



## Factors Predicting Stroke-Preventive Behaviors

### Among Patients with Hypertension\*

### ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง\*

|          |               |           |              |
|----------|---------------|-----------|--------------|
| Umaporn  | Kaewsuk**     | อุมพร     | แก้วสุข**    |
| Wimonrut | Boonsatean*** | วิมลรัตน์ | บุญเสถียร*** |
| Aporn    | Deenan****    | อาภรณ์    | ดีนาน****    |

#### Abstract

Patients with hypertension are a high-risk group for stroke. Health beliefs and behavioral modifications for disease prevention can effectively reduce this risk. This predictive correlational study aimed to examine stroke-preventive behaviors and investigate the factors predicting stroke-preventive behaviors among patients with hypertension receiving healthcare services at health promoting hospitals in suburban areas. A total of 146 participants were selected through multistage random sampling. Research instruments included questionnaires on personal factors, individual beliefs, cues to action for preventive health behaviors, and stroke-preventive behaviors. Content validity and reliability of the research instruments were approved. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, and binary logistic regression.

The findings revealed that overall stroke-preventive behaviors among patients with hypertension were at a high level. Perceived self-efficacy and cues to action for preventive behaviors were significant predictors of stroke-preventive behaviors, collectively predicting 38.2% of the variance. Participants with a high level of perceived self-efficacy in stroke prevention were 4.839 times more likely to engage in appropriate stroke-preventive behaviors (95% CI: 1.894–12.365) compared to those with a low to moderate level. Additionally, participants with a high level of cues to action for stroke-preventive behaviors were 14.014 times more likely to exhibit appropriate stroke-preventive behaviors (95% CI: 2.872–68.386) compared to those with a low level, and 4.748 times more likely (95% CI: 1.892–11.913) compared to those with a moderate level.

This study suggests that strengthening patients' levels of self-efficacy and enhancing cues to action can significantly improve the success of stroke-preventive behaviors among individuals with hypertension.

**Keywords:** Disease prevention behaviors; Stroke; Hypertension; Health beliefs; Cues to action

\* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, School of Nursing, Rangsit University

\*\* Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, School of Nursing, Rangsit University

\*\*\* Corresponding author, Associate Professor, School of Nursing, Rangsit University; e-mail: wimonrut.b@rsu.ac.th

\*\*\*\* Associate Professor, School of Nursing, Rangsit University

Received 28 November 2024; Revised 22 July 2025; Accepted 29 July 2025



### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน เลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square และ binary logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.20 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากเป็น 4.839 เท่า (95% CI: 1.894-12.365) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับน้อย – ปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากเป็น 14.014 เท่า (95% CI: 2.872-68.386) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย และมากเป็น 4.748 เท่า (95% CI: 1.892-11.913) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง

ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า การเสริมสร้างระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วย จะส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

\*\* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

\*\*\* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต e-mail: wimonrut.b@rsu.ac.th

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองที่พบบ่อย นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ สูญเสียชีวิต พิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization [WSO], 2020) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 14.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ในประเทศไทย จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2564 พบอุบัติการณ์ของอัตราการป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (อัตราป่วย 221, 247, 267, 292, และ 312 ตามลำดับ อัตราตาย 47.81, 47.15, 52.97, 52.80 และ 55.53 ตามลำดับ) ซึ่งสถานการณ์ที่พบในจังหวัดปทุมธานีมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2563-2564 เท่ากับ 0.7 และ 0.83 และอัตราตายในปี พ.ศ. 2561-2564 เท่ากับ 37.73, 43.21, 45.49 และ 46.86 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) นอกจากนี้ ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับสอง รองจากโรคมะเร็ง (Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health [SPD], 2022) และโรคความดันโลหิตสูงนับเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Thai Hypertension Society, 2019)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่หลอดเลือดมีแรงดันสูงผิดปกติ แรงดันในหลอดเลือดที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานจะทำให้ผนังภายในหลอดเลือดถูกทำลาย เกิดความเสียหายเรื้อรัง ส่งผลให้หลอดเลือดแข็ง หนาตัว และตีบแคบลงจนถึงขั้นอุดตัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังสมองและส่วนต่าง ๆ ลดลง นำสู่ภาวะสมองขาดเลือด หรือภาวะเลือดออกในสมองหากแรงดันในหลอดเลือดสูงมาก แม้โรคความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท) (Thai Hypertension Society, 2019) จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 36 (Panthonglang et al., 2018) การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญจึงมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ดการสูบบุหรี่ และงดการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการใช้ยา (Boehme et al., 2017; Puthawong et al., 2014) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากถึงร้อยละ 80-90 (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2019; Siriraj Stroke Center, 2019)

อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางส่วนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 25 ที่สามารถปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ (Ministry of Public Health, 2024) การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาบ่งชี้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความคิด และความเชื่อของบุคคลโดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ (Carpenter, 2010) ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Rosenstock et al., 1988) ทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ปัจจัยความเชื่อของบุคคลในการศึกษานี้ มุ่งเน้นเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสตอก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ หรือความนึกคิดที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้ในการอธิบายหรือตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตน ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 5 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล จะทำงานร่วมกับปัจจัยสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัจจัยชักนำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลาการสุขภาพ ทั้งสองปัจจัยจะช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครอบคลุมกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง/งดปฏิบัติ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ตามแนวทางของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัด (Thai Hypertension Society, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งกลุ่มที่เสี่ยง และกลุ่มที่ยังไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่พบว่า มีความสัมพันธ์ทั้งทางบวก (Klinsakorn & Saetan, 2020; Sittiyodying, 2022; Yodpera, 2019) และทางลบ (Sittiyodying, 2022) ส่วนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค พบความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Klinsakorn & Saetan, 2020; Sittiyodying, 2022)

สำหรับปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 19.80 ( $R^2 = 0.198$ ) (Tijayoung, 2014) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 23.90 ( $R^2 = 0.239$ ) (Lalun & Vutiso, 2021) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และระยะเวลาที่ป่วย ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 48.90 (Chareonsin, 2021)

จากแนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกและในประเทศไทยใน 10 ปีข้างหน้าที่จะเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง ในขณะที่คนไทยบางส่วนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้เพียง 1 ใน 5 นั้น ส่งผลให้ผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น แม้งานวิจัยในต่างประเทศจะมีความก้าวหน้าในการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการออกแบบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้ (Carpenter, 2010; Jones et al., 2014) แต่การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลและสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง มีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน และยังไม่มีการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสตอก และคณะ



(Rosenstock et al., 1988) ทำให้ไม่สามารถสรุปอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลและสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ในพื้นที่ศึกษามีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งรวมถึงมาตรการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้า การให้คำแนะนำ/คำปรึกษาตามระดับความเสี่ยงเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาในระดับพื้นที่ที่มุ่งวิเคราะห์ถึงผลลัพธ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนก่อนนำสู่การปรับปรุงมาตรการในการเฝ้าระวังที่เหมาะสม นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ยังเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการวางแผนดูแล ตลอดจนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล และด้านสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

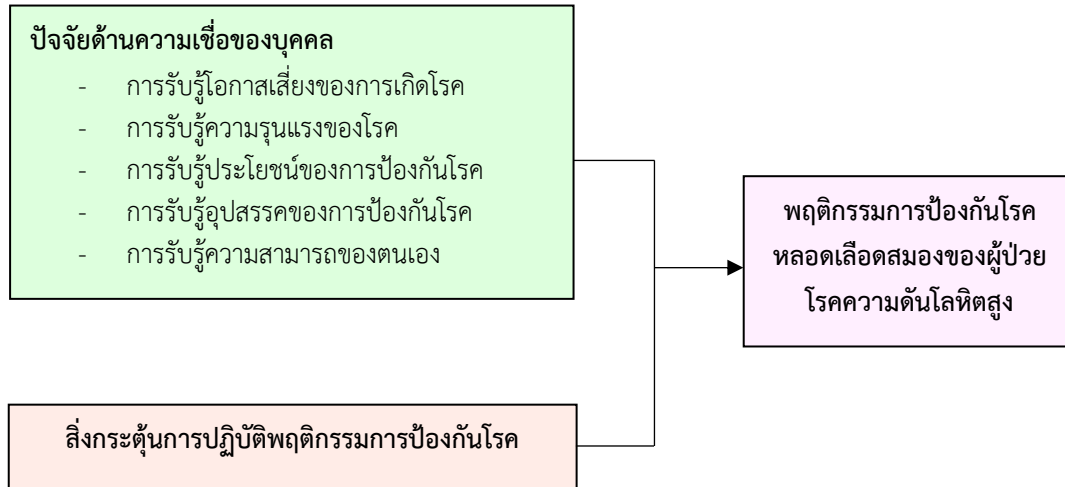
### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งเชื่อว่าความนึกคิด การรับรู้ หรือความเชื่อของบุคคลและครอบครัว มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อตามแนวคิดนี้แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น 2) กลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล (Individual beliefs) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และ 3) กลุ่มปัจจัยด้านการกระทำ (Action) ประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติหรือสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการป้องกันหรือส่งเสริม

การศึกษานี้เลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยความเชื่อของบุคคล และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อบุคคลรับรู้หรือเชื่อว่าตนเองมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง ในขณะที่เดียวกันมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นประโยชน์ในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ตนเองสามารถปรับ ลด หรือยอมรับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค รวมถึงเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น นอกจากนั้น หากบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน บุคลากรสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยความเชื่อของบุคคลและปัจจัยสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเหล่านี้



อาจสามารถทำนายหรือร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 18,322 คน (Ministry of Public Health, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี และมีหรือไม่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) อายุมากกว่า 35 ปี หากอายุ 60 ปีขึ้นไป ผลการประเมินความสามารถทางสติปัญญา (Chula Mental Test: CMT) ต้องมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป 3) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ด้วยตนเอง 4) ไม่มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่อยู่บ้าน ย้ายบ้าน และผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเก็บข้อมูล

สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1) การเลือกตำบลตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากไม่ใส่คืน 1 ตำบล จากทั้งหมด 14 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ขั้นที่ 2) การเลือกหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) จากตำบลที่สุ่มได้ ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน 1 รพ.สต. จากทั้งหมด 2 รพ.สต. ขั้นที่ 3) การเลือกชุมชนตัวอย่างจาก รพ.สต. ที่สุ่มได้ โดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืน 1 ชุมชนจากทั้งหมด 11 ชุมชน ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. นั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนที่อาศัยในชุมชนตัวอย่าง มีรายชื่อในเวชระเบียนของ รพ.สต. ที่สุ่มได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจะได้รับคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ผู้วิจัยจึงสุ่มชุมชนเพิ่มทีละ 1 ชุมชน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน สรุปกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาจาก 11 ชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ที่สุ่มได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.4 ตามการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยมี 6 ตัวแปรอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) .05 ระดับอำนาจการทดสอบ ( $1-\beta$ ) .95 และขนาดอิทธิพล (effect size) .15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 ราย



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (CMT) ของ สุทธิชัย จิตะ-พันธ์กุล (Jitapunkul, 1998) จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบ โดยตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละข้อโดยมีคะแนนเต็ม 1, 2 หรือ 3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน เกณฑ์แปลผลว่ามี Cognitive function ปกติ คือ มีคะแนน 16-19 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และสิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 1 ข้อ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และแบบเติมคำ เช่น ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ รายได้ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล ดัดแปลงจากแบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลซึ่งใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของ กาญจนพร ยอดภีระ (Yodpera, 2019) จำนวน 35 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ข้อคำถามทางบวก 27 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ค่าคะแนน 1-5 จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยข้อคำถามทางลบให้คะแนนสลับกับข้อคำถามทางบวก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อคำถามครอบคลุมปัจจัยภายนอกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลาการสุขภาพ ดัดแปลงจากแบบสอบถามสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงซึ่งใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของ กาญจนพร ยอดภีระ (Yodpera, 2019) จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ค่าคะแนน 1-3 ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ (3 คะแนน) ได้รับบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้รับเลย (1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับของ สายสุนี เจริญศิลป์ (Chareonsin, 2021) จำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ ข้อคำถามทางบวก 17 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) โดยข้อคำถามทางลบให้คะแนนสลับกับข้อคำถามทางบวก

เกณฑ์การแปลผลคะแนนในแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80-100 อยู่ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความเชื่อของบุคคล



โดยรวม 0.98 และรายด้านอยู่ระหว่าง 0.93-1.00 สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.97 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.98 หลังปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามความเชื่อของบุคคลโดยรวมได้ 0.98 รายด้านอยู่ระหว่าง 0.77- 0.97 สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.97 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.98

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2023-104 และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วม ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ผิดผลกระทบต่อการเข้ารับบริการหรือการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล แยกเก็บเอกสารใบยินยอมในแฟ้มต่างหากเพื่อไม่ให้เชื่อมโยงกลับมาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และข้อมูลถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือ และขอทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เช่น ที่บ้าน หรือที่สถานบริการสุขภาพ

3. ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการคุ้มครองสิทธิ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 30-45 นาที เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คະแนนปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของคะแนนปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test พบว่า ตัวแปรทุกตัวกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ chi - square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ทดสอบอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Binary logistic regression หลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรตามเป็นตัวแปรทวิภาค (Dichotomous variable) 2) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กัน



(Multicollinearity) พบค่า VIF = 1.20-3.15, Tolerance = .31-.82, 3) กราฟ Residuals vs Predicted Probabilities ไม่มีค่า Outliers และ 4) แบบจำลองมีความเหมาะสม พบ Hosmer-Lemeshow  $p = .336$

## ผลการวิจัย

### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.00) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 79.50) อายุเฉลี่ย 65.95 ปี (SD 8.74) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.00) มากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.70) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 26.70) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน 7,580.80 บาท (SD = 8,150.97) มากกว่าครึ่งระบุว่าไม่มีพอเพียงไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 57.50) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 67.10) โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 28.10) ค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย 24.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 3.88) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.93 ปี (SD = 6.62) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.60) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 80.10) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 45.90) รองลงมา คือ โรคเบาหวานร่วมกับมีภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 17.10) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (ร้อยละ 74.70) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 71.90)

### 2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 68.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเกือบทุกด้าน อยู่ใน ระดับมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 42.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้าน (n = 146)

| พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง | คะแนนต่ำสุด - สูงสุด | M ± SD        | ระดับ          |                  |               |
|-------------------------------------|----------------------|---------------|----------------|------------------|---------------|
|                                     |                      |               | มาก<br>n (%)   | ปานกลาง<br>n (%) | น้อย<br>n (%) |
| โดยรวม                              | 41 - 110             | 90.34 ± 11.18 | 100<br>(68.50) | 43<br>(29.50)    | 3<br>(2.10)   |
| รายด้าน                             |                      |               |                |                  |               |
| การรับประทานยาลดความดันโลหิต        | 6 - 20               | 18.17 ± 2.35  | 129<br>(88.40) | 14<br>(9.60)     | 3<br>(2.10)   |
| การรับประทานอาหาร                   | 3 - 15               | 11.30 ± 2.37  | 79<br>(54.10)  | 52<br>(35.6)     | 15<br>(10.30) |
| การออกกำลังกาย                      | 4 - 20               | 14.10 ± 3.42  | 57<br>(39.00)  | 62<br>(42.50)    | 27<br>(18.50) |
| การจัดการความเครียด                 | 6 - 20               | 16.42 ± 2.79  | 108<br>(74.00) | 34<br>(23.30)    | 4<br>(2.70)   |
| การควบคุมปัจจัยเสี่ยง               | 6 - 20               | 16.91 ± 2.91  | 119<br>(81.50) | 18<br>(12.30)    | 9<br>(6.20)   |
| การมาพบแพทย์                        | 3 - 15               | 13.44 ± 2.51  | 129<br>(88.40) | 12<br>(8.20)     | 5<br>(3.40)   |



### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากทุกปัจจัยกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวแปรและตรวจสอบค่าคาดหวัง (expected value) ในตารางทดสอบที่มีค่าน้อยกว่า 5 ไม่ให้เกินร้อยละ 20 ก่อนนำมาทดสอบความสัมพันธ์ และปรับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเดิม 3 ระดับ เป็น 2 ระดับ โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับมาก จัดอยู่ในระดับเหมาะสม (ร้อยละ 68.50) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับน้อยและปานกลาง จัดอยู่ในระดับไม่เหมาะสม (ร้อยละ 31.50)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความเชื่อของบุคคลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ( $\chi^2 = 7.916$ ,  $p = .005$ ) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ( $\chi^2 = 7.285$ ,  $p = .026$ ) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $\chi^2 = 26.016$ ,  $p = .000$ ) และปัจจัยสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $\chi^2 = 28.171$ ,  $p = .000$ ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $n = 146$ )

| ปัจจัย                                              | ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค |                     | รวม<br>n (%) | สถิติ              | p-value |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|--------------|--------------------|---------|
|                                                     | หลอดเลือดสมอง              |                     |              |                    |         |
|                                                     | เหมาะสม<br>n (%)           | ไม่เหมาะสม<br>n (%) |              |                    |         |
| ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค              |                            |                     |              |                    |         |
| มาก                                                 | 90 (73.20)                 | 33 (26.80)          | 123 (100.00) | $\chi^2$<br>7.916  | .005    |
| น้อย - ปานกลาง                                      | 10 (43.50)                 | 13 (56.50)          | 23 (100.00)  |                    |         |
| ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค                      |                            |                     |              |                    |         |
| มาก                                                 | 98 (69.50)                 | 43 (30.50)          | 141 (100.00) | Fisher's           | 0.180   |
| น้อย - ปานกลาง                                      | 2 (40.00)                  | 3 (60.00)           | 5 (100.00)   |                    |         |
| ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค              |                            |                     |              |                    |         |
| มาก                                                 | 93 (71.00)                 | 38 (29.00)          | 131 (100.00) | Fisher's           | .077    |
| น้อย - ปานกลาง                                      | 7 (46.70)                  | 8 (53.30)           | 15 (100.00)  |                    |         |
| ระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค               |                            |                     |              |                    |         |
| มาก                                                 | 7 (43.80)                  | 9 (56.30)           | 16 (100.00)  | $\chi^2$<br>7.285  | .026    |
| ปานกลาง                                             | 25 (62.50)                 | 15 (37.50)          | 40 (100.00)  |                    |         |
| น้อย                                                | 68 (75.60)                 | 22 (24.40)          | 90 (100.00)  |                    |         |
| ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง                    |                            |                     |              |                    |         |
| มาก                                                 | 83 (81.40)                 | 19 (18.60)          | 102 (100.00) | $\chi^2$<br>26.016 | .000    |
| น้อย - ปานกลาง                                      | 17 (38.60)                 | 27 (61.40)          | 44 (100.00)  |                    |         |
| ระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม<br>การป้องกันโรค |                            |                     |              |                    |         |
| มาก                                                 | 68 (86.10)                 | 11 (13.90)          | 79 (100.00)  | $\chi^2$<br>28.171 | .000    |
| ปานกลาง                                             | 29 (52.70)                 | 26 (47.30)          | 55 (100.00)  |                    |         |
| น้อย                                                | 3 (25.00)                  | 9 (75.00)           | 12 (100.00)  |                    |         |



#### 4. อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 38.20 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับน้อย-ปานกลาง 4.839 เท่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย 14.014 เท่า และมากกว่ากลุ่มที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง 4.748 เท่า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์โลจิสติกของปัจจัยทำนายระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

| ปัจจัย                                          | B      | S.E. | Wald   | Adj. OR | 95%CI          | p-value |
|-------------------------------------------------|--------|------|--------|---------|----------------|---------|
| ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค |        |      |        |         |                |         |
| น้อย – ปานกลาง                                  | 1.577  | .479 | 10.852 | 4.839   | 1.894 - 12.365 | .001    |
| มาก (กลุ่มอ้างอิง)                              | -      | -    | -      | -       | -              | -       |
| ระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค |        |      | 16.103 |         |                | .000    |
| น้อย                                            | 2.640  | .809 | 10.657 | 14.014  | 2.872 - 68.386 | .001    |
| ปานกลาง                                         | 1.558  | .469 | 11.011 | 4.748   | 1.892 - 11.913 | .001    |
| มาก (กลุ่มอ้างอิง)                              | -      | -    | -      | -       | -              | -       |
| Constant                                        | -2.315 | .395 | 34.368 | .099    | -              | .000    |

หมายเหตุ. Hosmer & Lemeshow test  $\chi^2_{df=6} = 6.841$ ,  $p = .336$ ; Nagelkerke  $R^2 = .382$  %;

Overall Percentage = 81.50%

#### การอภิปรายผล

##### 1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเป็นข้อมูลหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก เพราะการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันโรคมากกว่าผู้ชายถึง 2.23 เท่า (Chanaphan & Settheetham, 2018) และเพศหญิงมักถูกสังคมคาดหวังให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ (Eagly & Steffen, 1984) ซึ่งอาจทำให้ผู้หญิงตระหนักรู้ ใส่ใจสุขภาพ และรับผิดชอบสุขภาพมากกว่าผู้ชาย (Chanaphan & Settheetham, 2018)

ด้านอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แม้จะเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่มีประสบการณ์ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์และการใช้ชีวิตสูงขึ้น (Ngasori, 2022) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุมีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งเกือบร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 5 ปี จึงได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์ธิชา กำแพงแก้ว และคณะ (Kumpangkaew et al., 2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง และการศึกษาของ อดิณญา ลาอุณ และ ไพฑูรย์ วุฒิส (Lalun & Vutiso, 2021) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่เหมาะสมมาก

นอกจากนั้น การที่สถานบริการสุขภาพที่เป็นพื้นที่ศึกษามีการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นระบบ โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้า และได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลตามระดับความเสี่ยง จึงอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมากได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ และ ลภัสรดา หนูคำ (Homkaenchan & Numkham, 2023) ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุขสุขบ้านกล้วยม่วง จังหวัดลำปาง อยู่ในระดับปานกลาง ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ในขณะที่งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อประสบการณ์และการดูแลตนเอง ทำให้มีความตระหนักด้านสุขภาพและใส่ใจดูแลตนเองมากขึ้น (Kumoh & Chantra, 2015) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่นเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Thongtang & Seesawang, 2014) ต่างจากวัยทำงานที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แข่งขันเร่งรีบ เนื่องจากภาระรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจ และเป็นวัยสร้างครอบครัว จึงอาจให้ความสำคัญกับครอบครัวมากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง (Chimmamee et al., 2020)

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาค้นพบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.20 โดยปัจจัยสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อยมีอิทธิพลในการทำนายสูงสุด (OR 14.014, 95% CI 2.872 – 68.386) รองลงมา คือ ปัจจัยความเชื่อของบุคคลด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับน้อย-ปานกลาง (OR 4.839, 95% CI 1.894-12.365) ผลการศึกษานี้สอดคล้องตามกรอบแนวคิดของ โรเซนสตอก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งให้สำเร็จ จะทำให้เกิดแรงจูงใจและอดทนต่อความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรม และการได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติทั้งจากภายในตนเองและภายนอก เช่น แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ การได้รับข้อมูลสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญารัตน์ วงศ์ชนะ (Wongchana, 2021) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 14.30 และการศึกษาของ ลักษณา หัสตินทร์ (Hudsadin, 2020) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 36.60

การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกือบร้อยละ 60 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 5 ปี ทำให้ได้รับข้อมูลจากคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การได้สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรสุขภาพและผู้อื่น ร่วมกับการมีประสบการณ์ตรงในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพ ช่วยเสริมให้เกิดการปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น (Katanyutanon et al., 2017) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP < 140/90 mmHg) ร้อยละ 80.10 และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จที่เกิดจากการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ผ่านการตัดสินใจและกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ความสำเร็จนี้สะท้อนถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็ส่งเสริมให้บุคคลมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองเช่นกัน (Bandura, 1977) ผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองอยู่ในระดับมาก จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก

สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย และระดับปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตร่วมกับโรคนานกว่า 5 ปี มีโอกาสได้พบบุคลากรทางการแพทย์ตามนัดหลายครั้ง จึงได้รับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสุขภาพซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลที่พบในการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 88.40) และได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 70.50) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Chareonsin, 2021) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (Muanmee, 2014)

ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ แต่ไม่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาของ ณรงค์เดช บ้านสระและคณะ (Bansra et al., 2023) และ สายสุณี เจริญศิลป์ (Chareonsin, 2021) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายโรค จึงมีประสบการณ์ที่เคยได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง มีการปรับพฤติกรรมจนรู้ว่าเป็นเรื่องปกติและเรียนรู้วิธีที่จะดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคที่เป็น แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ ร่วมกับส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ซึ่งอาจส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจจะเกิดขึ้นได้ แต่อาจไม่ใช่ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคตามแนวคิดของ โรเซนสตอก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) เป็นการรับรู้/ความคิด/ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรค ซึ่งการประเมินโอกาสเสี่ยงนี้ขึ้นกับอารมณ์/ความรู้สึก และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลต่อความเสี่ยงนั้น การรับรู้ความเสี่ยงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงจิตา ไสดาพรม

(Sodaprom, 2020) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ ณรงค์เดช บ้านสระ และคณะ (Bansra et al., 2023) และ สายสุณี เจริญศิลป์ (Chareonsin, 2021) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนสตอก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคของโรคเป็นตัวแปรที่ทรงพลังในเชิงลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจึงทำให้ตนเองเคยชิน สามารถประเมินสิ่งกีดขวางและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพได้ มีการปรับพฤติกรรมจนรับรู้ว่าเป็นเรื่องปกติและเรียนรู้วิธีที่จะดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคที่เป็น และด้วยเทคโนโลยีปัจจุบันการได้รับข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ง่ายขึ้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏในผลวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (90 คน ร้อยละ 61.64) มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ซึ่งการที่คนส่วนมากมีการรับรู้อุปสรรคในระดับเดียวกัน จะทำให้การกระจายของข้อมูลไม่เพียงพอ (restriction of range) ทำให้ตัวแปรนี้ไม่สามารถทำนายความแตกต่างในพฤติกรรมการป้องกันโรคระหว่างบุคคลในกลุ่มตัวอย่างได้จึงพบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้

### 3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็น 2 ปัจจัย ที่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย และต่างจากการศึกษาของ ณรงค์เดช บ้านสระ และคณะ (Bansra et al., 2023) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 82.30 การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค (141 คน ร้อยละ 96.57) และรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (131 คน ร้อยละ 89.72) อยู่ในระดับมาก อาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมโดยคาดหวังว่าจะสามารถลดโอกาสของการเกิดความรุนแรงจากโรคที่เป็นได้ และผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร่วมกับยังไม่เคยประสบกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีในการดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งพฤติกรรมที่ฝังลึกในกิจวัตรอาจไม่ต้องใช้แรงจูงใจจากอารมณ์ ความรู้สึกในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างชัดเจน (Rosenstock et al., 1988)

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในระดับมากเหมือนกัน ส่งผลให้การกระจายของข้อมูลไม่เพียงพอ ข้อมูลขาดความแปรปรวน ซึ่งเป็นข้อจำกัดทางสถิติ จึงไม่สามารถแสดงความแตกต่างในพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละบุคคลได้อย่างชัดเจน (Carpenter, 2010) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุณี เจริญศิลป์ (Chareonsin, 2021) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงธิดา โสตาพรหม (Sodaprom, 2020) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด



สมอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำถึงปานกลาง รวมถึงผู้ที่ได้รับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติต่ำหรือปานกลาง เพิ่มระดับการรับรู้ และระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น สื่อสารชักจูงและกระตุ้นให้มีความเห็นร่วมในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนได้เหมาะสมและมีผลลัพธ์การปฏิบัติที่ดีเป็นต้นแบบ ถ่ายทอดความรู้รวมทั้งประสบการณ์ตรงในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยรายอื่น

2. บุคลากรสุขภาพควรเพิ่มสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างรอบด้าน ได้แก่ 1) ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ผ่านการให้คำแนะนำ คำปรึกษา การคัดกรองที่เหมาะสมตามอาการ การยกย่องชมเชยเมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดี และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติตน 2) แนะนำช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์ และ 3) ทำความเข้าใจ และสร้างความตระหนักให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ผ่านการเอาใจใส่ดูแล การกระตุ้นเตือนเรื่องการปฏิบัติตัว การช่วยเหลือเมื่อมาตรวจตามนัด การให้กำลังใจหรือชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงลึกในบริบทของสังคมไทย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง

### References

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Bansra, N., Sirinua, S., & LamLak, P. (2023). Factors related to self-care behavior for stroke prevention amongst hypertensive patients in Mae Chai District, Phayao Province. *Journal of Phrae Public Health for Development*, 3(1), 1-16. (in Thai)
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472-495. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661-669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Chanaphan, Y., & Settheetham, D. (2018). Factors associated with stroke prevention behavior among hypertension patients in Kumpawapi District, Udon Thani Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(2), 109-119. (in Thai)



- Chareonsin, S. (2021). *Factors affectings stroke prevention behavior in hypertention patients, Mueang District, Nakhon Sawan Province*. [Master's thesis, Naresuan University]. <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/2833> (in Thai)
- Chimmamee, M., Jumnianpol, S., Buathong, T., Pitukthanin, A., & Tuangvirutkorn, N. (2020). Mid-life crisis of pre-elderly workers: The adaptation of formerly private sector employees aged over 45 who shift to work in informal sector. *Journal of Demography*, 36(2), 58-95. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2019). *Key message from World's Paralysis Day 2019: My stroke zapped my energy. But not my passion*. <https://www.hfocus.org/content/2019/10/17959> (in Thai)
- Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1984). Gender stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 735-754. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.735>
- Homkaenchan, S., & Numkham, L. (2023). Factors related to stroke prevention behaviors in people with hypertension in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province. *Journal of Public Health Research and Innovation*, 1(2), 14-24. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jphri/article/view/262067/177251> (in Thai)
- Hudsadin, L. (2020). Factors predicting with self-care behaviors in hypertensive agings in out-patient department Ranode Hospital. *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(7), 373-386. (in Thai)
- Jitapunkul, S. (1998). *Principles of geriatric medicine*. Chulalongkorn University Press.
- Jones, C. J., Smith, H., & Llewellyn, C. (2014). Evaluating the effectiveness of Health Belief Model interventions in improving adherence: A systematic review. *Health Psychology Review*, 8(3), 253-269. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.802623>
- Katanyutanon, T., Janpanya, W., Pabao, S., Baojungharn, S., Noipream, T., Parlee, S., & Saengkhan, J. (2017). Self-care behaviors of diabetic and hypertensive patients at a public health center in Bangmuang Subdistrict, Samutprakarn Province. *APHEIT Journals*, 6(2), 53-62. [https://www.journals.apheit.org/journal/science-july-2560/6\\_09\\_Self%20-%20Care%20%20Behaviors%20\\_proof1\\_formatted%20.pdf](https://www.journals.apheit.org/journal/science-july-2560/6_09_Self%20-%20Care%20%20Behaviors%20_proof1_formatted%20.pdf) (in Thai)
- Klinsakorn, C., & Saetan, S. (2020). Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang District, Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 2(2), 62-77. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/243512/166112> (in Thai)
- Kumoh, C., & Chantra, R. (2015). Factors related to self-care behavior among diabetes mellitus patients in Sub-district health promoting hospitals, Pattani Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(2), 85-99. (in Thai)
- Kumpangkaew, K., Somboontanont, W., & Leelahakul, V. (2015). Relationships between perceived risk, perceived warning signs and self-care behavior in older adults at risk of cerebrovascular disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(2), 40-56. (in Thai)



- Lalun, A., & Vutiso, P. (2021). Factors predicting stroke preventive behaviors of hypertensive patients at Na Fai Sub-District Health Promoting Hospital in Chang Wat Chaiyaphum. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 27-36. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2024). *Morbidity and mortality rates of patients with stroke*. Health data center: HDC. <https://hdc.moph.go.th/pte/public/standard-report-detail/7ac059f4e4e3d08750d2ee23600556af>
- Muanmee, W. (2014). *Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among hypertensive patients in Bangrakum District, Phitsanulok Province* [Master's thesis, Naresuan University]. [https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve\\_Doi=10.14457/NU.the.2014.46](https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/NU.the.2014.46) (in Thai)
- Ngaosri, K. (2022). *Soo-ng Wai Mai Kesian*. <https://thaitgri.org> (in Thai)
- Panthonglang, W., Namphonkrang, P., & Duangsarnjan, W. (2018). Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 152-165. (in Thai)
- Puthawong, W., Kittipichai, W., Silawan, T., & Munsawaengsup, C. (2014). Cerebrovascular disease risk factors among hypertensive patients in Phayao Province. *Journal of Public Health*, 44(1), 30-44. (in Thai)
- 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. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Siriraj Stroke Center. (2019). *Stroke*. <https://www.sirirajstrokecenter.org/2019/2910.html>
- Sittiyodying, C. (2022). Prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension: The correlations between health beliefs and self-care behaviors. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 2(2), 46-60. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/257469/46-60> (in Thai)
- Sodaprom, D. (2020). *Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group in the Aranyik Tow municipality Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok Province*. [Master's thesis, Naresuan University]. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2493/3/DuangthidaSodaprom.pdf> (in Thai)
- Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2022). *Public health statistics A.D.2022*. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf> (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. [https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n\\_id=442](https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442) (in Thai)
- Thongtang, P., & Seesawang, J. (2014). Lived experience among hypertensive older people. *Nursing Journal*, 41(Suppl.), 1-10. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/32686> (in Thai)



## Factors Predicting Stroke-Preventive Behaviors Among Patients with Hypertension ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- Tijayoung, S. (2014). *The factors influencing preventive behaviors amongst risk group stroke patients* [Master's thesis, Christian University of Thailand]. <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T035797.pdf> (in Thai)
- Wongchana, T. (2021). *Factors affecting to preventive behavior of stroke patients among uncontrolled-hypertensive patients in Muang District, Phitsanulok Province* [Master's thesis, Naresuan University]. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3875/3/61061130.pdf> (in Thai)
- World Stroke Organization [WSO]. (2020). *World Stroke Organization annual report 2020*. [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO\\_Annual\\_Report\\_2020\\_online.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2020_online.pdf)
- Yodpera, K. (2019). Factors related to self-protection behaviors from stroke of uncontrolled hypertension patients in Nong Saeng District, Saraburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 1(2), 19-27. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/241445/167899> (in Thai)