

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

The relationship between the health belief model in prevention of stroke
and health behavior according to the 3E2S principle among hypertension
patients, Saen Suk sub-district health promoting hospital,
Mueang Chon Buri district, Chon Buri province

ภิญญาพัชญ์ อิทธโรจรัตนะ¹, พีรพัฒน์ สมบัติ¹, ญาณันธร กราบทิพย์¹, กัมปนาท ฉายชูวงศ์¹, บุญมี โพธิ์คำ^{2*}
Pinyapat Aittharotrattana¹, Peeraphat Sombat¹, Yananthorn Krabthip¹, Kampanart Chaychoowong¹,
Boonmee Phokham^{2*}

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajachanok Institute

²Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied
Health Sciences, Praboromarajachanok Institute

*Correspondence to: boonmee@scphc.ac.th

Received: Aug 4, 2023 | Revised: Oct 8, 2023 | Accepted: Oct 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก
3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี
จังหวัดชลบุรี จำนวน 154 ราย ที่ได้จากการสุ่มแบบเป็นระบบโดยการเรียงรายชื่อประชากรตามวันนัด
พบแพทย์ และสุ่มเลือกตัวอย่างโดยกำหนดช่วงการสุ่มเท่ากับ 2 หน่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึง
มีนาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเภทตอบเองซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยมี
ค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ
ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
สเปียร์แมนด้วยระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.5 มี
ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 73.4 และมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

อยู่ในระดับพอใช้ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.07$) ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยกำหนดประเด็นที่มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย และตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเกิดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, 3อ.2ส., โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional research aimed to study the relationship between the health belief model in prevention of stroke and health behavior according to the 3E2S principle among hypertension patients, Saen Suk sub-district health promoting hospital, Mueang Chon Buri district, Chon buri province. The samples were 154 participants recruited by systematic sampling, by selecting every 2nd person on a list of medical appointment of the population during July 2022 and March 2023. Data were collected by using a self-administered questionnaire which was assessed for content validity by the IOC was 0.67-1.00 and reliability by the Cronbach's Alpha Coefficient was 0.85. Data were analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, and minimum, and inferential statistics for correlation analysis using Spearman's rank correlation coefficient with a statistically significant level at 0.05.

The results revealed that most samples were female (65.6%) and aged 60 years or over (69.5%). Their body mass index value was over the standard (73.4%). Their awareness regarding health belief models in stroke prevention was in a high level, while their health behavior according to the 3E2S principle was in a moderate level. Moreover, there was a statistically significant positive correlation between health belief models in stroke prevention and health behavior according to the 3E2S principle ($r_s=0.48$). However, there was no correlation between perceived barriers to stroke prevention and health behavior according to the 3E2S principle ($r_s=0.07$). Therefore, health personals should provide activities for adjusting health behavior based on health belief model which should be interesting, easy to understand, and appropriate for target group especially older people. This can help the target group to be able to learn for adjusting their health behavior correctly and appropriately.

Keywords: health behavior, 3E2S (Eating, Exercise, Emotion, Stop Smoking, Stop Drinking), stroke disease, hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการด้านร่างกายตามมา อาทิมียข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยองค์การอนามัยโลกกล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต โดยสถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561-2564 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราตายตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 48, 47 และ 53 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยในปีพ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 34,545 ราย (อัตราตาย 53 ต่อแสนประชากร) แบ่งเป็นเพศชาย 19,949 ราย (ร้อยละ 58) และเพศหญิง 14,596 ราย (ร้อยละ 42)⁽²⁾ และจังหวัดชลบุรีก็เป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองสูงเช่นกัน

จังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผลการตรวจประเมินสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมของประชาชนเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองได้⁽³⁾ ซึ่งจังหวัดชลบุรี มีประชากรจำนวน 1,195,958 ราย พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 141,377 ราย (อัตราป่วย 11,825 ต่อแสนประชากร) และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 7,902 ราย (อัตราป่วย 661 ต่อแสนประชากร)⁽⁴⁾

ส่วนพื้นที่เขตอำเภอเมืองชลบุรี มีประชากรจำนวน 227,417 ราย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25,731 ราย (อัตราป่วย 11,314 ต่อแสนประชากร) และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2,589 ราย (อัตราป่วย 3,474.67 ต่อแสนประชากร)⁽⁵⁾ และในปี พ.ศ. 2565 พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีประชากร 27,093 ราย พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 1,534 ราย (อัตราป่วย 5,507 ต่อแสนประชากร) และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 134 ราย (อัตราป่วย 495 ต่อแสนประชากร)⁽⁶⁾ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคลในด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือสูญเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันและรักษาสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) อารมณ์ 4) สูบบุหรี่ และ 5) สุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อน และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นการรับรู้สุขภาพที่ดีและถูกต้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จึงมีความสำคัญอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. สามารถช่วยลดการเกิด 5 โรคเรื้อรังอันตราย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งได้ ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น และเกิดความเข้าใจในระดับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น⁽⁷⁾

นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง⁽⁸⁾ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง⁽⁹⁾ และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงด้วย⁽¹⁰⁾ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีหลายวิธีการ เช่น สอบถามความคิดเห็นที่อาจมีความแปรผันตามอารมณ์/สถานการณ์ หรือประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ และในส่วนของความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีหลายวิธีการเช่นเดียวกัน เช่น การปฏิบัติตนที่เหมาะสมอาจปฏิบัติได้ยากหากผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังหรือไม่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการศึกษาในมุมมองที่กว้างขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข โดยไม่ได้ศึกษาเพียงกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น โดยดำเนินการศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹¹⁾ ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายถึงความร่วมมือและการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. อาชีพ
6. รายได้

ข้อมูลสุขภาพ

1. ดัชนีมวลกาย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

1. ด้านการบริโภคอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านการจัดการอารมณ์
4. ด้านการสูบบุหรี่
5. ด้านการดื่มสุรา

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ต.แสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี จำนวน 256 ราย⁽⁶⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี⁽⁶⁾ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 โดยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน⁽¹²⁾

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$$

เมื่อ Z = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้พื้นที่โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96
 d = ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05
 p = ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5⁽¹³⁾

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ มีความเต็มใจและความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถอ่านออก เขียนได้ หรือพูดคุยกตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตจนไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้

สุ่มตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็น โดยทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ นำรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ ต.แสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 256 ราย⁽⁶⁾ มาเรียงตามวันนัดพบแพทย์ และสุ่มเลือกตัวอย่างโดยกำหนดช่วงการสุ่มเท่ากับ 2 หน่วย จนได้ตัวอย่างเท่ากับที่คำนวณได้ตามสูตร คือ 154 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (Self administrative questionnaire) เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ลักษณะเป็น

ข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ (Check List) 1 คำตอบ และแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ 5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ 6) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ โดยใช้การวัดแบบประมาณค่า มาตราวัดของลิเคิร์ท (Likert rating scales) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยนำมาจัดกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ลักษณะเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 6 ข้อ ใช้มาตราวัดประมาณค่า โดยใช้มาตราวัดของลิเคิร์ท (Likert rating scales) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยนำมาจัดกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ คือ ดีมาก พอใช้ ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลบ้านสวนอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความยินยอมโดยให้ลงลายมือชื่อเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออกและเขียนได้สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องการอ่าน การเขียน และการมองเห็น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการอ่านข้อคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามซึ่งผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถามหรือยกเลิกการตอบเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนการเก็บรวบรวมเพื่อเข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไปโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับสถิติพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามประกอบด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 แบ่งการวัดระดับความสัมพันธ์ 5 ระดับดังนี้ ระดับต่ำมาก (0.0 - 0.20) ระดับต่ำ (0.21 - 0.40) ระดับปานกลาง (0.41 - 0.60) ระดับสูง (0.61 - 0.80) ระดับสูงมาก (0.81 - 1.00)

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี รหัสโครงการวิจัย COA : 2022/S29 ลงวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 และกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.5 อายุเฉลี่ย 64.7 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.5 สถานภาพสมรสร้อยละ 57.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.1 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.1 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 6,641.56 บาท ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ น้ำหนักเกินจำนวน 23 คน ร้อยละ 14.9 โรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 46 คน ร้อยละ 29.9 โรคอ้วนระดับที่ 2 จำนวน 24 คน ร้อยละ 28.6 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ			
	หญิง	101	65.6
	ชาย	53	34.4
อายุ (ปี)			
	มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	107	69.5
	51 - 60	35	22.7
	41 - 50	9	5.9
	31 - 40	3	1.9
(ค่ามัธยฐานอายุ = 65.5 ปี อายุน้อยที่สุด = 33 ปี อายุมากที่สุด = 90 ปี)			
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	130	84.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	6	3.9
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	12	7.8
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3	1.9
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3	1.9
สถานภาพสมรส			
	สมรส	89	57.8
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	43	27.9
	โสด	22	14.3
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	56	37.1
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	43	28.5
	รับจ้างทั่วไป	34	22.5
	แม่บ้าน	13	8.6
	รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	3	2
	อื่นๆ	2	1.3
รายได้			
	ไม่เพียงพอ	91	59.1
	เพียงพอ	63	40.9
(ค่ามัธยฐานรายได้ 4,600 บาท รายได้น้อยที่สุด = 0 บาท รายได้มากที่สุด = 30,000 บาท)			

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	7	4.5
ปกติ	34	22.1
น้ำหนักเกิน	23	14.9
โรคอ้วนระดับที่ 1	46	29.9
โรคอ้วนระดับที่ 2	44	28.6

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยประเด็นความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (Mode=23.0, Min=12.0, Max=30.0) ซึ่งด้านพฤติกรรมที่ดีมีสุรา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก (Median=5.0, Min=1.0, Max=5.0) และด้านพฤติกรรมจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (Median=3.0, Min=1.0, Max=5.0) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าน้อยที่สุด ค่ามากที่สุด และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	Median	Min	Max	ระดับพฤติกรรม
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
- การควบคุมรสชาติและปริมาณอาหาร	3.0	1.0	5.0	พอใช้
- การรับประทานผักและผลไม้	4.0	1.0	5.0	พอใช้
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.0	1.0	5.0	พอใช้
3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด	3.0	1.0	5.0	พอใช้
4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่	5.0	1.0	5.0	ดีมาก
5. พฤติกรรมการดื่มสุรา	5.0	1.0	5.0	ดีมาก
โดยภาพรวม	23.0	12.0	30.0	พอใช้

3. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Median=138.5, Min=72.0, Max=155.0) และเมื่อพิจารณารายด้านเกี่ยวกับระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ในระดับสูงทุกด้าน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	Median	Min	Max	ระดับการรับรู้
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	28.5	14.0	30.0	ระดับสูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	20.0	6.0	20.0	ระดับสูง
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	25.0	9.0	25.0	ระดับสูง
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	21.0	5.0	25.0	ระดับสูง
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	21.0	10.0	25.0	ระดับสูง
6. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	27.0	15.0	30.0	ระดับสูง
โดยภาพรวม	138.5	72.0	155.0	ระดับสูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติ

เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.36$, $r_s=0.43$, $r_s=0.40$ และ $r_s=0.44$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.55$) แต่ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.07$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	r_s	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.36	< .001**	ระดับต่ำ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.43	< .001**	ระดับต่ำ
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.40	< .001**	ระดับต่ำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด	ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.		
สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	r_s	p-value	ระดับความสัมพันธ์
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.07	0.29	ระดับต่ำมาก
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.55	< .001**	ระดับปานกลาง
6. สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.44	< .001**	ระดับต่ำ
โดยภาพรวม	0.48	< .001**	ระดับต่ำ

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูงซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิก ผู้ป่วยโรคไม่เรื้อรังที่ได้รับคำแนะนำ และการเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าทุกด้านมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ระดับสูงเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น บุคคลใกล้ชิดเคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือการให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง และสามารถพิจารณารายด้าน ได้ดังนี้ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย

ไม่เพียงพอหรือขาดการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน/คุณภาพชีวิตลดลง (3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น หากสามารถจัดการความเครียดได้ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นเรื่องยาก (5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น สามารถควบคุมการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรม 3อ. คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการ

ความเครียด มีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ยังไม่ดีมากนัก เพราะกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง จึงไม่ได้มีการควบคุมปริมาณอาหารและการปรุง อีกทั้งยังไม่ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก และผลไม้ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีความยากลำบากในการออกกำลังกาย เนื่องด้วยอายุที่มากขึ้น ประกอบกับสุขภาพร่างกายที่ไม่ค่อยแข็งแรงเท่าที่ควร และในเรื่องของการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการจัดการความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในการใช้ชีวิต ซึ่งบางครั้งจัดการได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ที่มีต่อความเครียดนั้นได้ จึงทำให้ระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียดยังไม่ดีเท่าที่ควร⁽¹⁰⁾ แต่พฤติกรรม 2ส. คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรามีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่แล้ว

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับต่ำ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดจากลักษณะทางกายภาพและสภาพร่างกาย จึงเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเสี่ยงสูง⁽⁸⁾ ที่พบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง⁽⁸⁾ ที่พบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง แต่ไม่สามารถอธิบายตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ เนื่องจากผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง แต่ในด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ถ้าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก จะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตนเองมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีข้อจำกัดและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง⁽⁹⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงการรับรู้ที่ดีไม่ได้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีตามมา แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ควบคุมปริมาณอาหารและการปรุงรสไม่ได้ จัดการความเครียดได้ยาก และงดดื่มสุราและสูบบุหรี่ได้ยาก แต่ก็เลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมไม่ได้ เพราะมีปัจจัยด้านต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง หรือซื้ออาหารมารับประทาน เป็นต้น ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาใน

กลุ่มผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องส่งเสริมความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. บุคลากรทางด้านสุขภาพควรจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนดประเด็นที่มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย และตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้สามารถ เกิดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาเพื่อหาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาในการอธิบายถึงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากอาจารย์ผู้ดูแลทุกท่าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ สำหรับการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างทุกคนในอำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่ได้ให้ความร่วมมือจนประสบความสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. Int J Stroke 2022; 17(1):18-29.
2. กองโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นการรณรงค์วันอัมพาตโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
3. ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริชากุล, สุวรรณ จันทรประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563; 31(2):28-40.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี; 2565.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี.ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี; 2565.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข. สรุปรายงานผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข; 2565.
7. กองสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ยี่สิบห้า มีเดีย จำกัด; 2565.

8. สุริยา หล้ากำ, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560; 9(2):85-94.
9. จตุพงษ์ พันธุ์ไธ, นิรมัย มณีรัตน์, สุกัตรา ปวนไผ, สุขารินี ศรีสวัสดิ์, วินัฐ ดวงแสนจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(3):882-95.
10. พรศิริ พันธสี, กาญจนา ศรีสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่จิ๋วแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2563; 6(1):45-57.
11. Rosenstock M, Strecher J, Becker H. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q 1988; 15(2):175-83.
12. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences, 7th edition. New York: John Wiley and Sons Inc; 1999.
13. ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม

ความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2565; 2(2):46-60.