ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลพะเยา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง

พณพณ สาวิโรจน์[1*], พีรัชชัย วีรภัทรณัฐกุล[1], วิศรัณน์ น้ำแก้ว[1], ณัฐ นาเอก[2], พรพิมล นิตติวัฒนวิทย์[3]

รับบทความ: 9 ธันวาคม 2568; ส่งแก้ไข: 17 กุมภาพันธ์ 2569; ตอบรับ: 25 กุมภาพันธ์ 2569

บทคัดย่อ

บทนำ : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจนนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยยังพบน้อย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินการวิจัย : งานวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์แบบตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลพะเยา เก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามที่แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้การถดถอยเชิงเส้นและการถดถอยโลจิสติกที่ควบคุมด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคร่วม และประวัติความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

ผลการศึกษา : จากผู้ตอบแบบสอบถาม 378 คน พบว่า ร้อยละ 73 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง และร้อยละ 84.4 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะวิเคราะห์ด้วยการถดถอยเชิงเส้น (adjusted unstandardized beta-coefficient ในกลุ่มที่มีความรู้สูงเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ต่ำเท่ากับ .01 [95% CI: -0.14, 0.17]) การถดถอยโลจิสติก (adjusted odds ratio) ของการมีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลางถึงสูงในกลุ่มความรู้สูงเปรียบเทียบกับกลุ่มความรู้ต่ำ = 2.08 [95% CI: 0.40, 10.76])

สรุป : งานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ควรมีงานวิจัยที่ใหญ่ขึ้นโดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างใหญ่เพื่อยืนยันข้อค้นพบดังกล่าว

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง

[1] ศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

[2] สาขาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

[3] ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

* อีเมล์ติดต่อ : panapon8961@gmail.com

Relationship Between Knowledge and Stroke Risk Behaviors Among Hypertensive Patients at Phayao Hospital: A Cross-Sectional Analytical Study

Panapon Savirot[1*], Peeratchai Weerapatnatakul[1], Wisaran Namkaew[1], Nat Na-Ek[2], Pornpimon Nittiwatthanawit[3]

Received: December 9, 2025; Received revision: February 17, 2026; Accepted: February 25, 2026

Abstract

Background: The relationship between knowledge about disease and behavioral changes among patients with chronic non-communicable diseases remains unclear, particularly due to the limited number of studies conducted in Thailand.

Objective: To study the relationship between knowledge and stroke risk behaviors among patients with hypertension.

Methods: This cross-sectional analysis collected data from patients with hypertension in Phayao Hospital. Data was collected in June 2025 using a questionnaire divided into three parts: (1) general information, (2) knowledge about stroke, and (3) stroke risk behaviors. The relationship between knowledge and stroke risk behaviors was analyzed using linear and logistic regression controlled for gender, age, marital status, occupation, education level, income, comorbidities, and family history of illness.

Results: Among 378 respondents, 73% demonstrated a high level of knowledge about stroke, while 84.4% exhibited moderate risk behaviors for stroke. However, there was no statistically significant relationship between knowledge level and risk behaviors for stroke, regardless of whether the analysis was performed using linear regression (adjusted unstandardized beta coefficient in the high-knowledge group compared to the low-knowledge group was .01 [95% CI: −0.14, 0.17]). The logistic regression (adjusted odds ratio for moderate-to-high risk behaviors in the high-knowledge group compared to the low-knowledge group = 2.08 [95% CI: 0.40, 10.76]).

Conclusion: This study did not find a relationship between knowledge level and risk behaviors for stroke among patients with hypertension. Further large-scale study is required to confirm these findings.

Keywords: Stroke, Risk behaviors, Hypertension

[1] Clinical Medicine Center, Phayao Hospital, 56000, Thailand.

[2] Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, University of Phayao, 56000,Thailand.

[3] Department of Obstetrics and Gynecology, Phayao Hospital, 56000, Thailand.

* Corresponding E-mail: panapon8961@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับโลก รวมถึงในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการระยะยาว และการเสียชีวิตของประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) ระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถควบคุมได้หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ประชาชนจำนวนมากยังคงขาดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง[1-2] แม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเพียงพอว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล โดยช่องว่างของความรู้ดังกล่าวโดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังคงมีอยู่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงจึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป[3]

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดพะเยา เนื่องจากมีสัดส่วนผู้สูงอายุค่อนข้างสูงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้เขตสุขภาพที่ 1 ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์สุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ. 2565 พบอัตราการป่วย 0.12 พ.ศ. 2566 อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 0.13 และเพิ่มขึ้นเป็น 0.15 ใน พ.ศ. 2567 ซึ่งอัตราการป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้สะท้อนถึงความต้องการมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเสี่ยงในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด[4-5] ในขณะที่การนำข้อมูลจากงานวิจัยในต่างประเทศมาใช้โดยตรงอาจมีข้อจำกัดเนื่องจากความแตกต่างด้านการศึกษา ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศมุ่งศึกษากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ขณะที่งานวิจัยก่อนหน้านี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงออกแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลพะเยา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้วางแผนส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน

ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่ศึกษาวิจัย

โรงพยาบาลพะเยา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 400 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลพะเยา ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลพะเยา โดยเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลพะเยา โดยเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่เก็บข้อมูล 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะเยา และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 3) ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด ฟังและเข้าใจ ภาษาไทยได้ดี และ 4) สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) ผู้ที่มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ ด้านการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจากการศึกษาก่อนหน้า[4] ที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีความรู้โรคหลอดเลือดสมองระดับสูงและระดับต่ำจะมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำร้อยละ 34.4 และ 18.8 ตามลำดับ เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ two independent proportions กำหนดอำนาจทางสถิติร้อยละ 80 และความคลาดเคลื่อนอัลฟาแบบสองทางที่ร้อยละ 5 จะต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 126 คน (3 กลุ่ม ทั้งหมด 378 คน) เพื่อตรวจพบความแตกต่างของสัดส่วนอย่างน้อยร้อยละ 15.5 โดยใช้สูตรดังนี้[6]

$$n = 2\left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{\pi_2 - \pi_1}\right)^2 \pi(1-\pi)$$

โดยที่

n = จำนวนในแต่ละกลุ่ม

π_1 และ π_2 = สัดส่วนในแต่ละกลุ่ม

ขนาดของผล (Effect size) = $|\pi_1 - \pi_2|$ = $|0.3437 - 0.1884|$ = 0.1553

$\pi = (\pi_1 + \pi_2)/2 = 0.2660$ (ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนทั้งสองกลุ่ม)

$(1 - \pi) = (1 - 0.2660) = 0.7340$

สำหรับผู้ที่มีประวัติความบกพร่องด้านความจำจะถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยอ้างอิงและประยุกต์จากงานวิจัยก่อนหน้า[1, 7] และเพิ่มเติมในบางส่วน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ และแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 11 ข้อ ให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ หากตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน แต่

หากตอบผิดก็จะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมจึงอยู่ในช่วง 0-11 คะแนน หากได้ 9 คะแนนขึ้นไปจะจัดว่ามีความรู้ระดับมาก หากได้ 7-8 คะแนนจะจัดอยู่ในกลุ่มความรู้ระดับปานกลาง และหากได้ไม่เกิน 6 คะแนนก็จะได้จัดเป็นกลุ่มที่มีความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ตอบระบุความถี่ของแต่ละพฤติกรรม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ข้อคำถามทางบวก ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติเลย 1 คะแนน และข้อคำถามทางลบ ปฏิบัติเป็นประจำ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 4 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติเลย 5 คะแนน โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยการแปลผลแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามคะแนนพฤติกรรม ได้แก่

พฤติกรรมเสี่ยงต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-5.00

พฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-3.67

พฤติกรรมเสี่ยงสูง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.33

ผู้วิจัยได้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยอายุรแพทย์ 2 ท่าน และระบาดวิทยาคลินิก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวัด (Index of Item-Objective Congruence; IOC) พบว่าทุกข้อมีค่า 0.67 ขึ้นไป แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับพบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.90 สะท้อนว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจที่โรงพยาบาลพะเยาในช่วงการเก็บข้อมูล ซึ่งก่อนให้ทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย หากผู้ป่วยอายุไม่ถึง 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองของผู้ป่วย งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลพะเยา วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2569 เอกสารรับรอง CO No.304

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างแสดงโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ (สำหรับตัวแปรแบ่งกลุ่ม) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ (สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง) ขึ้นอยู่กับการกระจายตัวของข้อมูลว่าเป็นปกติหรือไม่ โดยความปกติพิจารณาจากฮิสโตแกรม (histogram) และ Shapiro-Wilk test

การเปรียบเทียบความแตกต่างตามกลุ่มระดับความรู้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยหากเป็นการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานที่เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มจะใช้ Chi-squared หรือ Fisher's exact test ในขณะที่การเปรียบเทียบลักษณะที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องจะใช้ one-way ANOVA (กรณีข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติและความแปรปรวนเท่ากันระหว่างกลุ่ม) หรือ Kruskal Wallis

test (กรณีข้อมูลกระจายไม่เป็นปกติหรือมีความแปรปรวนแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้การถดถอย แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ลักษณะตามลักษณะของตัวแปรตาม (พฤติกรรมเสี่ยง) กล่าวคือ ใช้การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุตัวแปรสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยง (ตัวแปรต่อเนื่อง) นำเสนอผลลัพธ์ในรูป unstandardized beta-coefficient พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) และใช้การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ผลลัพธ์พฤติกรรมเสี่ยงที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (ความเสี่ยงต่ำกับความเสี่ยงปานกลางถึงสูง) นำเสนอผลลัพธ์ในรูป odds ratio และ 95% CI ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เริ่มวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่แบ่งเป็น 3 กลุ่มโดยใช้ ordered logistic regression แต่พบว่าฝ่าฝืนสมมติฐาน proportional odds assumption เมื่อพิจารณาร่วมกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าการรวมกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงให้เป็นกลุ่มเดียวกันจะมีอำนาจทางสถิติสูงที่สุดในขณะที่ยังคงความเหมาะสมที่จะรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน

การวิเคราะห์ถดถอยทั้งหมดจะเริ่มจากโมเดลที่ไม่ได้ปรับด้วยปัจจัยใด ๆ (unadjusted model) แล้วจึงปรับด้วยปัจจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคร่วม และประวัติความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีงานวิจัยก่อนหน้าแสดงถึงความสัมพันธ์ระดับความรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้โมเดลพหุตัวแปรจะได้รับการตรวจสอบ multicollinearity โดยพิจารณาจากค่า variance inflation factor (VIF) และในการถดถอยเชิงเส้น จะได้รับการตรวจสอบสมมติฐานการกระจายเป็นปกติของ errors (residuals) และ homoscedasticity

ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีการดำเนินการจัดรหัสข้อมูล (coding) อย่างเป็นระบบ โดยมีผู้เข้ารหัสข้อมูล (coder) จำนวน 2 คน ได้แก่ นักวิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัย ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ด้านการวิจัยสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนเริ่มการเข้ารหัสข้อมูล ได้มีการกำหนดนิยามของตัวแปรและเกณฑ์การจัดกลุ่มข้อมูลอย่างชัดเจนในรูปแบบการเข้ารหัส ในให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากนั้นผู้เข้ารหัสทั้งสองได้ดำเนินการเข้ารหัสข้อมูลโดยอิสระ

การวิเคราะห์ทางสถิติในงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม STATA 18 (StataCorp LLC, College Station, Texas, USA) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ two-sided p-value < 0.05

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีผู้ยินยอมร่วมตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 378 คน โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.3 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 65.6±9.5 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.7±4.5 กก./ม^2 ร้อยละ 68.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.7 ไม่มีงานทำ และร้อยละ 60.6 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ดังตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาจากระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 73.0) รองลงมาคือระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 19.8) และมีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 7.2) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคำตอบของความรู้แต่ละด้าน พบว่า 5 ประเด็นที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ประเด็นเกี่ยวกับเพศในฐานะปัจจัยเสี่ยงต่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (ตอบผิดร้อยละ 47.1) ผลของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรค (ตอบผิดร้อยละ 30.0) อาการเตือนของโรค (ร้อยละ 27.0) ประเด็นเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 25.2) และอายุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 25.2) รายละเอียดความรู้เรื่องโรคของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง (319 คน คิดเป็นร้อยละ 84.4) รองลงมาคือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ (56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8) โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับคือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการรับประทานยา ด้านความเครียด ด้านการออกกำลังกาย (ตารางที่ 3)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้การถดถอยเชิงเส้น (ตารางที่ 4) พบว่าระดับความรู้ไม่สัมพันธ์ทางสถิติกับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยวและการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร โดยในการวิเคราะห์พหุตัวแปร กลุ่มที่มีความรู้สูงสัมพันธ์กับการมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (0.01 คะแนน) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: -0.14, 0.17) เมื่อเทียบกับกลุ่มความรู้ต่ำ ขณะที่กลุ่มความรู้ปานกลางสัมพันธ์กับการมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงที่ลดลงเล็กน้อย (-0.03 คะแนน) แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (95% CI: -0.20, 0.15) และไม่พบแนวโน้มความสัมพันธ์เชิงเส้น (*p*-value for trend = 0.860)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูงด้วยการถดถอยโลจิสติก (ตารางที่ 5) ทั้งการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยวและพหุตัวแปร ก็ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติเช่นกัน โดยหลังจากปรับด้วยตัวแปรร่วมทั้งหมดแล้ว กลุ่มที่มีความรู้สูงมีค่า adjusted odds ratio เท่ากับ 2.08 (95% CI: 0.40, 10.76) และกลุ่มความรู้ปานกลางเท่ากับ 3.08 (95% CI: 0.54, 17.43) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ต่ำ นอกจากนี้ยังไม่พบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ odds ratio อย่างเป็นเส้นตรงตามระดับความรู้ (*p*-value for trend = 0.381)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n = 378 ราย)

ลักษณะ	ทั้งหมด (ร้อยละ)	ระดับความรู้ สูง	ปานกลาง	ต่ำ	*p*-value
เพศ					
ชาย	154 (40.7)	113 (40.9)	32 (42.7)	9 (33.3)	0.693
หญิง	224 (59.3)	163 (59.1)	43 (57.3)	18 (66.7)	
อายุ					
15-25 ปี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.233
26-35 ปี	2 (0.5)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	
36-45 ปี	13 (3.4)	12 (3.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	
46-55 ปี	30 (7.9)	25 (6.6)	4 (1.0)	1 (0.2)	

ลักษณะ	ทั้งหมด (ร้อยละ)	ระดับความรู้ สูง	ปานกลาง	ต่ำ	*p*-value
56-65 ปี	121 (32.0)	87 (23.0)	22 (5.8)	12 (3.1)	
> 65 ปี	212 (56.0)	151 (39.9)	47 (12.4)	14 (3.7)	
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม.^{2})	24.7±4.5	25.5±3.8	24.9±4.5	22.8±4.0	0.986
สถานภาพการสมรส					
โสด	29 (7.7)	27 (8.7)	4 (5.3)	1 (3.7)	0.717
สมรส	257 (68.0)	188 (68.1)	50 (66.7)	19 (70.4)	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	92 (24.3)	64 (23.2)	21 (28.0)	7 (25.9)	
อาชีพ					
ไม่มีงานทำ	184 (48.7)	129 (46.74)	41 (54.7)	14 (51.9)	0.434
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	19 (5.0)	13 (4.7)	6 (8.00)	0 (0.00)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	40 (10.6)	35 (12.7)	4 (5.3)	1 (3.7)	
รับจ้าง	48 (12.7)	35 (12.68)	9 (12.0)	4 (14.8)	
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	87 (23.0)	64 (23.2)	15 (20.0)	8 (29.6)	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26 (6.9)	13 (4.7)	8 (10.7)	5 (18.5)	0.056
ประถมศึกษา	229 (60.6)	172 (62.5)	44 (58.7)	13 (48.2)	
มัธยมศึกษา	69 (18.3)	49 (17.8)	12 (16.0)	8 (29.6)	
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	14 (3.7)	11 (4.0)	2 (2.7)	1 (3.7)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	40 (10.6)	31 (11.2)	9 (12.0)	0 (0.0)	
รายได้					
≤5000	208 (55.0)	144 (52.2)	46 (61.3)	18 (66.7)	0.419
5001-10000	86 (22.8)	67 (24.3)	16 (21.3)	3 (11.1)	
10001-15000	37 (10.0)	27 (9.8)	6 (8.0)	4 (14.8)	
≥15001	47 (12.4)	38 (13.8)	7 (9.3)	2 (7.4)	
โรคร่วม					
มีโรคร่วม*	81 (21.4)	57 (20.7)	17 (22.7)	7 (25.9)	

ลักษณะ	ทั้งหมด (ร้อยละ)	ระดับความรู้ สูง	ปานกลาง	ต่ำ	*p*-value
ไม่มีโรคร่วม	297 (78.6)	219 (79.4)	58 (77.3)	20 (74.1)	0.782
บุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	153 (40.5)	109 (39.5)	32 (42.7)	12 (44.4)	0.804
มี	225 (59.5)	167 (60.5)	43 (57.3)	15 (55.6)	
การรับประทานยา					
รับประทานเอง	347 (91.8)	259 (93.8)	65 (86.7)	23 (85.2)	0.057
มีคนจัดเตรียมให้	31 (8.2)	17 (6.2)	10 (13.3)	4 (14.8)	
การรับประทานอาหาร					
เตรียมเอง	261 (69.1)	190 (68.8)	50 (66.7)	21 (77.8)	0.558
คนอื่นเตรียมให้	117 (31.0)	86 (31.2)	25 (33.3)	6 (22.2)	
	n = 378	n = 276	n = 75	n = 27	

หมายเหตุ ตัวเลข หมายถึง จำนวน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* โรคร่วม หมายถึง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองแต่ละด้าน (n=378)

ความรู้แต่ละด้าน	จำนวน (ร้อยละ) ตอบถูก	ตอบผิด
โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดความผิดปกติในสมอง	91.2	8.8
ผู้ที่อายุมากกว่า 45 ปี มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	84.4	15.6
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	94.6	5.4
ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	74.8	25.2
เพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง	52.9	47.1
อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลันเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	73.0	27.0
การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	94.8	5.2
การควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	95.6	4.4
การงดสูบบุหรี่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	70.0	30.0
อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณแขน ขา พูดสับสน เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	87.9	12.1
อาการทรงตัวไม่ได้ ใบหน้าเบี้ยว การพูดสับสน ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว	92.3	7.7

ตารางที่ 3 พฤติกรรมความเสี่ยงของการโรคหลอดเลือดสมองแต่ละด้าน (n=378)

พฤติกรรมเสี่ยง	ความถี่ของพฤติกรรมเสี่ยง					คะแนน
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร†	**ไม่เคย (5)**	**นาน ๆ ครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**บ่อยครั้ง (2)**	**ประจำ (1)**	
กินผักและผลไม้สด <5 กำมือต่อวัน	202 (53.4)*	61 (16.1)	80 (21.2)	22 (5.8)	13 (3.4)	4.1 ± 1.1
กินผลไม้รสหวาน	78 (20.6)	109 (28.8)	113 (29.9)*	20 (5.3)	58 (15.3)	3.3 ± 1.3
ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล	176 (46.6)*	38 (10.1)	33 (8.7)	7 (1.9)	124 (32.8)	3.4 ± 1.8
กินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	194 (51.3)*	136 (36.0)	40 (10.6)	6 (1.6)	2 (0.5)	4.4 ± 0.8
กินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง	118 (31.2)	154 (40.7)*	76 (20.1)	19 (5.0)	11 (2.9)	3.9 ± 1.0
กินอาหารทอด	161 (42.6)*	143 (37.8)	62 (16.4)	11 (2.9)	1 (0.3)	4.2 ± 0.8
กินขนมกรุบกรอบเป็นถุง	241 (63.8)*	94 (24.9)	38 (10.1)	2 (0.5)	3 (0.8)	4.5 ± 0.8
กินขนมหวานต่าง ๆ	232 (61.4)*	86 (22.8)	44 (11.6)	7 (1.9)	9 (2.4)	4.4 ± 0.9
แต่ละมื้อท่านเติมน้ำตาลเพิ่ม	251 (66.4)*	50 (13.2)	20 (5.3)	1 (0.3)	56 (14.8)	4.2 ± 1.4
แต่ละมื้อท่านเติมน้ำปลาเพิ่ม	160 (42.3)*	61 (16.1)	46 (12.2)	25 (6.6)	86 (22.8)	3.5 ± 1.6
พฤติกรรมความเครียด †	**ไม่เคย (5)**	**นาน ๆ ครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**บ่อยครั้ง (2)**	**ประจำ (1)**	
ดื่มสุราทุกครั้งเมื่อประสบปัญหา	344 (91.0)*	20 (5.3)	8 (2.1)	2 (0.5)	4 (1.1)	4.8 ± 0.6
เมื่อไม่สบายใจมักเก็บตัวคนเดียว	332 (87.8)*	24 (6.4)	9 (2.4)	5 (1.3)	8 (2.1)	4.8 ± 0.7
พฤติกรรมการรับประทานยา‡	**ประจำ (5)**	**บ่อยครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**นาน ๆ ครั้ง (2)**	**ไม่เคย (1)**	
กินยาตามขนาดอย่างถูกต้อง	360 (95.2)*	9 (2.4)	5 (1.3)	4 (1.1)	0 (0.0)	4.9 ± 0.4
กินยาตามเวลาอย่างถูกต้อง	339 (89.7)*	22 (5.8)	7 (1.9)	10 (2.6)	0 (0.0)	4.8 ± 0.6
พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ‡	**ประจำ (5)**	**บ่อยครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**นาน ๆ ครั้ง (2)**	**ไม่เคย (1)**	
มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	372 (98.4)*	2 (0.5)	2 (0.5)	2 (0.5)	0 (0.0)	5.0 ± 0.3
พฤติกรรมการออกกำลังกาย ‡	**ประจำ (5)**	**บ่อยครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**นาน ๆ ครั้ง (2)**	**ไม่เคย (1)**	
ออกกำลังกายระดับหนัก	20 (5.3)	10 (2.7)	18 (4.8)	13 (3.4)	317 (83.9)*	1.4 ± 1.1
ออกกำลังกายระดับปานกลาง	272 (72.0)*	27 (7.1)	41 (10.9)	13 (3.4)	25 (6.6)	4.3 ± 1.2
พฤติกรรมการสูบบุรี่ †	**ไม่เคย (5)**	**นาน ๆ ครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**บ่อยครั้ง (2)**	**ประจำ (1)**	
สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า/ยาสูบ/ยาเส้น	358 (94.7)*	3 (0.8)	1 (0.3)	0 (0.0)	16 (4.2)	4.8 ± 0.8
ได้รับควันบุหรี่	314 (83.1)*	22 (5.8)	11 (2.9)	4 (1.1)	27 (7.1)	4.6 ± 1.1
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ †	**ไม่เคย (5)**	**นาน ๆ ครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**บ่อยครั้ง (2)**	**ประจำ (1)**	
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	303 (80.2)	41 (10.9)	17 (4.5)	2 (0.5)	15 (4.0)	4.6 ± 0.9

หมายเหตุ ตัวเลขในตารางหมายถึง จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
‡คำถามทางบวก †คำถามทางลบ *ความถี่มากที่สุดในพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ๆ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้การถดถอยเชิงเส้น (n=378)

ระดับความรู้	β-coefficient (95% CI), p-value	
	การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว	การวิเคราะห์พหุตัวแปร*
สูง	0.03 (-0.13, 0.19), 0.705	0.01 (-0.14, 0.17), 0.859
ปานกลาง	-0.003 (-0.18, 0.17), 0.976	-0.03 (-0.20, 0.15), 0.763
ต่ำ	0.00 (อ้างอิง)	0.00 (อ้างอิง)
P for trend	0.705	0.860

หมายเหตุ *การวิเคราะห์พหุตัวแปรปรับด้วยปัจจัย

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูงด้วยการถดถอยโลจิสติก (n=378)

ระดับความรู้	Odds ratio‡ (95% CI), p-value	
	การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว	การวิเคราะห์พหุตัวแปร*
สูง	1.47 (0.33, 6.52), 0.614	2.08 (0.40, 10.76), 0.381
ปานกลาง	1.92 (0.39, 9.40), 0.419	3.08 (0.54, 17.43), 0.204
ต่ำ	1.00 (อ้างอิง)	1.00 (อ้างอิง)
P for trend	0.614	0.381

หมายเหตุ ‡Odds ratio ของพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลางถึงระดับสูง *การวิเคราะห์พหุตัวแปรปรับด้วยปัจจัย

อภิปรายผล

จากการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลพะเยาจำนวน 378 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.0) มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับสูง และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.4) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง แต่ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมเสี่ยง กลับไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ไม่ว่าจะวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงแบบตัวแปรต่อเนื่องหรือตัวแปรแบ่งกลุ่ม หรือจะวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยวหรือวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร และไม่พบแนวโน้มความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยแบบสอบถามสะท้อนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากความรู้ เช่น ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และความเคยชิน ส่งผลให้แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้ในระดับสูง แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สัมพันธ์กันนี้สอดคล้องกับงานวิจัยกังสดาล จัดโพธิ์ และคณะ[8] ซึ่งศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ระดับปานกลางถึงสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมเสี่ยง และสอดคล้องกับงานของ Lai SM และคณะ[3] ที่ชี้ให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่การจะเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย เมื่อพิจารณาร่วมกับระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูง ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แม้ว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง แต่ความรู้อาจเป็นเพียงความรู้เชิงรับรู้ ไม่ได้สะท้อนถึงทักษะในการตัดสินใจเชิงสุขภาพ ส่งผลให้ระดับความรู้ไม่แสดงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจตุพงธ์ พันธ์วิไล และคณะ[5] แสดงให้เห็นว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของตัวแปรความรู้และพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้มีการกระจายตัวอยู่ทุกระดับ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสถิติมากขึ้น ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Woldetsadik F และคณะ[9] แสดงให้เห็นว่าความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจอธิบายได้จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนข้อของเครื่องมือประเมินความรู้ การที่เครื่องมือประเมินความรู้มีความแตกต่างกัน อาจทำให้ความแปรปรวนของคะแนนลดลง และกระจุกตัวอยู่ในบางระดับ เมื่อพิจารณาร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง อาจส่งผลให้พบความสัมพันธ์ทางสถิติลดลง และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tuli W และคณะ[10] พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแต่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ผลข้อมูล

ข้อดีและข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีกลุ่มตัวอย่าง 378 คน ที่มีขนาดใหญ่กว่าจากการศึกษาก่อนหน้า[5] จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายการวางแผนระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทของภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญคือการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมเสี่ยงไม่สมดุล โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับปานกลาง ขณะที่กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำและระดับสูงมีสัดส่วนน้อย ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างชัดเจน เมื่อทำการวิเคราะห์ผลลัพธ์แบบแบ่งกลุ่มจึงทำให้ความสัมพันธ์ทางสถิติลดลง สะท้อนจากค่าช่วงร้อยละความเชื่อมั่นที่มีความกว้าง และครอบคลุมค่าที่อาจมีนัยสำคัญทางคลินิก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้การกระจายของข้อมูลในกลุ่มอื่นมีจำนวนน้อยยิ่งขึ้น ปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้วก็ตาม ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรใช้กลุ่มตัวอย่าง

ที่มีการกระจายตัวของระดับพฤติกรรม และระดับความรู้มากขึ้น เพื่อเป็นยืนยันการศึกษานี้ และ 2) การศึกษานี้อาจได้รับอิทธิพลจาก Hawthorne effect เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองอยู่ในกระบวนการศึกษา จึงอาจตอบคำถามหรือรายงานพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างจากสภาพการณ์จริง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่าระดับสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดกลุ่ม (misclassification bias) อย่างไรก็ตาม ในการวิเคราะห์ทางสถิติได้มีการรวมกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลางและระดับสูงเข้าด้วยกัน ดังนั้นอคติจากการจัดกลุ่มดังกล่าวจึงอาจไม่ส่งผลต่อข้อสรุปของการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติ

จากข้อค้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด และการบริโภคเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง และการมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม (ออกกำลังกายระดับหนักที่ไม่เพียงพอ) ข้อมูลดังกล่าวอาจนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้งานวิจัยในอนาคตอาจศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล นอกจากนี้อาจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นในทางคลินิก และนำไปสู่การวางแผนป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ในขณะเดียวกันการศึกษาในอนาคตควรออกแบบให้มีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับของพฤติกรรมสุขภาพและระดับความรู้อย่างมากขึ้น เพื่อความแม่นยำในการวิเคราะห์ผลทางสถิติมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 378 คน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้อาจต้องมีงานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันข้อค้นพบดังกล่าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลพะเยา ที่อนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สายสุนี เจริญศิลป์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
2. Control DoD. Hypertension 2025 [cited 2025 10 June]. Available from: https://hdc.moph.go.th
3. Lai S-M, Studenski S, Duncan PW, Perera S. Persisting Consequences of Stroke Measured by the Stroke Impact Scale. Int J Stroke. 2002; 33:1840-4.
4. สวรรค์ยา รักษาชล, อิบตีซาน เจ๊ะอุบง และขจรศักดิ์ ไชยนาพงศ์. ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2567;7(1)105-16.

5. จตุพงษ์ พันธ์วิไล, นิรมัย มณีรัตน์, สุพัตรา ปวนไฝ, สุชารินี ศรีสวัสดิ์ และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3)882-95.
6. Malone H, Nicholl H, Coyne I. Fundamentals of estimating sample size. Nurse Res. 2016;23(5):21-5.
7. นพดล คำภิโล. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
8. กังสดาน จัดโพธิ์ และอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารควบคุมโรค. 2567;50(3)500-12.
9. Woldetsadik F, Kassa T, Bilchut W, Kibret A, Guadie Y, Eriku G. Stroke Related Knowledge, Prevention Practices and Associated Factors Among Hypertensive Patients at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia, 2021. Front Neurol. 2022;13:1-9.
10. Tuli W, Teshome E, Jiru T. Knowledge of stroke risk factors and prevention among hypertensive patients on follow-up at Addis Ababa University Tertiary Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. BMJ Open. 2024;14:1-8.
11. Osman W, Ahmed H, Abdullahi M, Kuule A, Hassan Q. Knowledge, Attitude, and Practice of Stroke Among Hypertensive Patients in Selected Hospitals, Mogadishu: A Cross Sectional Study. Health Sci Rep. 2024;7(12):1-9.