนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยเกณฑ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคือค่าจะต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 ยิ่งค่ามีค่าเข้าใกล้ 1 มากเท่าใดแสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล (สุวรรีย์ ศิริโกคาภิรมย์, 2546)

## 2. การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2) วิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) วิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4) วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

## 3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้เป็นสถิติในการทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลขนาดของความสัมพันธ์ของบาร์ทซ์ (Bartz, 1999) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ทางบวก	ค่าสหสัมพันธ์ทางลบ	ความหมาย
0.81 ถึง 1.0	-0.81 ถึง -1.0	สูงมาก
0.61 ถึง 0.80	-0.61 ถึง -0.80	สูง
0.41 ถึง 0.60	-0.41 ถึง -0.60	ปานกลาง
0.21 ถึง 0.40	-0.21 ถึง -0.40	ต่ำ
0.0 ถึง 0.20	0.0 ถึง -0.20	ต่ำมาก

2) การวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตรวจสอบความคาดเคลื่อนต้องมีการกระจายตัวแบบปกติหรือไม่ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov<sup>3</sup> ต้องมีค่า Sig มากกว่า 0.05 ตรวจสอบปัญหาสหสัมพันธ์ (multicollinearity) จะต้องมี ค่า VIF มีค่าน้อยกว่า 5 และ ต้องมีค่า Tolerance มากกว่า 0.2 ทั้ง 3 ค่าต้องอยู่ในเกณฑ์จึงไม่

เกิดปัญหา multicollinearity ใช้วิธีการนำเข้า (Enter) ทดสอบโมเดล อนโนวา (Model ANOVA<sup>a</sup>) เพื่อทดสอบความเหมาะสม (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2543)

### จริยธรรมในงานวิจัย

ได้รับการพิจารณาอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เลขที่ 012/2567 วันที่ 25 ตุลาคม 2567

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 382 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 เป็นเพศชาย 129 คิดเป็นร้อยละ 33.8 มีช่วงกลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 รองลงมา 41-50 ปี 63 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 และกลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 77.2 รองลงมามีสถานภาพโสดจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 และสถานภาพหม้าย หย่า แยก จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษา 153 คน คิดเป็นร้อยละ 40.1 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น 111 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. 53 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 ปริญญาตรี 51 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 และ ปวส./ อนุปริญญา 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน/ พนักงานโรงงาน 148 คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมา รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 มีอาชีพเกษตรกร/ ประมง/ นาเกลือ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 มีอาชีพค้าขาย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 และไม่มีอาชีพ เป็นแม่บ้านพ่อบ้าน จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 72.3 มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 และมีรายได้ไม่พอใช้และเป็นหนี้ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงนาน 1-5 ปี จำนวน 287 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1 ป่วยมาเป็นระยะเวลา 11-15 ปี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6-10 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 และป่วยมานานกว่า 20 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธโรคร่วม จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 ป่วยร่วมกับโรคเบาหวาน จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 และป่วยร่วมกับโรคหัวใจ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6

สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง และสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและระดับการรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ดังตารางที่ 1-3

**ตารางที่ 1** แสดงระดับความรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายประเด็นข้อคำถาม

ประเด็น	Mean	S.D.	ระดับ
ค่าความดันโลหิตของคนปกติ	0.74	0.140	สูง
ความรู้เกี่ยวกับค่าความดันโลหิตที่วัดได้ด้วยตนเอง	0.72	0.143	สูง
สาเหตุที่อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้	0.76	0.212	สูง
ปัจจัยด้านบุคคลที่อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	0.57	0.137	ปานกลาง
การติดตามรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง	0.82	0.135	สูง
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	0.56	0.297	ปานกลาง
อาการเตือนว่าอาจเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.61	0.288	ปานกลาง
การสังเกตเพื่อประเมินเบื้องต้นว่าอาจเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.66	0.274	ปานกลาง
การปฏิบัติตัวเมื่อพบความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	0.38	0.181	ต่ำ
เบอร์โทรสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน	0.97	0.130	สูง
<b>รวม</b>	<b>0.68</b>	<b>0.170</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (mean=0.68, S.D.=0.170) โดยประเด็นเบอร์โทรสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับสูงสุด (mean=0.97, S.D.=0.130) รองลงมาคือ ประเด็นการติดตามรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง (mean=0.82, S.D.=0.135) และ สาเหตุที่อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (mean=0.76, S.D.=0.212) ตามลำดับ และประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติตัวเมื่อพบความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (mean=0.38, S.D.=0.181) และ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (mean=0.56, S.D.=0.297)

**ตารางที่ 2** แสดงระดับของการรับรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายประเด็น

	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	7.67	1.617	สูง
การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	8.36	1.577	สูง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	8.16	1.638	สูง
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.22	2.032	ต่ำ
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	8.45	1.398	สูง
<b>รวม</b>	<b>7.17</b>	<b>1.647</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (mean=7.17, S.D.=1.647) โดยการรับรู้ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูงสุด (mean=8.45, S.D.=1.698) รองลงมา คือการรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (mean=8.36, S.D.=1.577) และ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (mean=8.16, S.D.=1.638) ตามลำดับ

**ตารางที่ 3** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายประเด็นพฤติกรรม

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	S.D.	ระดับ
- พฤติกรรมการรับประทานยา	8.18	1.489	สูง
- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	3.99	1.632	ต่ำ
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย	6.90	2.361	ปานกลาง
- พฤติกรรมการพักผ่อนและจัดการความเครียด	6.79	2.615	ปานกลาง
- พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.39	1.491	ต่ำ
- พฤติกรรมการมาพบแพทย์	8.07	1.383	สูง
<b>รวม</b>	<b>6.22</b>	<b>1.657</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง (mean=6.22, S.D.=1.657) โดยพฤติกรรมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง อยู่ในระดับสูงสุด (mean=8.18, S.D.=1.489) รองลงมา คือ พฤติกรรมการมาพบแพทย์ (mean=8.07, S.D.=1.383) และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย (mean=6.90, S.D.=2.361) ตามลำดับ โดยประเด็นที่มีคะแนนต่ำสุด คือ พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเอว รวมถึงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา (mean=3.39, S.D.=1.491)

สรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

	PS1	PS2	PB1	PB2	CA	SPB
การรับรู้ความเสี่ยง (PS1)	1					
การรับรู้ถึงความรุนแรง (PS2)	.745**	1				
การรับรู้ถึงผลประโยชน์ (PB1)	.799**	.842**	1			
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกัน (PB2)	-0.017	-0.004	-0.019	1		
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (CA)	.427**	.625**	.500**	-.174**	1	
พฤติกรรมการป้องกัน (SPB)	.281**	.497**	.337**	0.093	.681**	1

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันมากที่สุด ( $r=0.681$ ) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.497$ ) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรค ( $r=0.337$ ) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.281$ ) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ตามลำดับ โดยการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ดังตาราง 8

**ตารางที่ 5** ค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>	Sig.
ค่าความคลาดเคลื่อน	1.278	0.077

จากตารางที่ 5 เป็นการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนว่าการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ ซึ่งผลการทดสอบ พบว่า ค่า Sig > .05 สรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนว่าการแจกแจงแบบปกติ สามารถใช้สถิติ parametric ต่อไปได้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มปัจจัยด้านต่างๆ ทั้ง 5 ปัจจัย เพื่อหาว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้ง 5 ตัวแปร ตัวแปรใดเป็นตัวพยากรณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีที่สุดเพื่อจะนำผลไปสร้างเสริมและส่งเสริมสุขภาพได้ตรงประเด็น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter ซึ่งผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 6-9

ตารางที่ 6 ทดสอบความเหมาะสมของโมเดล Anova<sup>a</sup>

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	512.788	5	102.558	72.272	.000 <sup>b</sup>
	Residual	533.562	376	1.419		
	Total	1046.351	381			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นการทดสอบ โมเดล อโนวา ประกอบด้วยสัดส่วนของข้อมูลที่อธิบายได้และอธิบายไม่ได้ ปรากฏว่าได้ ค่า F เท่ากับ 72.272 ; P Value เท่ากับ .00 หมายความว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวแปรส่งผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม แสดงว่าโมเดลนี้มีความเหมาะสมในการทำนาย

ตารางที่ 7 ทดสอบความสามารถในการทำนาย

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.700 <sup>a</sup>	<b>0.490</b>	0.483	1.19124

จากตารางที่ 7 แสดงความสามารถในการทำนายหรืออธิบายปัจจัยหรือตัวแปรอิสระ โดยได้ค่า R Square เท่ากับ 0.490 หมายความว่าโมเดลนี้สามารถอธิบายตัวแปรเชิงสาเหตุ คือ (1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ (5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีตัวแปรตัวแปรเชิงผลคือ พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 49.0 โดยมีความแปรปรวนอีกร้อยละ 51.0 ที่ต้องอธิบายด้วยปัจจัยอื่น

ตารางที่ 8 ค่าความเป็นอิสระต่อกันของปัจจัย

ประเด็นการรับรู้	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.342	2.922
การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.221	4.528
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.224	4.455
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.949	1.053
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.575	1.738

จากตารางที่ 8 เป็นการวิเคราะห์ค่า ค่า Tolerance และค่า VIF ปรากฏว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า Tolerance มากกว่า 0.2 และมีค่า VIF น้อยกว่า 5 นั้นแสดงได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความเป็นอิสระต่อกัน สามารถนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Regression ต่อไป

**ตารางที่ 9** แสดงค่า  $\beta$  ของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตัวแปรพยากรณ์	b	SEb	$\beta$	t	Sig.
ค่าคงที่	0.522	0.390	-	1.336	0.182
การรับรู้ถึงความเสี่ยง	-0.099	0.065	-0.097	-1.537	0.125
การรับรู้ถึงความรุนแรง	0.351	0.082	0.334	4.262**	0.000
การรับรู้ถึงประโยชน์	0.173	0.079	0.171	2.203*	0.028
การรับรู้ถึงอุปสรรค	-0.001	0.034	-0.002	-0.042	0.966
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	0.585	0.047	0.600	12.348**	0.000

จากตารางที่ 9 พบว่า จากการนำตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว เข้าในสมการแล้วคำนวณโดยใช้วิธี Enter ผลปรากฏว่า ในบรรดาตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว มีตัวแปร 3 ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .05 ตามลำดับ ได้แก่ 1) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta=0.600, P<0.01$ ) 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta=0.334, P<0.01$ ) และ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta=0.171, P<0.05$ )

### อภิปรายผล

**ระดับความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะให้ความสำคัญกับโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยนี้พบประเด็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่รู้ว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยโรคหลอดเลือด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสงคราม จำเป็นต้องส่งเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายควรทำอย่างไรเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

**สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ** มีความสัมพันธ์และส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เมื่อมีสิ่งชักนำอย่างต่อเนื่องจากสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งชักนำจากบุคคล สิ่งชักนำจากสังคม สิ่งชักนำจากสื่อในรูปแบบต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เช่น การที่บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในครอบครัวได้ และบุคคลในครอบครัวให้กำลังใจในการ

รักษา มีการกระตุ้นให้ไปหรือพาไปพบแพทย์ตามนัด การรับประธานยาให้ถูกต้อง หรือการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นเอง จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น จากงานวิจัยนี้เมื่อวิเคราะห์ รายประเด็นพบว่าสิ่งชักนำด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (พยาบาล แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ตามลำดับ) ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เติบสูงเนิน และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2560) ศึกษาระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับ นันทนาถ ช่วยสกุล (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมประเด็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง และ สอดคล้องกับ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2564) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของบุคลากรมหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังพบว่า กลุ่มอินฟลูเอนเซอร์ (Influencer) หรือเน็ตไอดอลหรือดารานักแสดง ในโลกออนไลน์ มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน

**การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง** มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นอาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ระดับความรุนแรงที่บุคคลรับรู้ นั้น จะกระตุ้นเราให้บุคคลกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ถ้าไม่กระทำอะไรสักอย่างการเจ็บป่วยนั้นจะทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งหากบุคคลไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำในการป้องกันโรค และควบคุมโรคจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว กังวล ว่าอาจเกิดบางสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเจ็บป่วยมากขึ้น เกิดการลุกลาม จึงลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรค** มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภนตพา จันทร์นวล (2561) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคคลเกือบทุกกลุ่มเมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ใดๆ ที่ตนเองจะได้รับจากการกระทำใดกระทำหนึ่งโดยไม่ยากลำบากมากเกินไปบุคคลนั้นจะกระทำเพื่อจะได้รับผลประโยชน์นั้นๆ เสมอ

**การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษา ของ เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก บุญจันทร์ วงศ์สุนทรัพย์ อูมาพร อุดมทรัพย์ากุล และเฉลิมศรี นันทวรรณ (2553) ที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าตนเองยังอายุไม่ถึง 60 ปี ยังไม่จำเป็นต้องกังวลเรื่องโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรืออาจยังขาดการรับรู้ถึงว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์และส่งผลโดยตรงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

**พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง** จากงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังไม่ปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการรับประทานอาหาร ด้วยมีข้อจำกัดในการปรุงอาหารรักษา ความไม่สอดคล้องต่อการประกอบอาชีพที่ต้องรีบเร่ง การประกอบอาชีพที่ต้องทำงานเป็นกะเป็นเวร ต้องสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มกาแฟของสำเร็จรูป ซึ่งเป็นปัจจัยคุกคามที่ควบคุมยาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุริยะ นันทะสุนันท์ (2565) ที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนอกจากต้องสร้างการให้ความรู้ ยังต้องสร้างการรับรู้ถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ เพิ่มมากขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกและส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถนำไปเป็นข้อมูลจัดโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs Remission clinic) ในโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ควรมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ทั้งที่มารับบริการในสถานบริการและในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ โดยของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สปสช.) เพื่อให้ประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องไม่ให้เป็นกลุ่มป่วย ส่วนในกลุ่มป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้ เสริมสร้างความตระหนักและมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการวางแผนร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวร่วมทีมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** จากงานวิจัยนี้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในการชักนำผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มากกว่าปัจจัยอื่น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องใส่ใจในการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ กับผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่องควบคู่กับการรักษาด้วยยาและเวชภัณฑ์และจากผลการวิจัยยังพบว่า เน็ตไอดอลทางสื่อโซเชียลมีเดียมีอิทธิพลต่อกลุ่มผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์อาจต้องพัฒนาตนเองให้เป็นเน็ตไอดอลหรืออินฟลูเอนเซอร์ ให้ความรู้ที่ถูกต้องผ่านสื่อออนไลน์ เพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรเร่งสร้างการรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรเริ่มจากง่ายๆ ที่ผู้ป่วยจะกระทำได้ เช่น การลดความเค็มในอาหาร การลดแป้งเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน หรือ การค่อยๆ ลดการสูบบุหรี่ และชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยถ้าจะกระทำและชี้ให้เห็นโทษหรือความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยไม่กระทำ

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป** นำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในลักษณะวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 60 ปี

ควรศึกษาตัวแปรอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ว่ามีอุปสรรคอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีทั้งความรู้ที่ดี ทักษะที่ดี การรับรู้ที่ดี แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น อุปสรรคภายในตัวผู้ป่วยแรงขับภายใน หรือ อุปสรรคจากภายนอก เช่น อุปสรรคทางสังคม การชักจูงด้านลบจากสังคม เป็นต้น

## บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2561). สถิติสำหรับงานวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- นันทนาถ ช่วยสกุล. (2562). ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11. ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก, บุญจันทร์วงศ์สุนพรัตน์, อุมพร อุดมทรัพย์ากุล, และเฉลิมศรีนันทวรรณ. (2553). การรับรู้ ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในญาติสายตรงลำ ดับแรกของ ผู้ที่เป็นเบาหวาน. ราชกิจจานุเบกษา, 16(2), 169-184.
- ศกุนตพา จันทร์นวล. (2561, พฤษภาคม-สิงหาคม). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 21(2), 120-128.
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2564). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของบุคลากร มหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 422-431.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2556). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. (2567). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด. เข้าถึงจาก <https://skm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). แผนยุทธศาสตร์สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภา เกตุสถิตย์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สายฝน เต็บสูงเนิน, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2560). ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอ ปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32(5), 482-490.
- สุริยะ นันทสุนกนธ์. (2565). ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อค่าน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.
- สุวรีย์ ศิริโกคาภิรมย์. (2546). การวิจัยทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Cronbach, Lee J. (1951). Coefficient Alpha and The Internal Structure of Tests. *Psychometrika*. 16 (1951): 297-334.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.
- World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 January 2022  
*International Journal of Stroke* 17(1): 18-29.