

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

Prevention of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension:
The Correlations between Health Beliefs and Self-Care Behaviors

ชินกมล สิริยอด้ยง*

Chuenkamol Sittiyodying*

โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

Napalai Hospital, Samut Songkhram

(Received: April 24, 2022, Revised: May 18, 2022, Accepted: May 30, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 351 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่า CVI เท่ากับ 0.89 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 – 0.89 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงกุมภาพันธ์ 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดย Pearson's product moment correlation coefficient

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.55, S.D. = 0.55$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = -0.68, p < 0.01$) การรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$ และ $0.56, p < 0.01$)

ควรมีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดประสบการณ์ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นให้เห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคและร่วมกันหาแนวทางการป้องกันโรค

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: sittiyodying@gmail.com)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the relationships between health beliefs and self-care behaviors in the prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension. The sample consisted of 351 patients from Napalai Hospital in Samut Songkhram. Data were collected by using a questionnaire created by the researcher. Content validity of the questionnaire was verified by the 3 experts and the CVI was 0.89. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining values of 0.86 – 0.89. Data collection was carried out from December 2021 to February 2022. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation coefficient were used to analyze data.

The results revealed that overall self-care behavior in the prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension was at a moderate level ($M = 3.55$, $S.D. = 0.55$). Perceived susceptibility and disease severity were negatively and significantly correlated with self-care behavior in the prevention of stroke ($r = -0.68$, $p < 0.01$). Perceived benefits and preventive behavior, as well as perceived barriers to their implementation and health motivation, were positively and significantly correlated to their self-care behavior in the prevention of stroke ($r = 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$, and 0.56 , respectively, $p < 0.01$).

Per the findings, the health behavior modification program for patients with uncontrolled hypertension to prevent stroke should be run by increasing perceived benefits and reducing perceived barriers to disease prevention and mutually finding ways to prevent the disease.

Keywords: Self-care Behavior, Health Belief Model, Stroke, Patients with Uncontrolled Hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่ทำให้เกิดการขาดดุลทางระบบประสาทส่วนกลางอย่างกะทันหันอันเป็นผลมาจากการขาดเลือดหรือการตกเลือดที่เกิดขึ้นเองในสมอง (Brunner, 2010) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากทั่วโลกต้องทนทุกข์ทรมานจากคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงรุนแรงและนำไปสู่ผลกระทบทางสังคมและการรับรู้หลายอย่าง เช่น ปัญหาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม การเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ยาก อาการซึมเศร้า และอัมพาต (Adams, Schweitzer, Molenberghs & Henry, 2019) นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอีกด้วย โดยที่ประชุมเศรษฐกิจโลกและองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจะมีการสูญเสียมากกว่า 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในช่วงปี 2554 - 2568 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMIC) (Silberberg, Anand, Michels, & Kalaria, 2019)

อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง โดยในสหรัฐอเมริกาที่ผ่านมา (พ.ศ. 2513 - 2553) เพิ่มขึ้น 100% ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แต่ลดลง 42% ในประเทศที่พัฒนา

แล้ว (Feigin, Lawes, Bennett, Barker-Collo, & Parag, 2009) ล่าสุดมีข้อมูล พบว่า ทั่วโลกมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2019) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจร และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง รองจาก โรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราป่วยทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2559 พบจำนวน 451.39 และเพิ่มขึ้นเป็น 506.20 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 (Ministry of Public Health, 2019) สอดคล้องกับรายงาน สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราตาย เฉลี่ยจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 48.1 ต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความ รุนแรงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Division of Non-Communicable Disease, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม ระบุว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ และ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายน้อย โรคอ้วน แอลกอฮอล์ การไม่รับประทานยาลดความดันโลหิต ความดันโลหิต ที่ไม่สามารถควบคุมได้ การเป็นเบาหวาน และระดับคอเลสเตอรอล (Silberberg, Anand, Michels, & Kalaria, 2019; O'Donnell, Chin, Rangarajan, Xavier, Liu, & Zhang, et al, 2016; Owolabi & Agunloye, 2013; Li, Engstrom, Hedblad, Berglund, & Janzon, 2005; Li, Yang, Moullaali, Chen, Woodward, & Carcel, et al, 2019; Cummings, Letter, Howard, Howard, Safford, & Prince, et al, 2013) สอดคล้องกับ สมาคมหัวใจอเมริกันวางแผนที่จะลดโรคและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี 2020 โดยมุ่งเน้นไปที่ ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสำคัญ 7 ประการที่ลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ น้ำหนักตัว และการควบคุมของคอเลสเตอรอล ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด (Benjamin, Blaha, Chiuve, Cushman, Das, & Deo, et al, 2017) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สาเหตุด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ เกิดโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยา ไม่ไป พบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Siritawee, Lemsadikul, & Nuysr, 2018)

แนวทางการรักษาดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากเน้นที่การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แล้ว ยังรวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับ พฤติกรรมสุขภาพนี้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานเค็ม รับประทานอาหารที่มีผักเป็นหลัก ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ควบคุม ระดับไขมันในเลือด และมีการออกกำลังกาย (Lahkum & Intaranongpai, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ เกิดจากการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่าง ถูกต้องสม่ำเสมอจึงจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Ruangchaithaweesuk, Watcharanurak, & Klubklay, 2021) นอกจากนี้ผลการศึกษาวงการการดูแลสุขภาพ พบว่า มีปัจจัยหลาย

อย่างที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงผลประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต (Yoopan, Duangchan, & Jampole, 2017)

จากการศึกษาข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลนภลัย พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,600 คน ซึ่งเป็นอันดับที่ 1 ในเขตการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนภลัย โดยพบว่า ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีมากถึง 4,000 คน (ร้อยละ 85.73) และควบคุมความดันโลหิตได้เพียง 228 คน (ร้อยละ 20.15) และพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการสูญเสียชีวิต อันดับที่ 1 เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ (Napalai Hospital Center, 2021) ซึ่งจากการศึกษา พบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเกือบทั้งหมดมาจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ของหมักดอง กะปิ น้ำปลา ร่วมกับการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Ponchaimat & Sangkeang, 2020) จากปัญหาดังกล่าว พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้น ๆ แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความนึกคิด ความเข้าใจจนเกิดเป็นความเชื่อ (Belief) ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเรื่องนั้น ๆ ในครอบครัวหรือขยายสู่สังคมเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่มีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Boehme, Esenwa, & Elkind, 2017) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคของบุคคลคือ บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องมีประโยชน์และรับรู้ว่าคุณไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นนั้นด้วยเหตุใด การรับรู้เหล่านี้เป็นแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของบุคคล (Becker, 1974)

การศึกษารุ่นนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีการกระทำ การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคนั้น ๆ การให้ความร่วมมือในการรักษาโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติเพื่อเข้าในระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง (Duangkaew & Sirasoonthorn, 2017) การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาหรือให้ความร่วมมือในการรักษาได้นั้น โดยบุคคลต้องมีความเชื่อในด้านสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกัน (Singco, Changmai, & Toskullkao, 2020) ที่เชื่อมโยงถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลที่สำคัญในการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์วิจัย

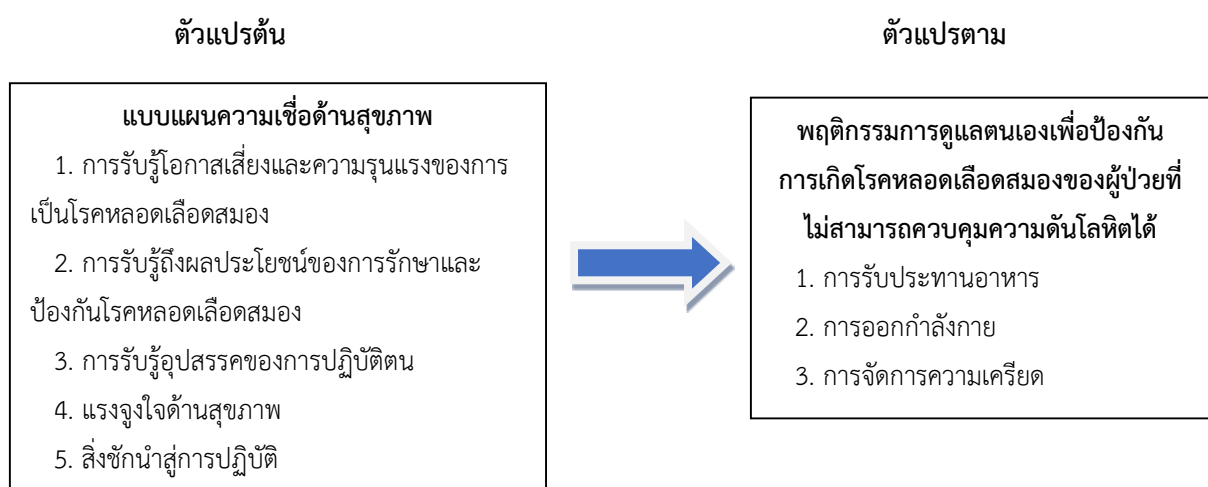
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานของการวิจัย

แบบแผนความเชื่อของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยศึกษาแบบแผนความเชื่อของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามแนวคิดของ Becker (1974) ได้ประยุกต์ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เนื่องจากว่าความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวสามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องตามแนวคิดของ Becker (1974) 5 ด้าน เพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาในระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่สามารถทำให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน จำนวน 4,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นมาอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม นานกว่า 6 เดือน โดยไม่มีโรคร่วมอื่นๆ และภาวะของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
2. อายุระหว่าง 40 – 60 ปี
3. ไม่มีภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง
4. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ Krejcie & Morgan (1970) กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กยอมรับโดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 351 คน นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Simple random sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกแบบจับฉลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและเป็นมานานอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 351 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสถานะทางสุขภาพผู้วิจัยได้สร้างเอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติของร่างกาย และสิทธิการรักษาพยาบาล
2. แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย Muanmee

(2017) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย Muanmee (2017) มีการวัด 5 ระดับ คือ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และด้านการพยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89 และนำไปหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 – 0.89 (Polit & Beck, 2012)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลนภลัยที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยจะสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
3. การตอบแบบสอบถามการวิจัย ใช้เวลาตอบ ประมาณ 30 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบและรวบรวมไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งประกอบด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดย Pearson's product moment correlation coefficient

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เอกสารเลขที่รับรอง 3/2564 ลงวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.61 โดยมีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.63 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.72 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.54 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.60 มีรายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท

ต่อเนื่อง และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.34 ปี ($S.D. = 2.25$) โดยมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอยู่ระหว่าง 5 - 9 ปี ร้อยละ 59.33 มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 55.91 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 42.52

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกเป็นรายด้าน ($n=351$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้	M	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการบริโภคอาหาร	3.28	0.31	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.18	0.65	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการความเครียด	3.09	0.56	ปานกลาง
4. ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	3.88	0.68	มาก
โดยภาพรวม	3.35	0.55	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.35, S.D. = 0.55$) โดยด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($M = 3.88, S.D. = 0.68$) และรองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 3.18, S.D. = 0.65$)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกเป็นรายด้าน ($n=351$)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับพฤติกรรม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.68	0.61	ปานกลาง
การรับรู้ผลประโยชน์การรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.54	0.72	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	3.45	0.65	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	3.88	0.45	มาก
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	3.55	0.55	ปานกลาง
ภาพรวม	3.53	0.49	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.53$, $S.D. = 0.49$) ส่วนรายด้านที่อยู่ในระดับมาก คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ($M = 3.88$, $S.D. = 0.45$) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($M = 3.68$, $S.D. = 0.61$) ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ($M = 3.55$, $S.D. = 0.55$) ด้านการรับรู้ผลประโยชน์การรักษา และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($M = 3.54$, $S.D. = 0.72$) และด้านการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ ($M = 3.45$, $S.D. = 0.65$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสาคร ($n=351$)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	-0.68	<.001**	ปานกลาง
2. การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.58	<.001**	ปานกลาง
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	0.45	<.001**	ต่ำ
4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ	0.76	<.001**	ปานกลาง
5. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	0.52	<.001**	ปานกลาง
ภาพรวม	0.56	<.001**	ปานกลาง

** $p < 0.01$

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -0.68$) ส่วนการรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = 0.52$ และ 0.76) สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = 0.45$) และภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r=0.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.35$, $S.D. = 0.55$) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.63 โดยมีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.61 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและคนในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างนี้จะมุ่งเน้นการทำงานเพื่อหารายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ขาดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palitnont, & Sriarun, & Chadlee, Jantong, Janpurn, & Chaisunan, et al (2018) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana (2017) ด้วยเช่นกัน

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและต้องรักษาโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Banyen & Sudta (2020) พบว่า การรับรู้ภาวะหลอดเลือดสมองภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่ง Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อร่างกายจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

2.2 การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของการรักษาและป้องกันโรค เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ จะยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เช่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และการพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ไม่เกิดโรคจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งตรงกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) ซึ่งกล่าวไว้ว่าการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ หลีกเลี่ยงโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค

2.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.45$) เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากขึ้น เช่น ไปพบแพทย์ตามนัดถึงแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางรวมไปถึงการที่ต้องสูญเสียรายได้ หรือการรบกวน เป็นไปตามแนวคิดของ Becker (1974) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ดีมากกว่าผลเสียพบแพทย์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Purateeranrath & Wongpiriyayothar (2019) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

2.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้น ยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น เช่น การ ที่บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคล ในครอบครัว ได้ ครอบครัวมีการกระตุ้นให้ไปพบ แพทย์ตามนัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลมีพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่าสิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิด พฤติกรรมที่ต้องการออกมาระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพที่กล่าวว่า สิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติเป็น เหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับ สุขภาพ (Interested in and concern about health matters) อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในบุคคล โดยมีสาเหตุ มาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก คือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) เป็น เหตุการณ์ หรือสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมี ความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

2.5 การรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.52$) อยู่ระดับปานกลาง คือ ไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิด ความเจ็บป่วย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังรับรู้ไม่เพียงพอว่า การไปพบแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ดีกว่าปล่อยให้โรคที่รุนแรงแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana (2017) ที่พบว่าสิ่งชักนำไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.6 ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากการศึกษา ครั้งนี้ พบว่า ภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.56$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Loussug, Lawang, & Homsin (2019) ที่พบว่าองค์ประกอบ 5 ภาพรวม ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อ หรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติ นั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคช่วยลดความรุนแรงของโรค การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะมีผลทำให้เกิดความตระหนักหรือรับรู้ว่ามีปัญหา ทางสุขภาพของตนในขณะนี้เป็นเรื่องที่สำคัญจึงต้องแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะ คุกคามเหล่านั้นอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพครอบครัว และชุมชน ในการนำไปออกแบบระบบการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. คลินิกโรคเรื้อรังและแผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดประสบการณ์ จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นให้เห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคและร่วมกันหาแนวทางการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบของการสร้างเสริมสนับสนุนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข
2. ควรศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้นหรือทดสอบประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้
4. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำผลไปวางแผนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

References

- Adams, A. G., Schweitzer, D., Molenberghs, P., & Henry, J. D. (2019). A meta-analytic review of social cognitive function following stroke. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 102, 400–416. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.03.01>.
- Banyen, B., & Sudta, W. (2020). Perception of stroke in hypertensive patients Makhamlom sub-district, Suphan Buri province. *Journal of Safety and Health*, 13(1), 93-101.
- 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). New York: Charles B. Slack.
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., & Deo, R., et al. (2017). American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee, heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the american heart association. *Circulation*, 135(10), e146–e603. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>.
- Boehme, A. K, Esenwa, C, & Elkind, M. S. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472-495.
- Brunner L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (12^{ed}). Vol. 1. 2010: Lippincott Williams & Wilkins.

- Cummings, D. M., Letter, A. J., Howard, G., Howard, V. J., Safford, M. M., & Prince, V., et al. (2013). Medication adherence and stroke/TIA risk in treated hypertensives: Results from the regards study. *Journal of the American Society of Hypertension*, 7(5), 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2013.05.002>.
- Division of Non-Communicable Disease. (2020). *Annual report 2020*. Nonthaburi: The Office of Disease Prevention and Control. (in Thai)
- Duangkaew, T. & Sirasoonthorn, P. (2017). An application of marshall H. Becker's health belief model [HBM] in the study of hypertension patients in urban communities in Phitsanulok. *Naresuan University Journals*, 10(3), 101-113.
- Feigin, V. L., Lawes, C. M., Bennett, D. A., Barker-Collo, S. L., & Parag, V. (2009). Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: A systematic review. *The Lancet. Neurology*, 8(4), 355–369. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70025-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70025-0).
- Jangwang, S., Pittayapinune, T., & Chutipattana, N. (2017). Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(1), 110-128.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.
- Lahkum, S. & Intaranongpai, S. (2017). Relationship between health belief perception and stroke prevention behavior in high risk patients in Nuea Mueang sub-district, Mueang district, Roiet Province. *Journal Of the police Nurse*, 9(2), 85-94.
- Li, C., Engström, G., Hedblad, B., Berglund, G., & Janzon, L. (2005). Blood pressure control and risk of stroke: A population-based prospective cohort study. *Stroke*, 36(4), 725–730. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000158925.12740.87>
- Li, J., Yang, S. C., Moullaali, T. J., Chen, R., Woodward, M., & Carcel, C., et al. (2019). Sex differences in blood pressure after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of hypertension*, 37(10), 1991–1999. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002116>.
- Loussug W, Lawang W & Homsin P. (2019). The effects of application of the health belief model with family support program on preventive behaviors against cerebrovascular disease among individual at risk. *Journal of Nursing and Education*, 12(4), 32-45.
- Muanmee, W. (2017). *Factor influencing preventive behavior for cerebrovascular disease among hypertensive patients in Bangrakam district, phitsanulok*. Master of nursing science thesis community nurse practitioner, Naresuan University. (in Thai)

- Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. (2020). *Public health statistics A.D. 2019*. Retrieved April 1, 2022 from https://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf. (in Thai)
- Napalai Hospital Center. (2021). *A report non-communicable disease from division of non-communicable disease 2019-2020 from Napalai Hospital, Samut Songkhram*. (in Thai)
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., & Zhang, H., et al. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (Interstroke): A case-control study. *Lancet (London, England)*, 388(10046), 761–775. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30506-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30506-2).
- Owolabi, M. O., & Agunloye, A. M. (2013). Risk factors for stroke among patients with hypertension: A case-control study. *Journal of the Neurological Sciences*, 325(1-2), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.11.016>.
- Palitnonkert, A., Sriarun, J., Chadlee, N., Jantong, T., Janpurm, A., Chaisunan, C., & Pumpothong, S., et al. (2018). Health belief model related to self-care behavior of patients with hypertension at Bangsamak sub-district health promoting hospital, Bangpakong district, Chachoengsao province. *Apheit Humanities and Social Sciences Journal*, 7(2), 43-52.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed). New York: J.B. Lippincott.
- Ponchaimat, C. & Sangkeang, S. (2020). Factors associated with health care behavior of hypertensive patients in the elderly club in Bang Nok Khwaek sub-district, Bang Khonthi, Samut Songkhra. *Interdisciplinary Management Journal Faculty of Management Science, Buriram Rajabhat University*, 3(1), 65-70.
- Purateeranrath, P. & Wongpiriyayothar, A. (2019). The relationships between health beliefs and health behaviors among essential hypertension patients of hypertension clinic, Surin hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 34(2), 257-272.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183
- Ruangchaithaweesuk, K., Watcharanurak, P. & Klubklay, A. (2021). Factors influencing preventive behavior among stroke-risk patients in Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 217-233.
- Silberberg, D., Anand, N. P., Michels, K., & Kalaria, R. N. (2019). Brain and other nervous system disorders across the lifespan-global challenges and opportunities. *Nature*, 527(7578), S151–S154. <https://doi.org/10.1038/nature16028>.

- Singco, T., Changmai, S., & Toskulkao, T. (2020). The effects of promoting perception of health beliefs program on stroke preventive behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 16(2), 43-60.
- Siritawee, C., lemsadikul, W., & Nuysr, M. (2018). Effects of a health behaviors developing program for hypertension patients at Rattanaaburi. *Research and Development Health System Journal*, 13(2), 307-317.
- World Stroke Organization. (2019). Annual reports 2019. Retrieved April 14, 2022 from <http://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports>. (in Thai)
- Yoopan, N., Duangchan, P., & Jampole, P. (2017). Relationships among social support, health beliefs, self-care behaviors and blood pressure of hypertensive. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 10(1). 75-90.