ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โดย

อุมาพร แก้วสุข

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS OF STROKE AMONG PATIENTS WITH HYPERTENSION

BY

UMAPORN KAEWSUK

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

SCHOOL OF NURSING

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โดย
อุมาพร แก้วสุข

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

ผศ. ดร.ศากุล ช่างไม้	ผศ. ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น
ประธานกรรมการสอบ	กรรมการ
รศ. ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร	รศ. ดร.อาภรณ์ ดีนาน
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา	กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ศ. ดร.สื่อจิตต์ เพ็ชร์ประสาน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
30 กรกฎาคม 2568

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Thesis entitled

FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS OF STROKE AMONG PATIENTS WITH HYPERTENSION

by

UMAPORN KAEWSUK

was submitted in partial fulfillment of the requirements

for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University

Academic Year 2025

Asst. Prof. Sakul Changmai, Ph.D.	Asst. Prof. Varin Binhosen, Ph.D.
Examination Committee Chairperson	Member
Assoc. Prof. Wimonrut Boonsatean, Ph.D.	Assoc. Prof. Aporn Deenan, Ph.D.
Member and Advisor	Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Prof. Suejit Pechprasarn, Ph.D.)

Dean of Graduate School

July 30, 2025

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี ด้วยความกรุณา และความอนุเคราะห์ช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำเป็นอย่างดี สละเวลาในการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ จนการค้นคว้าสำเร็จสมบูรณ์รวมทั้งเอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ให้คำแนะนำและเสนอแนะความคิดเห็นในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุพการี และบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง เพื่อนใกล้ชิดที่คอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดมา คุณค่าและคุณประโยชน์ที่อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จงบังเกิดแก่บุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

อุมาพร แก้วสุข

ผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

6403384 : อุมาพร แก้วสุข
ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
หลักสูตร : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ. ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : รศ. ดร.อาภรณ์ ดีนาน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน เลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี และมีหรือไม่มีโรคร่วม 2) อายุมากกว่า 35 ปี 3) ไม่มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) ไม่มีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 38.20

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการใช้วิธีการหลากหลายเพื่อเพิ่มระดับการรับรู้และความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ร่วมกับเพิ่มการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันหลอดเลือดสมองทั้งจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากช่องทางต่าง ๆ จะส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 164 หน้า)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ลายมือชื่อนักศึกษา.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

6403384 : Umaporn Kaewsuk
Thesis Title : Factors Predicting Preventive Behaviors of Stroke Among Patients with Hypertension
Program : Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Thesis Advisor : Assoc. Prof. Wimonrut Boonsatean, Ph.D.
Thesis Co-Advisor : Assoc. Prof. Aporn Deenan, Ph.D.

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine stroke prevention behaviors and identify factors predicting such behaviors among patients with hypertension receiving healthcare service at Health Promoting Hospitals in suburban areas. A total of 146 participants were selected through multistage random sampling based on the following inclusion criteria: (1) diagnosed with hypertension for at least one year, with or without comorbidities; (2) aged over 35 years; (3) no history of stroke; and (4) able to complete the questionnaire independently and willing to participate. Research instruments included questionnaires on personal factors, health beliefs, cues to action for preventive behaviors, and stroke prevention behaviors. Data were collected from August to November 2023 and analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regression.

The findings revealed that the majority of the participants were elderly females, and that overall stroke prevention behaviors among patients with hypertension were at a high level. Perceived self-efficacy and cues to action for preventive behaviors were statistically significant predictors of stroke prevention behaviors ($p < .01$). Together, these factors accounted for 38.2% of the variance in stroke prevention behaviors among hypertensive patients.

This study highlights the importance of implementing diverse strategies to strengthen individual perceived self-efficacy and confidence. Moreover, enhancing support from healthcare professionals, family members, and ensuring access to accurate, up-to-date information on stroke prevention from multiple sources can significantly contribute to the effectiveness of stroke prevention behaviors among hypertensive patients.

(Total 164 pages)

Keywords: Disease Prevention Behaviors, Stroke, Patients with Hypertension

Student's Signature .....Thesis Advisor's Signature.....
Thesis Co-Advisor's Signature .....

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฉ**
สารบัญรูป		**ช**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	6
	คำถามการวิจัย	7
	สมมติฐานการวิจัย	7
	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
	นิยามเชิงปฏิบัติการ	9
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง**	**11**
	โรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง	11
	โรคความดันโลหิตสูง	24
	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	29
	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	43
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีการวิจัย**	**56**
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
	การวิเคราะห์ข้อมูล	65

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**66**
	ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	66
	ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	70
	ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	71
	ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	76
บทที่ 5	**สรุปผลและข้อเสนอแนะ**	**78**
	สรุปผลการวิจัย	78
	ข้อเสนอแนะ	86
เอกสารอ้างอิง		**87**
ภาคผนวก		**97**
ภาคผนวก ก	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	98
ภาคผนวก ข	เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	112
ภาคผนวก ค	เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	135
ภาคผนวก ง	ผลการทดสอบข้อมูลทางสถิติเพิ่มเติม	147
ประวัติผู้วิจัย		**164**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

2.1 การจำแนกระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาต่าง ๆ 25

2.2 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดข้าวแป้ง 31

2.3 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดเนื้อสัตว์ ไข่ และ นม 31

2.4 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดผัก 32

2.5 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดผลไม้ 33

2.6 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดไขมัน 33

2.7 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารจานเดียว 34

2.8 แสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องดื่มและอาหารว่าง 34

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 67

4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้าน 70

4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของระดับความเชื่อส่วนบุคคลโดยรวมและรายด้าน 72

4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมและรายด้าน 73

4.5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติฟิสเชอร์ 74

4.6 สัมประสิทธิ์โลจิสติกของปัจจัยทำนายระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 77

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 8

2.1 ตัวอย่างและวิธีการอ่านปริมาณโซเดียมจากฉลากโภชนาการ 36

2.2 องค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Becker และ Maiman 45

2.3 องค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rosenstock Strecher และ Becker 47

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองที่พบบ่อย นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ สูญเสียชีวิต พิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อร่างกาย 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 จากฐานข้อมูลระบบรายงานสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2564 พบอุบัติการณ์ของอัตราการป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (อัตราป่วย 221, 247, 267, 292, และ 312 ตามลำดับ อัตราตาย 47.81, 47.15, 52.97, 52.80 และ 55.53 ตามลำดับ) (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2567; Health Data Center[HDC], 2024) นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2565 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับสอง รองจากโรคมะเร็ง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งสถานการณ์ที่พบในจังหวัดปทุมธานีมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน 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 (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2567; HDC, 2024)

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งสามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุน้ำหนักแรกคลอด เชื้อชาติ และพันธุกรรม และ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Meschia et al., 2014) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Hanchaiphiboolkul et al., 2011) เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืนหยุ่น และแตกเปราะบางง่าย ผลการศึกษาติดตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยชายวัยกลางคน ระยะเวลา 28 ปี ในประเทศสวีเดน พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Harmsen, Lappas, Rosengren, & Wilhelmsen, 2006) ส่วนผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6.56 และ 6.32 เท่าของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้และผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ตามลำดับ (เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ, ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, และวิริณธิ์ กิตติพิชัย, 2563) และหากเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย จะพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 4-5 เท่า (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าความดันโลหิตควรน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท) จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 36 (วริศรา ปั่นทองหลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์, 2561) การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญจึงมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด งดการสูบบุหรี่ และงดการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการใช้ยา (วิไลพร พุทธวงศ์, วิริณธิ์ กิตติพิชัย, ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, 2557) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากถึงร้อยละ 80-90 (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561; Siriraj Stroke Center, 2016) อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางส่วนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (ปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัธยมางกูร, และอนันต์ มาลารัตน์, 2554) มีการปรับ

เพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง (อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2557) ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารรสหวานจัด (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) เค็มจัด (ปฐญาภรณ์ ลาลุน และคณะ, 2554; อุไรพร คล้าฉิม, 2554) และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารประเภทผัดและทอด (อุไรพร คล้าฉิม, 2554) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (อุไรพร คล้าฉิม, 2554) ออกกำลังกายครั้งละไม่ถึง 30 นาที (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ และลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2559) สูบบุหรี่ และไม่สามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (อุไรพร คล้าฉิม, 2554) รวมถึงด้านพฤติกรรมการพบแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยไม่ไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ (ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์, 2559) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองสูงขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดปทุมธานีที่พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 29 ที่สามารถปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ (HDC, 2024)

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อเป้าหมายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลนับเป็นหนึ่งในปัจจัยเหตุสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งความเชื่อส่วนบุคคลในการศึกษานี้ประยุกต์มาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ตามแนวคิดของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มีแนวคิดว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อประเมินแล้วพบว่าเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือกรณีที่เป็นโรคแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ บุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น หากประเมินแล้วพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ ตนเองจะได้รับผลประโยชน์มากกว่าผลเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ และเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองร่วมกับมีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติทั้งจากภายในบุคคล ได้แก่ ตัวบุคคลเอง ความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง และสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อม

ข้อมูลข่าวสาร สื่อต่าง ๆ และชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม ผลลัพธ์ที่ตามมา คือ บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น

พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Kasl & Cobb, 1966) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการมาพบแพทย์ตามนัด (สายสุนี เจริญศิลป์, 2564; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรม ของ Carpenter (2010) ซึ่งศึกษาโดยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จากงานวิจัย 18 เรื่อง (กลุ่มตัวอย่าง 2,702 คน) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยตัวแปรการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด ในขณะที่ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงมีอิทธิพลในการทำนายต่ำ และตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล และจากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพดีและผู้ป่วยที่มีโรค เช่น โรคหูชั้นกลางอักเสบ โรคหืด โรคเบาหวาน และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ของ Jones, Smith, and Llewellyn (2014) ศึกษาโดยการทบวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากงานวิจัย 18 เรื่อง พบงานวิจัย 6 เรื่องที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด และสรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความเหมาะสมที่จะใช้เป็นพื้นฐานทางทฤษฎีสำหรับการออกแบบการทดลองที่เสริมสร้างความสม่ำเสมอของพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งกลุ่มที่เสี่ยงและกลุ่มที่ยังไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งทางบวก ทางลบ และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค

และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค พบทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวก และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดในงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค (กาญจนาพร ยอดภีระ, 2562; ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (กาญจนาพร ยอดภีระ, 2562; ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง, 2565) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (กาญจนาพร ยอดภีระ, 2562; ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563; ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง, 2565) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (กาญจนาพร ยอดภีระ, 2562; ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563; Upoyo et al., 2021) และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง, 2565) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง, 2565) และปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Carpenter, 2010) การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (กษมา เชียงทอง, 2554) สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (กาญจนาพร ยอดภีระ, 2562)

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคซึ่งเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายได้ร้อยละ 19.80 (R^2 = 0.198) (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 23.90 (R^2 = 0.239) (อนัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส, 2564) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และระยะเวลาที่ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 48.90 (สายสุนี เจริญศิลป์, 2564)

จากแนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกและในประเทศไทยใน 10 ปีข้างหน้าที่เพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง ในขณะที่คนไทยบางส่วนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้เพียง 1 ใน 5 นั้น ส่งผลให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรค

หลอดเลือดสมองสูงขึ้น แม้งานวิจัยในต่างประเทศจะมีความก้าวหน้าในการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการออกแบบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้ (Carpenter, 2010; Jones et al. (2014) แต่การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลและสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงพบผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และยังไม่พบการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) ทำให้ไม่สามารถสรุปอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลและสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน ร่วมกับในพื้นที่ศึกษามีการดำเนินมาตรการในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลและสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนก่อนนำสู่การปรับปรุงมาตรการในการเฝ้าระวังที่เหมาะสม นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ยังเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการวางแผนดูแล/ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอ/ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลและด้านสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และด้านสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

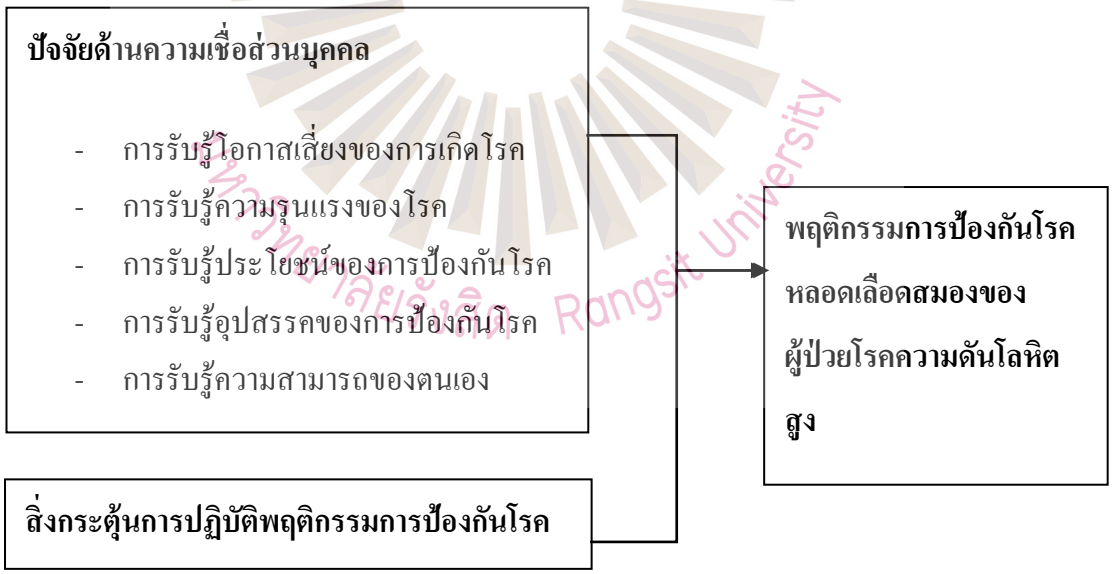
ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และด้านสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลที่นำมาใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) ซึ่งเชื่อว่า ความนึกคิดหรือการรับรู้ (Perceived) หรือความเชื่อของบุคคลและครอบครัว มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแบบแผนความเชื่อตามแนวคิดนี้แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ 2) กลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Individual beliefs) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และ 3) กลุ่มปัจจัยด้านการกระทำ (Action) ประกอบด้วย สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลต้องการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้เลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของ

บุคคล และปัจจัยสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจากภายนอก เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคมีความรุนแรง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง ในขณะเดียวกันก็เชื่อว่าหากปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะเกิดประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ แม้ต้องเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็สามารถปรับ ลดอุปสรรคเหล่านั้นได้ ผู้ป่วยก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นหากผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเหล่านี้ อาจสามารถทำนายหรือร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ดังแสดงตามรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ ความเชื่อ หรือความนึกคิดที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้ในการอธิบายและการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามในงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” ของกาญจนาพร ยอดภีระ (2562) โดยคำนิยามขององค์ประกอบต่าง ๆ มีดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ หรือความนึกคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อความรุนแรงของโรคว่าหากมีการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บทบาทหน้าที่ของตนในสังคม การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อครอบครัว

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ หรือความนึกคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ส่งผลดีและเหมาะสม

4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ หรือความนึกคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ หรือความนึกคิด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองให้สำเร็จ แม้จะพบปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ก็ตาม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ปัจจัยชักนำจากภายนอกที่ช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ประเมินได้จากแบบสอบถามสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของกาญจนาพร ยอดภีระ (2562)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายเฉพาะโรค ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการมาพบแพทย์ตามนัด ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของสายสุนี เจริญศิลป์ (2564)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรณที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease [CVD] หรือ Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตสูงติดอันดับ 1 ใน 3 อันดับแรกของประเทศไทยและของโลก (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564; WSO, 2020) นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ความทุกข์ทรมาน และความพิการในระยะยาว การป้องกันไม่ให้เกิดโรคดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน

ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้ “rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” (World Health

Organization, [WHO], 1973) หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองแบบเฉพาะจุดหรือทั่วทั้งสมอง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยมีสาเหตุหลักมาจากหลอดเลือดในสมอง ทำให้มีอาการทางคลินิกนานเกินกว่า 24 ชั่วโมงหรือเป็นเหตุให้เสียชีวิต

สถาบันประสาทวิทยาและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke: NINDS) ให้คำนิยามว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยง หรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรืออย่างถาวรก็ได้ (National Institute of Neurological Disorders and Stroke[NINDS], 2009)

โดยสรุปโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตจึงหมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่แสดงถึงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุหลักจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายได้ในที่สุด

การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้หลายประเภท แต่ที่นิยมแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การจำแนกชนิดตามตำแหน่งของพยาธิสภาพ (anatomical localization) 2) การจำแนกชนิดตามลักษณะของพยาธิสภาพ (pathological classification) 3) การจำแนกชนิดตามระยะเวลาการดำเนินโรค และ 4) การจำแนกชนิดตามพยาธิกำเนิด (pathogenesis) เนื้อหาในส่วนนี้ จะกล่าวถึงโรคหลอดเลือดสมองที่จำแนกตามลักษณะของพยาธิสภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Silverman & Rymer, 2012) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) อาจเกิดจากการตีบ และ/หรือตันของหลอดเลือด ส่งผลทำให้เนื้อเยื่อสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพขาดออกซิเจน โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้พบประมาณร้อยละ 85 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และสามารถแบ่งออกเป็นอีก 3 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรือมีลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombotic stroke)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

โรคหลอดเลือดสมองมีก้อนเลือดอุดตัน (Embolic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแบบลาคูนา (Lacunar strokes) โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดแต่ละชนิดมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรือมีลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombotic stroke) พบประมาณร้อยละ 60 และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) โดยสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันเกาะหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และภาวะเบาหวาน เป็นเวลานานทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (Atherosclersis) ซึ่งจะเกิดขึ้นทีละน้อย เมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือด จะเกิดการลายผนังของหลอดเลือดชั้น Endothelium ทำให้เกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือดและกระตุ้นปัจจัยการแข็งตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นบริเวณนั้น และไปอุดตันหลอดเลือด โดยลิ่มเลือดอาจอุดตันในเส้นเลือดของสมองหรือนอกสมองก็ได้ ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือดที่จะไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือดและเกิดการตายของเนื้อสมอง ทั้งนี้ เส้นเลือดที่อยู่ภายนอกสมองที่พบส่วนใหญ่ คือ เส้นเลือดแดงคาโรติด (Carotid artery) ส่วนเส้นเลือดของสมองมักพบบริเวณทางแยกหรือการแตกแขนงของเส้นเลือดแดงคาโรติด (Bifurcation of acrostic arteries) บริเวณส่วนปลายของเส้นเลือดแดงเวอร์ติบรอล และส่วนต้นของเส้นเลือดแดงบาซิลาร์ (Distal intracranial portion of vertebral arteries and proximal basilar arteries) ภาวะนี้อาจเกิดได้ในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ หรือหลังจากตื่นนอนทันที ระหว่างการผ่าตัด หรือหลังจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) อาการของโรคจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป อย่างช้าๆ ใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

1.2 โรคหลอดเลือดสมองแบบมีก้อนเลือดอุดตัน (Embolic stroke) พบประมาณ ร้อยละ 25 เกิดจากก้อนเลือดที่ก่อตัวจากเส้นเลือดภายนอกสมอง หรือเส้นเลือดของหัวใจ หรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดในสมอง และมีการติดค้างและอุดตันเส้นเลือดแดงในสมอง การเกิดก้อนเลือดนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial fibrillation) โรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) เยื่อบุหัวใจอักเสบ (Bacterial endocarditis) โรคลิ้นหัวใจ หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียมและภาวะหลังผ่าตัดหัวใจ นอกจากนี้การอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น ลิ่มเลือดจากปอด (Pulmonary thrombosis) อาการของโรคจะมีลักษณะเป็นแบบทันทีทันใด ใช้เวลาเป็นวินาทีหรือนาที ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดขึ้นได้ขณะมีกิจกรรมหรือมีการออกแรง

1.3 กลุ่มอาการลาคูนนาร์ (Lacunar syndrome) คำว่า ลาคูน (lacune) มีรากศัพท์มาจากภาษาฝรั่งเศสแปลว่า ช่องว่าง ซึ่งเป็นลักษณะทางพยาธิวิทยาสำคัญที่พบในกลุ่มอาการนี้ โดยเกิดจากความผิดปกติเฉพาะที่ของหลอดเลือดขนาดเล็กที่แตกแขนงตั้งฉากกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ (penetrating small artery) จึงทำให้เนื้อสมองที่อยู่ส่วนลึก ได้แก่ ส่วนเบซัลแกงเกลีย (Basal ganglia) ธาลามัส (Thalamus) และพอนส์ (Pons) ขาดเลือดไปเลี้ยงได้ เห็นเป็นช่องว่างในเนื้อสมอง จึงใช้ชื่อเรียกว่า กลุ่มอาการลาคูนนาร์ (Lacunar syndrome) ประกอบด้วยกลุ่มอาการสำคัญ 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการอ่อนแรงครึ่งซีกล้วน (pure motor syndrome) 2) กลุ่มอาการชาครึ่งซีกล้วน (pure sensory syndrome) 3) กลุ่มอาการเดินเซและอ่อนแรงครึ่งซีกเล็กน้อย (ataxic hemiparesis syndrome) 4) กลุ่มอาการพูดลำบากและใช้งานมือไม่สะดวก (dysarthria clumsy-hand syndrome) และ5) กลุ่มอาการอ่อนแรงและชาครึ่งซีก (sensorimotor syndrome) ซึ่งร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการลาคูนนาร์ มักจะมีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2567)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) มีสาเหตุมาจากการมีเลือดออกในสมอง หรือเส้นเลือดในสมองแตก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้และความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองแต่กำเนิด (Cerebral arteriovenous alformation: AVM) ความผิดปกติตำแหน่งรอยต่อระหว่างหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ผลจากหลอดเลือดสมองแตกทำให้เกิดเลือดออกในสมอง โรคหลอดเลือดสมองแตก สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ เลือดออกในเนื้อสมองและเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง

2.1 การมีเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage: ICH) พบได้ประมาณร้อยละ 15 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ลักษณะพยาธิสภาพ มีการแตกของกลอดเลือดสมอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง ส่งผลให้เนื้อสมองตาย ผู้ที่เป็นจะมีลักษณะอาการที่ผิดปกติทางประสาทอย่างทันที ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงมาก ร่วมกับอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียน และถ้าเลือดออกมีจำนวนมาก หรือเลือดออกในก้านสมองจะทำให้หมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

2.2 การมีเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage: SAH) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาการของภาวะเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมองจะมีลักษณะปวดศีรษะทันทีทันใด ตามด้วยระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาจหมดสติได้ อาการปวดศีรษะจะพบได้บ่อยโดยจะปวดมากอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน แต่บางรายอาจปวดศีรษะเพียง

เล็กน้อย อาการปวดศีรษะเกิดเนื่องจากเลือดที่ออกจากหลอดเลือดไปทำให้เยื่อหุ้มสมองเกิดการระคายเคือง นอกจากนี้ อาจพบอาการคอแข็ง (Stiffness) อาการปวดหลัง และกลัวแสง (Photophobia) อาการต่างๆที่เกิดขึ้น จะขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเลือดที่ออก ตำแหน่งของเลือดที่ออก และพื้นที่ของเนื้อสมองที่ถูกกดเบียด โดยอาจมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทหรือชักได้ ถ้าปริมาณเลือดที่ออกมีปริมาณมาก จะทำให้หมดสติทันทีและหยุดหายใจได้

โดยสรุปโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ชนิดหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) โดยชนิดขาดเลือดเกิดจากการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือด ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจน พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 85 และสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ Thrombotic Stroke, Embolic stroke และ Lacunar stroke ส่วนโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก เกิดจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งอาจเป็นการแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage: ICH) หรือในชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage: SAH) โดยมีสาเหตุสำคัญจากความดันโลหิตสูงและความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองอุดกั้น

สมอง เป็นอวัยวะที่ต้องการเลือดไปเลี้ยงมากที่สุดในร่างกายถึงร้อยละ 15-20 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ เมื่อใดก็ตามที่เกิดการอุดกั้นของหลอดเลือด จะทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดลดลง อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เซลล์สมองทำงานได้ เมื่อเวลาผ่านไปการไหลเวียนเลือดก็จะลดลงเรื่อยๆ จนการกำซาบออกซิเจน ของเลือดน้อยกว่า 18 มิลลิลิตรต่อ 100 มิลลิกรัมของเนื้อสมองต่อนาที เซลล์สมองในบริเวณดังกล่าวจะเกิดภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ ไม่สามารถกลับคืนมาเป็นปกติได้อีกต่อไป เรียกกระบวนการในระดับเซลล์ของสมองขาดเลือดว่า “ischemic cascade” เมื่อเซลล์สร้างพลังงานได้ลดลง จะเกิดการกระตุ้นตัวรับกลูตาเมท เกิดการสะสมประจุโซเดียม คลอไรด์ และแคลเซียม ภายในเซลล์ ทำให้เกิดอันตรายต่อไมโตคอนเดรีย และเกิดเซลล์ตายถาวรในที่สุด ภายในไม่กี่นาทีหลังจากที่เซลล์ประสาทขาดออกซิเจนและกลูโคสจะเกิดการโพลาไรเซชันของเซลล์ประสาท และไม่สามารถรักษาศักยภาพของเยื่อหุ้มเซลล์ภายในเซลล์ได้ และภายในไม่กี่ชั่วโมงก็จะเกิดการบวมของเซลล์เหล่านี้ การเกิดเส้นเลือดอุดตัน ก่อให้เกิดอัตรายต่อเนื้อสมองที่อยู่ในแนว territory ของเส้นเลือดนั้นๆ ความรุนแรงขึ้นกับระดับของการกำซาบของเลือดที่ยังเหลืออยู่ สมองที่ขาดเลือดสมบูรณ์เรียกว่า “core” เป็นส่วนที่สูญเสียการทำงานของเซลล์อย่างสมบูรณ์และอาจเกิด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาวะเซลล์ตาย ภายในเวลาไม่กี่นาที สำหรับเนื้อสมองส่วนที่เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงลดลง เซลล์อาจยังมีชีวิตอยู่ได้หลายชั่วโมง เรียกว่า “penumbra” มักจะอยู่รอบๆ core หากได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที เซลล์นี้อาจจะกลับคืนมาเป็นปกติได้ ดังนั้นการรักษาโรคหลอดเลือดอุดกั้นในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การกู้กลับคืนของเซลล์ในส่วน penumbra ให้กลับมาเป็นปกติให้มากที่สุด (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2567)

ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ด้านร่างกาย หากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีจะมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงร้อยละ 20 หากรอดชีวิตจะทำให้เกิดความพิการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจจะมีความพิการที่เรียกว่า “อัมพาต” หลงเหลืออยู่ มีการสูญเสียการทรงตัวตามปกติและเคลื่อนไหวลำบากหรือ มีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายในส่วนที่เป็นอัมพาต เป็นปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ (ณฐกร นิลเนตร, 2562; Dalvandi, Heikkila, Maddah, Khankeh, & Ekman, 2010; Silverman & Rymer, 2012) โดยรายละเอียด ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เกิดภาวะความพิการทำให้มีการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายมีความผิดปกติของการพูด อ่าน เขียน ประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางรายที่ไม่สามารถขับเสมหะได้ ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ประสิทธิภาพทางเพศลดลง เกิดแผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือกิจวัตรประจำวันได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจเองได้ ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งอาจหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ความพิการที่หลงเหลือ ทำให้มีการสูญเสียภาพลักษณ์ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทบิดา มารดา สามีหรือภรรยาได้เช่นเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นตลอด ร่วมกับมีการสื่อสารบกพร่อง ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นให้เข้าใจตนเอง

ได้ หรือพูดไม่ชัด ซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อการดูแลของบุคคลในครอบครัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า เกิดปัญหาด้านจิตใจ มีอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งมักพบในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี ภายหลังเกิดโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับใคร เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม

3. ผลกระทบด้านครอบครัว หากผู้นำครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบ เช่น ภรรยาต้องรับหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วย รวมทั้งหารายได้ให้กับครอบครัว (Satink et al., 2013)

4. ผลกระทบด้านภาวะเศรษฐกิจ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือทำหน้าที่ได้ลดลงอาจกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ขณะเดียวกันบางรายอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทั้งจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ผ้าอ้อม ที่นอนลมสำหรับป้องกันแผลกดทับ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้หากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติผู้ดูแลหลักอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น มีรายงานการศึกษา พบว่า ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเท่ากับ 42,000 บาท/admission ความแตกต่างในการรักษาส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการรักษาโดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด การรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมต้นทุนทั้งหมด 48,700 บาท/ admission ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อปีประมาณ 118,580 บาท (กรมการแพทย์ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยมักมีความพิการ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียดและซึมเศร้า ครอบครัวต้องปรับตัวเพื่อดูแลผู้ป่วย ขณะที่เศรษฐกิจครอบครัวได้รับผลกระทบจากรายได้ที่ลดลงและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง การป้องกันในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ National Stroke Association (NSA, 2009) ได้สรุปปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 8 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว การสูบบุหรี่ ระดับโคเลสเตอรอล โรคเบาหวาน การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการเกิน และประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว

สมาคมแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา American Heart Association/ American Stroke Association (AHA/ASA, 2014) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับปรุง แก้ไข หรือหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักแรกคลอด เชื้อชาติ และพันธุกรรม

1.1 อายุ (Age) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น อุบัติการณ์การเกิดโรคก็จะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี 2.94 เท่า (Grinnon et al., 2012) การศึกษาของ Misgana, Asemahagn, Atnafu, and Anagaw (2023) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 45–65 ปี มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี ถึง 10.25 เท่า (95% CI 7.47–11.1) การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี, อายุระหว่าง 70–79 ปี และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 4.07 (95% CI 2.48–4.77), 5.36 (95% CI 2.66–6.89) และ 6.21 เท่า (95% CI 2.94–7.35) ตามลำดับ และมีการศึกษาแบบ Meta-analysis ที่รวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองถึง 7.4 เท่า (95% CI; 6.2–8.9) (Rajati, F., Rajati, M., Rasulehvandi, & Kazeminia, 2023)

1.2 เพศ เพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า จากการศึกษาของ Jacobs, Albala, and Lin (2002) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.05$) โดยเพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง ถึง 3.7 เท่า เนื่องมาจาก

ความแตกต่างของฮอร์โมนเพศ โดยเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีส่วนช่วยลดการตีบตันของหลอดเลือดแดงได้ ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่าเพศชาย การศึกษาของ Misgana et al. (2023) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้หญิงมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้ชาย 0.71 เท่า (95% CI 0.396–1.3)

1.3 น้ำหนักแรกคลอด (Birth weight) ที่น้อยกว่า 2,500 กรัม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับคนที่มีน้ำหนักแรกคลอด 4,000 กรัม (รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, และธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย, 2562)

1.4 เชื้อชาติ (Race/Ethnics) พบว่า คนผิวดำและชาวฮิสแปนิค ลาติโน่อเมริกา มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว (รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์ และคณะ, 2562)

1.5 พันธุกรรม (Genetics) คนที่ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มโอกาสการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 30 และหากพบว่าบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อยกว่า 65 ปี โอกาสที่ลูกหรือหลานจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 3 เท่า (รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์ และคณะ, 2562) การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 1.87 เท่า (95% CI 1.32–2.33) และจากรายงานการทบทวนการศึกษาวิจัยอย่างมีระบบ ใน 53 การศึกษาวิจัย พบว่า ในกลุ่มที่เป็นฝาแฝดแท้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มฝาแฝดไม่แท้ (OR = 1.65; 95% CI = 1.2-2.3, p = .003) นอกจากนี้ ลักษณะทางพันธุกรรมบางชนิด เช่น Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL) มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ สมองขาดเลือดแบบสับคอติคอลสโตร์ค (Subcortical stroke) สมองเสื่อม (Dementia) และปวดศีรษะแบบไมเกรน (Fabry disease) ซึ่งพบเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดการขาดเอนไซม์ (Lysosomal α-galac tosidase) และทำให้เกิดการสะสมของ Globotriaosylceramide และ Glycosphingolipids ซึ่งส่งผลต่อการอุดตันของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย (Rubattu et al., 2001)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เป็นปัจจัยที่ได้รับการตรวจสอบ และยืนยันว่าสามารถปรับปรุง หรือแก้ไขให้ดีขึ้นโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2.1 ปัจจัยที่มีการศึกษาว่าสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย

2.1.1 โรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย ภาวะนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความเสี่ยงประมาณ 3-17 เท่า ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาของโรค ความรุนแรงของโรค และการควบคุมความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanchaipiboolkul et al. (2007) พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 3.38 เท่า (95% CI 1.65–5.23) การศึกษาของ Misgana et al. (2023) พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.18 อัตราการเกิดโรคโดยรวม 1 รายต่อ 100 คน-ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่สอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับความรุนแรง 5.21 เท่า (95% CI 2.75-9.8) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่ควบคุมไม่ได้ (SBP/DBP $\geq$ 140/90 mmHg) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมได้ 2.95 (95% CI 1.21–354) และ 1.9 เท่า (95% CI 1.1–3.57) ตามลำดับ

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5-9 ปี และ 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5.14 และ 17.18 เท่า ของผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี (95% CI; 1.72 – 15.45), (95%CI; 6.45 – 45.8) (มิรันตี แพงงา, ชนัญญา จิรพรกุล, กมล ศรีสว่างวงศ์, และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2565)

2.1.2 โรคเบาหวาน พบว่า เป็นปัจจัยรองลงมาจากโรคความดันโลหิตสูง ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ผนังหลอดเลือดสมองเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลา 12 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่า ของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hanchaipiboolkul et al., 2007) สำหรับโรคเบาหวานอย่างเดียวจะพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.48 เท่า และถ้าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะพบ

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 4.90 เท่า (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 1.57 เท่า (95% CI 1.33–2.14)

2.1.3 ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ระดับคอลเลสเตอรอลในเลือดที่สูงขึ้นสัมพันธ์โดยตรงกับอุบัติการณ์ของการหนาตัวและตีบตันของหลอดเลือดแดงอินเทอร์นอลคาร์โรติด (Internal carotid) (Amarenco & Labreuche, 2009) ระดับไขมันในเลือดสูงจะทำให้เกิดการสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด กีดขวางการไหลเวียนเลือด ส่งผลให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hanchaipiboolkul et al., 2007) การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า โรคไขมันในเลือดสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 2.15 เท่า (95% CI 1.39–3.17) การศึกษาของ วุฒิชัย แป้นทอง และรัตนา สายยศ (2567) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับไขมันแอลดีแอล (HDL) >40 mg/dl จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.2 เท่า (95%CI; 0.763-1.986) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)>7 % จะมีความเสี่ยง 1.7 เท่า (95%CI; 1.033-2.923) และการศึกษาของถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์ (2566) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไขมันในหลอดเลือดสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เท่า (95% CI; 2.3-3.9, p<0.001)

2.1.4 ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation [AF]) เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดปกติที่พบได้บ่อย โดยพบได้ในประชากรสูงอายุ เนื่องจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วนี้ เกิดจากภาวะผิดปกติของลิ้นหัวใจไมตรัล (mitral valve) หรือโรคหัวใจรูห์มาติก (rheumatic heart disease) ทำให้หัวใจห้องบนบีบตัวได้ไม่ดี มีการกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็ว จากการส่งกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ผนังหัวใจเกิดการขยายตัวและส่งเสริมให้เกิดลิ่มเลือด (thrombo – embolism) ในหัวใจห้องบนซ้าย อุดตันในกระแสเลือด และนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมองในที่สุด โดยพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วจะมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่าในเพศชาย และ 3 เท่าในเพศหญิง เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Hennerici, Kern, Szabo, & Binder, 2012) ส่วนใหญ่ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เมื่อเกิดภาวะนี้ขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 ถึง 4 เท่า และ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป (Gorelick, 2009) การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 1.33 เท่า (95% CI 0.76–2.52)

2.1.5 การสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสารนิโคติน (nicotine) และคาร์บอนมอนนอกไซด์ (carbon monoxide) ในบุหรี่จะเพิ่มความหนืดของเลือดและระดับไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ทำให้มีการทำลายผนังของหลอดเลือด เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดรัดตัว มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต (Hanchaipiboolkul et al., 2007) ในผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Gorelick, 2009) การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า การสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 1.32 เท่า (95% CI 0.67–1.87)

2.1.6 การออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มากกว่า 30 นาทีต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อย (จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ประทุม สร้อยวงค์, และมยุลี สำราญญาติ, 2561; รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์ และคณะ, 2562) การขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้เกิดการสะสมของไขมันชนิดที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (LDL) ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว และการศึกษาของวิไลพร พุทธวงศ์ และคณะ (2557) พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่มีการศึกษาว่าสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หากมีการปรับปรุง หรือการแก้ไขให้ดีขึ้น ได้แก่ ภาวะโภชนาการเกิน หรือภาวะอ้วน ความเครียด และการดื่มสุรา

2.2.1 ภาวะโภชนาการเกิน หรือภาวะอ้วน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เพิ่มขึ้น โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (จตุพงษ์ พันธ์วิไล และคณะ, 2561) การศึกษาของ Yi et al. (2020) พบว่า ภาวะอ้วน เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 1.36 เท่า (95% CI 1.13–1.69) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเป็น 1.75 ถึง 2.37 เท่าของผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ (Gorelick, 2009) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่า

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ดัชนีมวลกายปกติ 3.24 เท่า (95% CI 1.13–9.23) (ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และ เนาวรัตน์ มณีนิล, 2561)

2.2.2 ความเครียด เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปแบบไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้า ทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกกดดันหรือคุกคาม โดยร่างกายจะเกิดการตอบสนอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและชีวเคมีในร่างกาย (Selye, 1976) ซึ่งสาเหตุของความเครียดเกิดได้ทั้งจากภายนอกบุคคล เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น และสาเหตุภายในบุคคล เช่น ความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเอง โครงสร้างของร่างกายและสรีระที่มีมาแต่กำเนิด ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความคิด ความคาดหวัง เป็นต้น (กุลธิดา สุภาคุณ, 2555) จากการศึกษาของ Pancioli et al. (1998) พบว่าผู้ตอบสัมภาษณ์ร้อยละ 23 ตอบว่าภาวะความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และจากการศึกษาของ Truelsen, Nielsen, Boysen, and Gronbaek (2003) พบว่า อาสาสมัครที่มีความเครียดระดับสูงมีความเสี่ยงของโรคหอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเครียดถึง 1.89 เท่า (95% CI = 1.11-3.21)

2.2.3 การดื่มสุรา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ พบว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเป็นประจำ จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 7.6 เท่า และในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุราสูงถึง 17.09 เท่า (จตุพงษ์ พันธ์วิไล และคณะ, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปในเบื้องต้นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด เชื้อชาติ และพันธุกรรม และ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผลมาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งหรือตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการป่วย และระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตที่สูงขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคเบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง หรือโรคอ้วนร่วมด้วย จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น แม้โรคหลอด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เลือดสมองจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการ แต่โรคนี้สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) เป็นแรงดันของเลือดที่กระทำต่อผนังของหลอดเลือด โดยมีค่าความดันตัวบน หรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว หรือระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure [SBP]) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง หรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure [DBP]) หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท, mmHg)

องค์การอนามัยโลกและสมาคมความดันโลหิตสูงนานาชาติ (WHO/International Society of Hypertension [ISH]) ได้ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิต SBP ≥140 mmHg และ/หรือ ระดับ DBP ≥ 90 mmHg

สมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรปและสมาคมโรคหัวใจทวีปยุโรป (European Society of Hypertension [ESH]/European Society of Cardiology [ESC]) ได้ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิต SBP ≥ 130 mmHg และ/หรือ ระดับ DBP ≥ 85 mmHg

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society, 2562) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูง ไว้ดังนี้

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิต SBP ≥140 mmHg และ/หรือระดับ DBP ≥90 mmHg โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิก (Isolated systolic hypertension, ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥140 mmHg แต่ระดับ DBP < 90 mmHg โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

ความดันโลหิตสูงเฉพาะที่สถานพยาบาล (Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลสูงผิดปกติ SBP ≥140 mmHg และ/หรือ ระดับ DBP ≥ 90 mmHg แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ SBP < 135 mmHg และ DBP < 85 mmHg

ความดันโลหิตสูงเฉพาะที่บ้าน (Masked hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลปกติ SBP < 140 mmHg และ DBP < 90 mmHg แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ SBP ≥135 mmHg และ/หรือ DBP ≥85 mmHg

การจำแนกระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง (Classification of blood pressure) ใช้การกำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก สถานพยาบาล เป็นหลัก (Office blood pressure) ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การจำแนกระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาต่าง ๆ

ระดับความรุนแรง	BP Category	ESC/ESH (2018)	ACC/AHA (2019)	ISH (2020)	Thai HT Guideline (2024)
Normal	SBP และ/หรือ	120-129	<120	<130	120-129
	DBP	80-84	<80	<85	80–84
High Normal	SBP และ/หรือ	130-139	120-129	130-139	130-139
	DBP	85-89	<80	85-89	85-89
Hypertension					
Stage I	SBP และ/หรือ	140-159	130-139	140	130-139
	DBP	90-99	80-89		90-99
Stage II	SBP และ/หรือ	160-179	≥140	≥160	160-179
	DBP	100-109	≥90	≥100	100-109

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.1 การจำแนกระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาต่าง ๆ (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	BP Category	ESC/ESH (2018)	ACC/AHA (2019)	ISH (2020)	Thai HT Guideline (2024)
Stage III	SBP และ/หรือ DBP	≥180 ≥110			≥180 ≥110
Isolated systolic hypertension (ISH)	SBP และ DBP	≥140 <90			≥140 <90

หมายเหตุ SBP = systolic blood pressure; DBP = diastolic blood pressure;

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension or idiopathic hypertension) พบมากถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Babatsikou & Zavitsanou, 2010) ซึ่งพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยใดก็ตามที่มีผลต่อความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย อัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง จะมีอิทธิพลต่อความดันโลหิตสูงชนิดนี้ทั้งสิ้น (ผองพรรณ อรุณแสง, 2551) ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมีหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การรับประทานอาหารรสเค็ม ภาวะอ้วน ความผิดปกติของหลอดเลือด การเพิ่มขึ้นในการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงของระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน (renin angiotensin system) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นขององค์ประกอบของความดันโลหิต ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที รวมทั้งแรงต้านของหลอดเลือด จึงทำให้เกิดความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น (สมจิต หนุเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิหรือชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่ายกาย เช่น โรคไต ความผิดปกติ

ของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด เมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุ จะทำให้ภาวะความดันโลหิตที่สูงลดลงเป็นปกติและสามารถรักษาให้หายได้

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

โดยปกติร่างกายจะมีกลไกที่เรียกว่า Autoregulation เพื่อควบคุมปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงตามอวัยวะส่วนต่างๆ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยความดันโลหิต คือ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีและความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย เมื่อมีการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือทั้ง 2 ปัจจัย หรือจากความไม่สมดุลของกลไกการปรับชดเชยของปัจจัยหลักจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลาง มักไม่แสดงอาการเฉพาะในระยะแรก ถือเป็นภัยเงียบ และมักจะตรวจพบโดยบังเอิญ ขณะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่น จนเมื่อระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น จะเริ่มปรากฏอาการและอาการแสดงขึ้น ได้แก่ อาการปวดศีรษะโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย เวียนศีรษะ มักจะเป็นช่วงเวลาหลังตื่นนอน และอาการอาจทุเลาในช่วงเวลาสาย บางรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา หากไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ส่งผลให้การไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆในร่างกายไม่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Norman, 1988)

1. หัวใจ หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักมากขึ้น เพื่อปรับตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ในระยะแรกจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันหรือแรงต้านที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้น เมื่อแรงดันเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายได้อีก จะทำให้เกิดเลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้าย เลือดจึงท้นเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอด เกิดอาการเลือดคั่งในปอด เป็นผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาวายได้

2. สมอง ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง กล่าวคือ ทำให้เกิดการตีบแคบ และขาดความยืดหยุ่น เกิดผนังหลอดเลือดแข็งตัว ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดง และมีการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดแดงส่วนที่มีการโป่งพองแตก

3. ไต ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากและเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดโรคไต ซึ่งเป็นผลมาจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้มีการทำลายของโกลเมอรูลัส ท่อของหน่วยไตมีการฝ่อลีบ และมีการตายของหน่อยไตเกิดขึ้น ทำให้ไตมีขนาดเล็กลงและเกิดภาวะไตวายในเวลาต่อมา การทำงานของไตบกพร่อง เกิดการคั่งของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะการคั่งของยูเรีย หากมีการคั่งในระดับสูงจะทำให้หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

4. หลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตที่สูงจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเกิดการหนาตัวผนังหลอดเลือดด้านในไม่เรียบ หากมีไขมันไปเกาะภายในผนังหลอดเลือด จะส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ตีบ และอุดตัน อาจเกิดการคังของเลือดจนหลอดเลือดโป่งพองและแตกได้

5. ตา มักเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงจะส่งผลให้หลอดเลือดแดงภายในลูกตาเกิดการหนาตัวโดยในระยะแรกจะตีบ เกิดความดันในหลอดเลือดภายในลูกตาเพิ่มขึ้น จากนั้นจะแตกออกทำให้มีเลือดออกบริเวณจอตา เกิดการเสื่อมของจอประสาทตา ส่งผลให้เกิดอาการตามัวลงจนตาบอดได้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ค่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โดยค่าความดันตัวบนมากกว่า 140 mmHg และ/หรือค่าตัวล่างมากกว่า 90 mmHg มักไม่มีอาการในระยะแรก แต่หาก

ปล่อยไว้โดยไม่รักษาอาจส่งผลกระทบต่อหัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และดวงตา แบ่งเป็นชนิดปฐมภูมิซึ่งไม่ทราบสาเหตุ และทุติยภูมิที่เกิดจากโรคหรือปัจจัยอื่น การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม มีหลากหลายมุมมองและแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจากผู้ให้คำนิยาม ส่งผลให้มีการนิยามคำนี้ไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538) กล่าวว่า การป้องกันโรคมีแนวความคิดหลัก คือการป้องกันการเกิดพยาธิสภาพ เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จได้แก่ การลดอัตราการเกิดโรค การลดอัตราตายและภาวะทุพลภาพ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพนั้น มุ่งเน้นให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีมีความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิต มีความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกมีคุณค่า เคารพตนเองและสามารถควบคุมทรัพยากรได้ด้วยตนเอง

พรทิวา อินทร์พรหม (2539) กล่าวว่า การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยทั้งบุคคลที่สุขภาพดีและบุคคลที่เจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันแต่ละวัย ถ้าเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยให้พ้นจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน โดยให้ความรู้สอนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมโรคหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ป้องกันโรคที่เหมาะสม และ/หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ได้แก่

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบ่งออกเป็น

1) การปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร ควรแนะนำผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสม โดยใช้สูตร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย คือ แบ่งจานอาหารขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 นิ้ว เป็น 4 ส่วนเท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักหลากชนิด 1 ส่วนเป็นข้าวหรืออาหารจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือปลา พร้อมทั้งมีผลไม้สดรสหวานน้อยในทุกมื้อ การบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสมจะช่วยลดความดันโลหิตและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เนื่องจากผักและผลไม้มีองค์ประกอบของโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร อย่างไรก็ตามควรหลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เช่น มาฮวง ชะเอมเทศ และส้มขม

2) การจำกัดการบริโภคเกลือและโซเดียม

การศึกษาวิจัยชนิดการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) หลายการศึกษา แสดงให้เห็นผลของการลดโซเดียมต่อการลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า สามารถลด systolic blood pressure ได้เด่นชัดกว่า diastolic blood pressure จากการศึกษาของ Huang et al. (2020) พบว่า การลดการบริโภคโซเดียมลง ทุก ๆ 50 มิลลิโมล ส่งผลต่อการลดลงของความดัน systolic 1.1 mmHg ($P<0.001$) และประโยชน์จากการลดโซเดียมจะเห็นค่อนข้างเด่นชัดในกลุ่มผู้สูงอายุ, non-white populations และคนที่มีพื้นฐานความดัน systolic สูง นอกจากนั้น การศึกษาของ Stazzullo และคณะ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการบริโภคโซเดียม กับผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ติดตามยาวนานประมาณ 3.5 – 19 ปี ใน 13 การศึกษา จากประชากร 177,025 คน พบว่า การบริโภคโซเดียมปริมาณมากกว่า จะมี relative risk ต่อการเกิด Stroke และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าควรบริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2 กรัมต่อวัน (เทียบเท่ากับเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วขาวประมาณ 3-4 ช้อนชา) หากลดปริมาณ

โซเดียมให้ไม่เกิน 1.5 กรัมต่อวัน ก็สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้มากขึ้น โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัม ขณะที่ผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัม หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยว อาหารแปรรูปที่มีโซเดียมสูง จึงควรควบคุมการบริโภคอย่างเคร่งครัดเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรทราบปริมาณของโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารแต่ละชนิด เพื่อเลือกบริโภคได้ถูกต้อง

ตารางที่ 2.2 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดข้าวแป้ง

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
มักกะโรนีสุก	75	0.8
ข้าวเหนียว	35	4
วุ้นเส้นสุก	100	7
ข้าวเจ้า	55	19
ก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็กลวก	30	40
ขนมจีน	90	42
ขนมปังขาว	30	117
ขนมปังโฮลวีท	30	125
บะหมี่ลวก	75	153

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2556

ตารางที่ 2.3 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดเนื้อสัตว์ ไข่ และ นม

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
เนื้อหมูสุก	30	107
เต้าหู้หลอด	180	16
เนื้อปลาน้ำจืดสุก	30	17
เนื้อปลาน้ำเค็มสุก	30	28
เนื้อไก่สุก	30	32
ปลาหมึกสุก	30	76
โยเกิร์ต	150 มิลลิลิตร	90

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.3 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดเนื้อสัตว์ ไข่ และ นม (ต่อ)

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
ไข่ไก่สุก	60	107
นมสด	240 มิลลิลิตร	123
ลูกชิ้นหมูสุก	30	200
เนื้อกุ้งสุก	30	207
หมูยอสุก	30	227
ปลาทูทอด	50	305
หมูแฮมสุก	30	356
ไสกรอกหมูสุก	30	388

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2556

ตารางที่ 2.4 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดผัก

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
แตงกวา	100	5
มะเขือเทศ	100	10
ถั่วงอกสุก	60	11
ถั่วฝักยาวสุก	60	19
เห็ดฟางสุก	60	21
กะหล่ำปลีสุก	60	24
ผักกาดขาวสุก	60	46
ผักบุ้งจีนสุก	50	70
ผักคะน้าสุก	50	86

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 255

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.5 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดผลไม้

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
สับปะรด	125	6
กล้วยหอม	50	11
แตงโม	285	17
ฝรั่ง	120	18
เงาะ	85	19
มะละกอสุก	115	28
มะม่วงสุก	80	35
ส้ม	150	50
แอปเปิ้ล	100	64
ชมพู่	250	65

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2556

ตารางที่ 2.6 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารหมวดไขมัน

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
น้ำมันพืช	5	0
น้ำมันหมู	5	0
เนยสดจืด	5	0.7
กะทิ	14	3
ครีมเทียม	3	6
มาการีน	5	21
มายองเนส	5	26
เนยสดเค็ม	5	28
สลัดครีม	15	97
เบคอนทอด	10	168

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2556

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.7 แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารจานเดียว

อาหาร	ปริมาณ	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
ข้าวไข่เจียว	1 จาน	236	362
ข้าวหมูกรอบ	1 จาน	318	700
ขนมจีนน้ำยา	1 จาน	410	877
ผัดผักบุ้งไฟแดง	1 จาน	150	894
บะหมี่สำเร็จรูป	1 ห่อ	50	977
ส้มตำอีสาน	1 จาน	100	1,006
น้ำพริกกะปิ	4 ช้อนโต๊ะ	60	1,100
แกงส้มผักรวม	1 ถ้วย	100	1,130
ข้าวมันไก่	1 จาน	485	1,184
ข้าวขาหมู	1 จาน	372	1,205
ข้าวคลุกกะปิ	1 จาน	250	1,248
ก๋วยเตี๋ยวผัดซีอิ๊ว	1 จาน	354	1,352
เส้นใหญ่เย็นตาโฟ	1 ถ้วย	494	1,417
ก๋วยเตี๋ยวหมูสับ	1 จาน	300	1,450
บะหมี่หมูแดง	1 จาน	350	1,480
สุกี้น้ำ	1 ถ้วย	585	1,560
เส้นใหญ่ผัดขี้เมา	1 จาน	248	1,741

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2556

ตารางที่ 2.8 แสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องดื่มและอาหารว่าง

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
กาแฟ	20 กรัม	1
น้ำอัดลม	325	15
ชาเย็น	100	25
น้ำเต้าหู้	200	26

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.8 แสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องดื่มและอาหารว่าง (ต่อ)

รายการอาหาร	น้ำหนักต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม)	ปริมาณโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (มิลลิกรัม)
น้ำมะพร้าว	200	28
น้ำส้ม	200	50
ไอศกรีมรสวานิลลา	66	53
น้ำแครอท	200	95
ขนมปังกรอบ	20	95
ปาท่องโก๋	20	112
มันฝรั่งทอด	30	149
แซนวิชทูน่า	40	221
เค้กวานิลลา	74	242
โดนัทน้ำตาล	45	246
น้ำมะเขือเทศ	200	280
ขนมปังสังขยา	80	322

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2556

นอกจากรายการอาหารที่กล่าวข้างต้น หากต้องการทราบปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่บริโภค สามารถดูปริมาณโซเดียมได้จากฉลากโภชนาการที่อยู่ข้างบรรจุภัณฑ์ ดังแสดงตามรูปที่ 2.1

ข้อพึงระวังในการใช้เครื่องปรุงรสสูตรลดโซเดียม ซึ่งในผลิตภัณฑ์เหล่านี้บางชนิดใช้เกลือโปแตสเซียมแทนเกลือโซเดียม ควรระมัดระวังโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีไตวายที่ไตไม่สามารถขับโปแตสเซียมได้เท่าในคนปกติ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตัวอย่างและวิธีการอ่านปริมาณโซเดียมจากฉลากโภชนาการ

ข้อมูลโภชนาการ			
หนึ่งหน่วยบริโภค : 1/3 ถ้วยตวง (56 กรัม)			
จำนวนหน่วยบริโภคต่อ กระป๋อง : 2.5			
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค			
พลังงานทั้งหมด 100 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 50 กิโลแคลอรี)			
		ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*	
ไขมันทั้งหมด	6 ก.	9 %	
ไขมันอิ่มตัว	1 ก.	5 %	
โคเลสเตอรอล	20 ก.		
โปรตีน	12 ก.		
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	0 ก.	0 %	
ใยอาหาร	0 ก.	0 %	
น้ำตาล	0 ก.		
โซเดียม	230 ก.	10 %	
	ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*		
วิตามินเอ	0 %	วิตามินบี1	0 %
วิตามินบี2	0 %	แคลเซียม	0 %
เหล็ก	4 %		
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำ ให้บริโภคต่อวันสำ หรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี			
ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่างๆดังนี้			
ไขมันทั้งหมด	น้อยกว่า	65 ก.	
ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า	20 ก.	
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า	300 มก.	
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด		300 ก.	
ใยอาหาร		25 ก.	
โซเดียม	น้อยกว่า	2,400 มก.	
พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม: ไขมัน = 9; โปรตีน = 4; คาร์โบไฮเดรต = 4			

ตัวอย่างการอ่าน: ถ้ารับประทานอาหาร ชนิดนี้ 1/3 ถ้วยตวง (1 หน่วยบริโภค) จะได้โซเดียม 230 มก. หรือ คิดเป็น ร้อยละ 10 ของปริมาณที่แนะนำต่อวัน

รูปที่ 2.1 ตัวอย่างและวิธีการอ่านปริมาณโซเดียมจากฉลากโภชนาการ

ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2556

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2. พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลัง ควรมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ และเพิ่มระดับความหนักของกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายจนมีความหนักของกิจกรรมระดับปานกลางขึ้นไป โดยระดับความหนักของการทำกิจกรรมทางกายประเมินได้จากร้อยละของอัตราการเต้นของหัวใจตามเกณฑ์ที่กำหนดเมื่อเทียบกับอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดตามอายุ ซึ่งคำนวณจาก 220 ลบด้วยอายุเป็นปีของผู้ทำกิจกรรมทางกาย ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย แบ่งออกได้ดังนี้

ระดับเล็กน้อย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจเต้นน้อยกว่าร้อยละ 50 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดตามอายุ โดยมีระยะเวลารวมของการทำกิจกรรมทางกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์

ระดับปานกลาง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจเต้นร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดตามอายุ รวมระยะเวลาการมีกิจกรรมทางกายเฉลี่ย 150 นาทีต่อสัปดาห์

ระดับหนักมาก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดตามอายุ ควรมีกิจกรรมทางกายเฉลี่ย 75-90 นาทีต่อสัปดาห์

การออกกำลังกายมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยจะทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ในขณะที่ออกกำลังกายจะลดการส่งผ่านของประสาทซิมพาเธติคไปยังหลอดเลือดส่วนปลาย และหลั่งสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีการเพิ่มเลือดไปยังกล้ามเนื้อ ช่วยให้ร่างกายมีการนำพลังงานจากไขมันมาใช้ ลดปริมาณไขมันในเลือดชนิดมีความหนาแน่นต่ำ และช่วยเพิ่มไขมันในเลือดชนิดความหนาแน่นสูง นอกจากนั้น การออกกำลังกายยังทำให้เกิดความเพลิดเพลินคลายความวิตกกังวลและความเครียดได้เนื่องจากมีการหลั่งสารเอนโดฟิน ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนช่วยลดการทำงานของระบบประสาท และช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกายอยู่กับที่ที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric exercise) เช่น การยกน้ำหนักอาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มออกกำลังกายประเภทนี้ ทั้งนี้ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบนสูงกว่า 180 มม.ปรอท หรือความ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 100 มม.ปรอท มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจลำบากเมื่อออกแรง มีภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หรือมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและมีโรคเรื้อรังอื่นที่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง ควรปรึกษาแพทย์หรือออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

3. พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ความเครียดส่งผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังจะกระตุ้นกลไกการอักเสบและการเกาะตัวของเกล็ดเลือดเป็นเวลานาน ส่งผลให้หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลให้มีการดูดกลับของโซเดียมที่ไต ทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น จึงมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562)

วิธีการจัดการความเครียด (กรมอนามัย, 2562) ได้แก่

1) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ วิธีการฝึก เลือกสถานที่ที่สงบ นั่งในท่าที่สบาย คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยฝึกเกร็งและคลายเนื้อสลับกันไป ประมาณ 10 ครั้ง โดยระยะเวลาที่เกร็งให้นับ 1-5 และระยะเวลาที่ผ่อนคลายนับ 1-10

(1) มือและแขนขวา กำมือ เกร็งแขนแล้วคลาย

(2) มือและแขนซ้าย ทำเช่นเดียวกับข้อ 1 และขณะกำมือระวังอย่าให้เล็บจิกเนื้อตัวเอง

(3) หน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย

(4) ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย

(5) ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่นแล้วคลาย

(6) คอ โดยก้มหน้าให้คางจรดคอแล้วคลาย เงยหน้าสุดแล้วคลาย

(7) อก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย

(8) หน้าท้อง โดยแขม่วท้องแล้วคลาย

(9) ก้น โดยขมิบก้นแล้วคลาย

(10) เท้าและขาขวา โดยเหยียดขางอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขากระดกปลายเท้าแล้วคลาย

(11) เท้าและขาซ้าย ทำเช่นเดียวกับข้อ 10

2) การฝึกการหายใจ จุดเน้นของการฝึกหายใจอย่างผ่อนคลาย คือ การรับรู้ลมหายใจเข้า-ออก อย่างรู้ตัวทุกขณะ และการหายใจเข้า-ออก อย่างถูกต้องและผ่อนคลาย หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ โดยวิธีการปฏิบัติ มีดังนี้

(1) นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง

(2) ค่อยๆ หายใจเข้า พร้อมๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4... ให้มือรู้สึกว่าท้องพองออก

(3) กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า

(4) ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2...3...4...5...6...7...8 พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

(5) ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้าๆ กลั้นไว้แล้วหายใจออกโดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าหายใจเข้า

3) การทำสมาธิเบื้องต้น สมาธิ คือ ภาวะจิตที่พักจากความคิดในขณะที่ยังรู้ตัว เป็นภาวะที่จิตตั้งมั่น โดยให้จิตตั้งมั่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะใช้การรู้ลมหายใจ เพราะเป็นภาวะที่สมองทำงานน้อยที่สุดจึงนำไปสู่จิตที่พักได้ดีกว่า วิธีการฝึก หายใจเข้าออกยาวๆ สัก 5-6 ลมหายใจ มุ่งความสนใจไปรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก สังเกตความรู้สึกที่ช่องจมูกข้างไหนที่ชัดกว่า แล้วสังเกตลมหายใจข้างที่ชัดกว่านั้นเพียงข้างเดียวตรงตำแหน่งที่ชัดที่สุด แล้วดูต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ

4) การใช้เทคนิคความเงียบ การจะสยบความวุ่นวายของจิตใจได้ผล ต้องอาศัยเทคนิคความเงียบเข้าช่วย โดยวิธีการปฏิบัติ มีดังนี้

(1) เลือกสถานที่ที่สงบเงียบ เป็นส่วนตัว และควรบอกผู้ใกล้ชิดว่าอย่าเพิ่งรบกวนสัก 15 นาที

(2) เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวัน ก่อนเข้านอน

(3) นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ ไม่ควรนั่งไขว่ห้างหรือกอดอก

(4) หลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอก

(5) หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ ทำใจให้เป็นสมาธิ

5) การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะดึงความสนใจออกจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบันไปสู่ประสบการณ์อันงดงามที่เคยผ่านมาแล้วในอดีต หรือเป็นเรื่องที่จินตนาการขึ้นใหม่ ซึ่งจะช่วยทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขขึ้นได้ชั่วขณะ แต่ทั้งนี้ต้องเข้าใจว่าวิธีนี้เป็นการคลายเครียดชั่วคราวเท่านั้น ไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาที่ควรนำมาใช้บ่อยๆ เช่นการย้อนระลึกถึงสถานที่สวยงามที่เคยได้ไปท่องเที่ยวมา หรือจินตนาการเอาเองถึงสถานที่ที่สวยงามเมื่อนึกถึงแล้วก็จะทำให้จิตใจรู้สึกสงบ มีความสุขสดชื่น โดยวิธีการปฏิบัติ มีดังนี้

(1) เลือกสถานที่ที่สงบเป็นส่วนตัว ปลอดจากการรบกวนของผู้อื่นสัก 10-15 นาที

(2) นั่งในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หรือจะนอนเอนหลังก็ได้ ระวังอย่าหลับ

(3) คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้าออก

(4) หลับตาลง แล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่ที่สวยงาม สงบและเป็นสุข

(5) เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบายและคุณเป็นคนดี มีความสามารถพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เสมอ

(6) ค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้ พร้อมที่จะทำงานต่อไป

6) การทำงานศิลปะ เป็นการถ่ายทอดจินตนาการออกมาเป็นรูปธรรมที่สามารถมองเห็นและสัมผัสได้ เช่น การวาดภาพ การปั้น การประดิษฐ์วัสดุ การเย็บปักถักร้อย เป็นต้น การทำงานศิลปะจะต้องทำด้วยความตั้งใจ จึงเปรียบเสมือนการทำสมาธิอย่างหนึ่ง และเมื่องานสำเร็จจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นสุขกับผลงานนั้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

7) การใช้เสียงเพลง เสียงเพลงมีอิทธิพลต่ออารมณ์ของคนเรามาก สามารถทำให้เป็นสุข รื่นเริง สนุกสนานได้ และบางครั้งอาจทำให้รู้สึกเศร้าได้ด้วย หากเพลงหรือดนตรีใดสามารถทำให้รู้สึกสบายใจ ร่าเริง แจ่มใส ก็ให้เลือกฟังเพลงนั้นในเวลาที่รู้สึกเครียด

4. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว มีข้อปฏิบัติดังนี้ 1) การเลิกบุหรี่ แม้ไม่มีผลโดยตรงในการลดความดันโลหิต แต่การเลิกบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) 2) การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า การดื่มแอลกอฮอร์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันซีสโตลิกและไดแอสโตลิก ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เกินกว่ามาตรฐานกำหนด จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่ม ดังนั้นจึงควรจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอร์ ผู้หญิงดื่มวันละไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) ผู้ชายดื่มวันละไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐาน โดย 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 10 กรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และ 3) การลดน้ำหนัก ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และผู้หญิง ไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือใช้เกณฑ์ไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง

5. พฤติกรรมการรับประทานยา ปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงหลายชนิด ยาแต่ละชนิดจะมีข้อดีข้อเสียและประสิทธิภาพแตกต่างกัน ในระยะแรกของการให้ยารักษาตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป(Guidelines on the treatment of hypertension) ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย แนะนำว่าการให้ยาควรประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคเบาหวานร่วมด้วย จากนั้นจึงวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง, 2561) ข้อสำคัญในการใช้ยาให้ได้ผลดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องรับประทานยาตรงเวลาต่อเนื่องกันทุกวัน กรณีลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้เวลารับประทานยามื้อต่อไป ห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า แต่ให้รับประทานเฉพาะยาของมื้อนั้นเท่านั้น เพื่อป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตลดต่ำลงมาก ซึ่งจะทำให้มีอาการหน้ามืด หมดสติ เป็นอันตรายได้ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นยาเม็ดให้รับประทานวันละ 1-2 ครั้งซึ่งออกแบบเป็นพิเศษให้ค่อย ๆ ปล่อยตัวยาออกมาเพื่อให้มีฤทธิ์ยาวนาน ลดจำนวนครั้งของการรับประทานยา หากเป็นยาเม็ดชนิดที่มีขนาดโตกว่าปกติ ห้ามบด

เคี้ยว หรือหักเม็ด เพราะจะทำให้ฤทธิ์การปล่อยตัวยาช้า ๆ ทีละน้อยหายไป จึงได้รับยาเข้าร่างกายในปริมาณสูงมากภายในการกลืนยาครั้งเดียว ส่งผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างมากจนทำให้มีอาการหน้ามืดและหมดสติได้ (ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง, 2561) นอกจากนี้เมื่อมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยไม่ควรหยุดหรือลดยาเอง ควรให้แพทย์เป็นผู้พิจารณา และหากมีอาการผิดปกติในระหว่างรับการรักษาด้วยยา เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ บวม ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 มม.ปรอท การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 105 มม.ปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและมีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจ สมอง และไตสูงขึ้น การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดได้ (วาสนา เหมือนมี, 2557) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายจึงควรมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างเหมาะสม

6. พฤติกรรมการมาพบแพทย์ หรือการตรวจคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประจำปีอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่ช่วยให้แผนการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ ผู้ป่วยจะ ได้ทราบผลของการรักษา ได้รับการรักษาและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้รับการรักษาทันการณ์หากพบอาการผิดปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พบการตีบของหลอดเลือดบริเวณคอ ควรพบแพทย์เพื่อรับการตรวจเป็นระยะ ซึ่งเป็นการป้องกันลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จึงช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนเป็นอันตรายแก่ชีวิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โดยสรุปพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในระยะยาวนับเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายเฉพาะโรค ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการมาพบแพทย์ตามนัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นแบบจำลองทางสังคมจิตวิทยา (Social-psychological approach) ที่ถือกำเนิดขึ้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาที่ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา นับเป็นทฤษฎีหรือแบบจำลอง ที่ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ และมีพัฒนาการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

ในปี ค.ศ. 1950 Hochbaum และ Rosenstock นักจิตวิทยาสังคมในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาใช้อธิบายความล้มเหลวของโครงการตรวจคัดกรองโรควัณโรค ที่เกิดจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือกับโครงการดังกล่าวทั้ง ๆ ที่เป็นการบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ (Rosenstock, 1960, 1974) โดย Hochbaum และ Rosenstock พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาจาก 2 ทฤษฎี (Champion & Skinner, 2008) คือ ทฤษฎีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus response theory) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากการได้รับสิ่งเสริมแรง (Reinforcements) และทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive theory) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการให้ค่าหรือคุณค่า (Value) กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expectation) โดยอธิบายว่า หากบุคคลได้รับรู้ถึงโอกาสของการเกิดโรคและผลกระทบที่จะเกิดตามมาก็เท่ากับว่าบุคคลได้รับการเสริมแรงให้แสดงพฤติกรรมการตอบสนองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969 เป็นต้นมา Rosenstock ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยมีความเชื่อว่าบุคคลจะมีความพร้อมแสดงพฤติกรรม (Readiness to act) ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และจะแสดงพฤติกรรมมากขึ้นหากประเมินแล้วเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย (Evaluation of benefits and Barriers) หลังจากนั้นอีก 5 ปี Rosenstock (1974) จึงได้สร้าง แบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers)

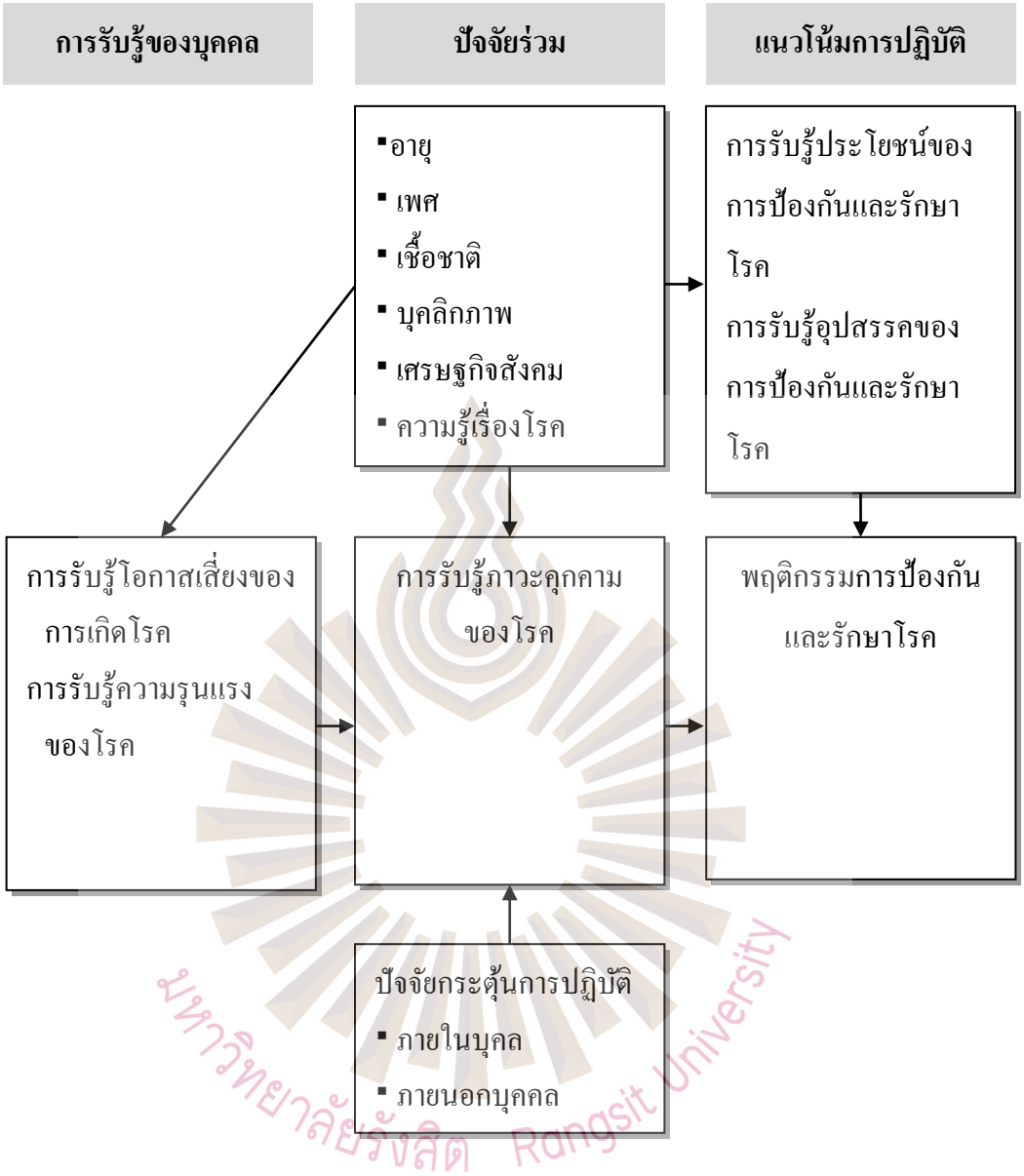
ต่อมา Becker and Maiman (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากเดิมที่มี 4 ตัวแปรเป็น 6 ตัวแปร โดยเพิ่มตัวแปรด้านปัจจัยร่วม (Modifying factors) และตัวแปรด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Cues to action) เข้าไปในแบบจำลองเดิม เพราะถึงแม้ว่าทั้ง 2 ตัวแปรนี้จะไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคคล แต่มีส่วนช่วยเพิ่มการรับรู้ของบุคคลให้มากขึ้นซึ่งจะมีอิทธิพลให้บุคคลมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้นตามไปด้วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้ แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 2 ตัวแปร รวม 6 ตัวแปร (ดังรูปที่ 2.2) ได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ประกอบด้วย
   1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
   1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) ประกอบด้วย
   2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
   2.2 ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ

3. กลุ่มปัจจัยแนวโน้มการปฏิบัติ (Likelihood of action) ประกอบด้วย
   3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค
   3.2 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



รูปที่ 2.2 องค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Becker และ Maiman

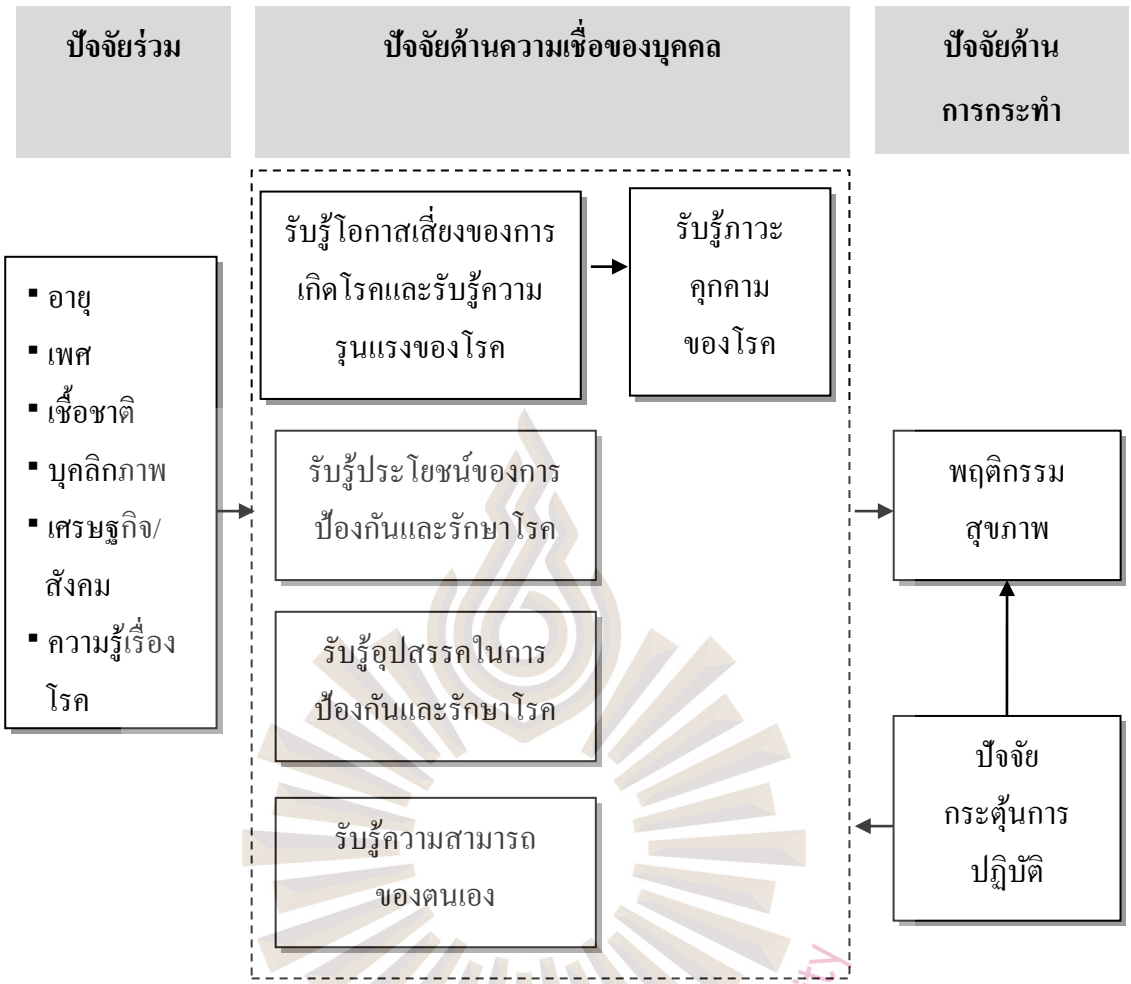
ที่มา: Becker & Maiman, 1975

จากรูปที่ 2.2 อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาโรค ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลโดยอ้อม ประกอบด้วยปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ทั้ง 4 ตัวแปรนี้ส่งอิทธิพลผ่าน

การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคก่อนที่จะมีผลไปถึงแนวโน้ม การเกิดการการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลในท้ายที่สุด

ในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock Strecher และ Becker เสนอให้เพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยยังคงตัวแปรในองค์ประกอบเดิมไว้ เพื่อให้สามารถปรับใช้ได้กับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม รวมจำนวน 7 ตัวแปร (Skinner, Tiro, & Champion, 2008 อ้างถึงใน จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562, น. 72) (ดังรูปที่ 2.3) ได้แก่ 1) กลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล (Individual beliefs) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค 2) กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) หรือ ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และความรู้ และ 3) กลุ่มปัจจัยด้านการกระทำ (Action) ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



รูปที่ 2.3 องค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rosenstock Strecher และ Becker

ที่มา: Skinner, Tiro, & Champion, 2015

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

จากรูปที่ 2.3 อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคซึ่งเกิดจากผลรวมระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติมีผลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและโดยอ้อมผ่านกลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลซึ่งได้รับอิทธิพลทางอ้อมมาจากปัจจัยร่วมอีกทอดหนึ่ง

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ตัวแปร ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความนึกคิด หรือการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของตนเองที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงหมายถึง ความนึกคิด การรับรู้ หรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาที่ผ่านมามีข้อมูลสนับสนุนความทางพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

การศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 คน ที่มารับบริการในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอู่ทอง 3 หมู่บ้าน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอู่ทอง อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษา พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ตัวแปร ได้แก่ สิ่งกระตุ้นการการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยอธิบายได้ร้อยละ19.80 (R^2 = .198) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาของ อนัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส (2564) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 258 คน เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.8 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สิ่งกระตุ้นการการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 28.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อย่างไรก็ตาม มีบางรายงานการศึกษา ที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ สายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 420 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($ß = -.154$, $p < .001$) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง (2565) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 351 คน เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = -.68$, $p < .01$)

นอกจากนี้ มีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ กานต์ธิชา กำแพงแก้ว (2562) ในผู้สูงอายุเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 60-79 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 85 ราย ที่เข้ารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($p > .05$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.5 และการศึกษาของ ธัญญารัตน์ วงค์ชนะ (2564) ที่ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 416 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการศึกษาข้างต้น สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock, Stretcher, and Becker (1988) ที่อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของแต่ละบุคคล เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก รวมทั้งประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเกี่ยวกับความเสี่ยงนั้น การที่บุคคลรับรู้หรือประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากอารมณ์ ความรู้สึก หรือ

ประสบการณ์ส่วนตัว จึงทำให้แต่ละบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองแตกต่างกัน แม้พบปัจจัยเสี่ยงเดียวกันก็อาจรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่แตกต่างกันได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived serverity) หมายถึง ความนึกคิดหรือการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่ตนเองอาจจะได้รับจากการป่วยด้วยโรคใด ๆ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน และผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน การสูญเสียทรัพย์สิน เงินทองการสูญเสียสถานะทางสังคม ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ หมายถึง ความนึกคิด การรับรู้ หรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคว่า หากตนเองมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และครอบครัว รวมถึงบทบาทหน้าที่ในสังคมของตน จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกและความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ สายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .381, p < .001$) การศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 353 คน ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($X^2 = 5.048, p < .05$) และการศึกษาของ บุบผา วิริยรัตนกุล, จริยา ทรัพย์เรือง, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, และณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์ (2565) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวน 350 คน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.503, p < .001$)

สำหรับการศึกษาของ อนัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส (2564) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.130, p < .05$) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง (2565) ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = -.68, p < .01$) นอกจากนี้

ยังมีรายงานการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอู่ทอง อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 195 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($p > .05$)

มีรายงานการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45.60 ($R^2 = .456, p< .001$) (ธนกร อ่วมอ้อ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, อัจฉรา เดชขุน, ชุติมา สร้อยนาค, และดิเรก ภู่แจ้ง, 2567)

การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) เกิดจากผลรวมระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค หากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมากจะมีผลทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและผลักดันให้บุคคลมีการป้องกันและรักษาโรคนั้น ๆ มากตามไปด้วย

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefit) หมายถึง ความนึกคิดหรือการรับรู้ หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจ ความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ หมายถึง ความนึกคิด การรับรู้ หรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประสิทธิภาพการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวจะส่งผลดีต่อตนเอง จึงปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ อนัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส (2564) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของป้องกันโรค โดยอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 28.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers) หมายถึง ความนึกคิดหรือการรับรู้ หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่จะเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความอับอาย เกิดความยุ่งยากใน การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ หมายถึง ความนึกคิด การรับรู้ หรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ มีรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ และตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ตัวแปร ได้แก่ สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยอธิบายได้ร้อยละ 19.80 (R^2 = .198) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ อนัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส (2564) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 28.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการศึกษาของ บุบผา วิริยรัตนกุล, จริยา ทรัพย์เรือง, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, และ ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์ (2565) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.853$, $p < .001$)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความนึกคิดหรือการรับรู้ หรือความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ จนสามารถควบคุมสถานการณ์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองให้สำเร็จ แม้จะเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ก็ตาม จากการศึกษาของ กาญจนาพร ยอดภีระ (2562) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอหนองแซง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 180 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($X^2 = 9.427$, $p < .01$) และการศึกษาของ Upoyo AS, และคณะ (2021) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 461 คนผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 65.7 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง($p = .043$; 95%CI = 1.01-2.22; OR = 1.5), การรับรู้ ($p = .038$; 95%CI = .45-0.98; OR = .663) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง($p \leq .001$; 95%CI = 2.255-6.333; OR = 3.779) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค ประกอบด้วย 2 ปัจจัย (Becker & Maiman, 1975) คือ

1. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล (Internal cues) หมายถึง ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองจนทำให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล (External cues) ได้แก่ การสื่อสาร ผ่านสื่อสารมวลชน และการได้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อาการเจ็บป่วยของสมาชิกใน ครอบครัว และเพื่อน

ในการศึกษานี้สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมเฉพาะปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล โดยสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่ชักนำหรือผลักดันให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่า สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ผลการศึกษา พบว่า สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ บุบผา วิริยรัตนกุล และคณะ (2565) พบว่า สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.505$, $p < .001$) และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยอธิบายได้ร้อยละ 19.80 ($R^2 = 0.198$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของ อนัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส (2564) ผลการศึกษา พบว่า สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 23.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ความรู้ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ฐานะความเป็นอยู่ และการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) จะเห็นได้ว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการ

ดำเนินชีวิตของตน เมื่อประเมินแล้วพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองได้รับผลประโยชน์มากกว่าได้รับผลเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ และเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะทำให้เกิดแรงจูงใจและอดทนต่อความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ นอกจากนี้การได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากสังคมทั้งจากภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง และปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร สื่อต่าง ๆ และชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลเหล่านี้ อาจสามารถทำนาย หรือร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่า ความสัมพันธ์ของบางปัจจัยโดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน โดยพบความสัมพันธ์ทั้งทางบวก(ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563) ทางลบ (ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563; อนัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส, 2564; สายสุนี เจริญศิลป์, 2564; ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง, 2565) หรือไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (กษมา เชียงทอง, 2554; สุทัสสา ทิจะยัง, 2557; ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563) ร่วมกับงานวิจัยที่ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนจำกัด ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการศึกษาในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถสรุปอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ชัดเจน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ครอบคลุมปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค มาศึกษาอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (The predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตปริมณฑล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 18,322 คน (Health Data Center [HDC], 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยแบ่งเขตพักอาศัยของประชากรออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตำบล รพ.สต. และชุมชนในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแต่ละระดับครั้งละ 1 ตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากคัดเลือกตำบลตัวอย่างจากอำเภอเมืองปทุมธานีมา 1 ตำบล

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากคัดเลือก รพ.สต. ตัวอย่างจากตำบลตัวอย่าง มา 1 รพ.สต.

ขั้นที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากคัดเลือกชุมชนตัวอย่างที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ตัวอย่าง มา 1 ชุมชน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนที่อาศัยในชุมชนตัวอย่าง ซึ่งมีรายชื่อในเวชระเบียนของ รพ.สต. และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จะถูกคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่สุ่มได้มีจำนวนไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงดำเนินการสุ่มชุมชนตัวอย่างเพิ่มครั้งละ 1 ชุมชน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่คำนวณได้ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 146 คน จาก 11 ชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปี และมีหรือไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง

2. มีอายุมากกว่า 35 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป การประเมินความสามารถทางสติปัญญา (Chula mental test: CMT) ต้องมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป

3. รู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยตอบคำถาม และอ่านภาษาไทยได้ด้วยตนเอง รวมทั้งไม่มีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เช่น ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยินซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร

4. ไม่มีประวัติของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) ภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid Hemorrhage: SAH) ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองชนิดเอวีเอ็ม (Arteriovenous Malformation: AVM) เป็นต้น

5. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ที่มีชื่อในทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ไม่อยู่บ้าน หรือย้ายบ้าน ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2. มีอาการเปลี่ยนแปลงต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอื่น เช่น โรคไต โรคหัวใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ตามการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยมี 6 ตัวแปรอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 ระดับอำนาจในการทดสอบ (1-β) ที่ .95 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size: f^2) = .15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1988) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 146 คน

พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 18,322 คน (HDC, 2022) รพ.สต. ที่ถูกสุ่มให้เป็นตัวอย่าง มีบุคลากรทีมสุขภาพทั้งหมด 5 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 4 คน รพ.สต. ให้การดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม เน้นบริการหลักในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรค ในส่วนบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ มีคลินิกโรคเรื้อรัง เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคทั่วไป ทุกวันอังคาร เวลา 08.30 - 12.00 น. โดยแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้บริการตรวจรักษา ให้คำแนะนำปรึกษา และส่งเสริมสุขภาพ ในส่วนของการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จะมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด มีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดปีละครั้ง แจ้งโอกาสเสี่ยงและปรับพฤติกรรมความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (Primary Prevention) ในรูปแบบต่าง ๆ ตามความเหมาะสม เช่น การให้คำแนะนำ/คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล การลงทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้า (CVD risk $\geq$ 30%) การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการส่งต่อผู้ที่มีอาการหลอดเลือดสมองหรือสงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อรับการวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลในเครือข่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test [CMT]) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบ โดยตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 1, 2 หรือ 3 คะแนน ค่าคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน การแปลความหมายคะแนน ดังนี้

0 - 15 คะแนน หมายถึง น่าจะมีความผิดปกติ ของ Cognitive function
16 - 19 คะแนน หมายถึง Cognitive function ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และสิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำตอบขึ้นอยู่กับข้อคำถามซึ่งการตอบมีทั้งแบบเลือกตอบ 1 ข้อ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล ดัดแปลงจากแบบสอบถามในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ของ กาญจนาพร ยอดภีระ (2562) ใช้สอบถามการรับรู้/ความเชื่อ/ความนึกคิดที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้ในการอธิบายและตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 35 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25, และ 26 ส่วนที่เหลือเป็นข้อคำถามทางบวก องค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด

โรคหลอดเลือดสมอง (8 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (5 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (6 ข้อ) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (7 ข้อ) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (9 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก ค่าคะแนน 1 - 5 โดยให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีเกณฑ์ให้คะแนนสำหรับข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ ดังนี้

		ข้อคำถามทางบวก		ข้อคำถามทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน	5	คะแนน

จากนั้นนำคะแนนการรับรู้มารวมกัน และจัดระดับการรับรู้โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินคะแนนโดยรวมและรายด้านแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100	หมายถึง การรับรู้โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก
ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง การรับรู้โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง
ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง การรับรู้โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ กาญจนาพร ยอดภีระ (2562)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เกี่ยวกับ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (4 ข้อ) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว (4 ข้อ) และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (6 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบจาก 3 ตัวเลือก ค่าคะแนน 1 - 3 โดยให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ดังนี้ ได้รับเป็นประจำ (3 คะแนน) ได้รับบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้รับเลย (1 คะแนน) จากนั้นนำคะแนนสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมารวมกัน และจัดระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100	หมายถึง สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติเพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก
ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติเพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง
ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติเพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดัดแปลงจากแบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ของสายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน จำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 16, 17, และ 18 ส่วนที่เหลือเป็นข้อคำถามทางบวก พฤติกรรมการป้องกันโรค 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา (4 ข้อ) การรับประทานอาหาร (3 ข้อ) การออกกำลังกาย (4 ข้อ) การจัดการความเครียด (4 ข้อ) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (4 ข้อ) และการมาพบแพทย์ (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย โดยกำหนดให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ให้คะแนน 1 - 5 และมีเกณฑ์ให้คะแนนข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ ดังนี้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

	ข้อคำถามทางบวก			ข้อคำถามทางลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	5	คะแนน	1	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	4	คะแนน	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3	คะแนน	3	คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน	5	คะแนน

จากนั้นนำคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมารวมกัน และจัดระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินคะแนนโดยรวมและรายด้านแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก
ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .98, .97 และ .98 ตามลำดับ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ความเชื่อมั่น (Reliability - Internal Consistency)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำไปสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94, .80 และ .81 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน ได้เท่ากับ .94, .88, และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการดังนี้

1. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

2. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการสอบและแก้ไขแล้ว เสนอเพื่อขอการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ตามลำดับ

3. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิต (เลขที่รับรอง COA. No. RSUERB2023-104 ตั้งแต่วันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2568) และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีแล้ว ผู้วิจัยจึงขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของกระบวนการวิจัย และการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เชื่อมโยงกลับมาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลจะถูก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ตามระเบียบของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามจนปราศจากข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) แล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขอความร่วมมือ และขอทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามวัน-เวลา และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

4. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และเปิดโอกาสให้ซักถาม รวมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ต่อจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างมีเหตุขัดข้อง เช่น ไม่นำแว่นสายตามา ไม่ต้องการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หรืออื่น ๆ ผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกคำตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม หากพบว่าข้อใดไม่มีคำตอบหรือคำตอบไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบที่ครบถ้วน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของคะแนนปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test พบว่า ตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กระจายไม่เป็นโค้งปกติ

3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square) หรือสถิติฟิสเชอร์ (Fisher Exact Probability Test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ทดสอบอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression) หลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรตามเป็นตัวแปรทวิภาค (Dichotomous variable) 2) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicolinearity) พบค่า VIF = 1.20 - 3.15, Tolerance = .31 - .82 3) กราฟ Residuals vs Predicted Probabilities ไม่มีค่า Outliers และ 4) แบบจำลองมีความเหมาะสม พบ Hosmer-Lemeshow ค่า p-value = .336

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (The predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตปริมณฑล จำนวน 146 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติฟิสเชอร์ (Fisher Exact Probability Test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary Logistic Regression) การนำเสนอผลการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และสิทธิในการรักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตปริมณฑล จำนวน 146 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.00) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 79.50) โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 36 - 85 ปี เฉลี่ย 65.95 ปี (SD = 8.74) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.00) มากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.70) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 26.70) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่างไม่มีรายได้ถึง 42,900 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 7,580.80 บาท (SD = 8,150.97) มากกว่าครึ่งระบุว่ามีพอเพียงไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 57.50)

ข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 15.06 - 36.68 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เฉลี่ย 24.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 3.88) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 67.10) โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 28.10) ส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีโดยมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 80.10) มีประวัติโรคร่วม คือ ภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุด (ร้อยละ 45.90) รองลงมาคือโรคเบาหวานร่วมกับมีภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 17.10) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1 - 40 ปี เฉลี่ย 7.93 ปี (SD = 6.62) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 59.60) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (ร้อยละ 74.70) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 71.90) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 146)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ		
ชาย	57	39.00
หญิง	89	61.00
อายุ		
35-59 ปี	30	20.50
60 ปีขึ้นไป	116	79.50
อายุต่ำสุด – สูงสุด	36 - 85	
$\bar{x} \pm$ SD	65.95 $\pm$ 8.74	

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 146) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	89	61.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	46	31.50
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	11	7.50
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	77	52.70
ประกอบอาชีพ	69	47.26
รับจ้าง	39	26.70
เกษตรกร	2	1.40
บุคคลกรด้านสุขภาพ	2	1.40
ธุรกิจส่วนตัว	8	5.50
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	1.40
พนักงานบริษัทเอกชน	1	0.70
ค้าขาย	7	4.80
ข้าราชการบำนาญ	5	3.40
อื่นๆ	3	2.10
รายได้ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 42,900	
$\bar{x} \pm$ SD	7,580.82 $\pm$ 8,150.97	
ความพอเพียงของรายได้		
พอเพียง ไม่เหลือเก็บ	84	57.50
พอเพียง มีเหลือเก็บ	22	15.10
ไม่พอเพียง ไม่มีหนี้สิน	27	18.50
ไม่พอเพียง มีหนี้สิน	13	8.90

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 146) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลด้านสุขภาพ		
ดัชนีมวลกาย		
อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม (BMI < 18.5 kg/m^2)	6	4.10
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 18.5 - 22.9 kg/m^2)	42	28.80
น้ำหนักเกิน (BMI 23 - 24.9 kg/m^2)	40	27.40
ภาวะอ้วนระดับ 1 (BMI 25 - 29.9 kg/m^2)	41	28.10
ภาวะอ้วนระดับ 2 (BMI 30 kg/m^2 ขึ้นไป)	17	11.60
ดัชนีมวลกายต่ำสุด – สูงสุด	15.07 - 36.68	
$\bar{x} \pm$ SD	24.78 $\pm$ 3.88	
ระดับความดันโลหิต		
ควบคุมได้ดี (BP < 140/90mmHg)	117	80.10
ควบคุมปานกลาง (BP $\geq$ 140-179/90-109mmHg)	26	17.80
ควบคุมไม่ดี (BP $\geq$ 180/110mmHg)	3	2.10
ประวัติโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคเบาหวาน	11	7.50
ภาวะไขมันในเลือดสูง	67	45.90
โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง	25	17.10
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
< 5 ปี	59	40.40
5 - 9 ปี	31	21.20
10 ปีขึ้นไป	56	38.40
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุด-สูงสุด	1 - 40	
$\bar{x} \pm$ SD	7.93 $\pm$ 6.62	
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว(ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว		
มี	37	25.30
ไม่มี	109	74.70

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 146) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพ	105	71.90
ประกันสังคม	18	12.30
เบิกจ่ายตรง	18	12.30
ชำระเงินเอง	5	3.40

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ระหว่าง 41 - 110 คะแนน (คะแนนเต็ม 110 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.34 คะแนน (SD = 11.18) ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 68.50) เมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายด้าน พบว่า เกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก มากที่สุด (ร้อยละ 88.40, 54.10, 74.00, 81.50, และ 88.40 ตามลำดับ) ยกเว้นด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 42.50) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้าน (n=146)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนน ต่ำสุด - สูงสุด	$\bar{x}$ ± SD	ระดับ		
			มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)
โดยรวม	41 - 110	90.34 ± 11.18	100 (68.50)	43 (29.50)	3 (2.10)

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้าน (n=146) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด	$\bar{x}$ ± SD	ระดับ		
			มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)
รายด้าน					
การรับประทานยาลดความดันโลหิต	6 - 20	18.17 ± 2.35	129 (88.40)	14 (9.60)	3 (2.10)
การรับประทานอาหาร	3 - 15	11.30 ± 2.37	79 (54.10)	52 (35.6)	15 (10.30)
การออกกำลังกาย	4 - 20	14.10 ± 3.42	57 (39.00)	62 (42.50)	27 (18.50)
การจัดการความเครียด	6 - 20	16.42 ± 2.79	108 (74.00)	34 (23.30)	4 (2.70)
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	6 - 20	16.91 ± 2.91	119 (81.50)	18 (12.30)	9 (6.20)
การมาพบแพทย์	3 - 15	13.44 ± 2.51	129 (88.40)	12 (8.20)	5 (3.40)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อส่วนบุคคลโดยรวมอยู่ระหว่าง 108 - 175 คะแนน (คะแนนเต็ม 175 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 141.53 คะแนน (SD = 12.23) มากกว่าครึ่งมีระดับความเชื่อส่วนบุคคลโดยรวม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 56.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก มากที่สุด (ร้อยละ 84.20, 96.60, 89.70, และ 69.90 ตามลำดับ) ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค อยู่ในระดับน้อย มากที่สุด ร้อยละ 61.60 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับความเชื่อส่วนบุคคล โดยรวมและรายด้าน (n = 146)

ความเชื่อส่วนบุคคล	คะแนน ต่ำสุด - สูงสุด	$\bar{X}$ ± SD	ระดับ		
			มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)
โดยรวม	108 - 175	141.53 ± 12.23	83 (56.80)	63 (43.20)	0 (0.00)
รายด้าน					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	25 - 40	33.35 ± 3.19	123 (84.20)	23 (15.80)	0 (0.00)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	18 - 25	20.79 ± 1.77	141 (96.60)	5 (3.40)	0 (0.00)
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	17 - 30	24.64 ± 2.36	131 (89.70)	14 (9.60)	1 (0.70)
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	7 - 35	25.99 ± 4.65	16 (11.00)	40 (27.40)	90 (61.60)
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	27 - 45	36.75 ± 3.49	102 (69.90)	44 (30.10)	0 (0.00)

ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ระหว่าง 22 - 42 คะแนน (คะแนนเต็ม 42 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.68 คะแนน (SD = 5.52) มากกว่าครึ่งมีระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

หลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างมีระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก มากที่สุด (ร้อยละ 58.20, 37.70, และ 70.50 ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยรวมและรายด้าน (n=146)

สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด	$\bar{X}$ ± SD	ระดับ		
			มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)
โดยรวม	22 – 42	33.68 ± 5.52	79 (54.10)	55 (37.70)	12 (8.20)
รายด้าน					
การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	5 – 12	9.80 ± 1.78	85 (58.20)	54 (37.00)	7 (4.80)
การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว	4 – 12	7.99 ± 3.09	55 (37.70)	39 (26.70)	52 (35.60)
การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11 – 18	15.88 ± 2.47	103 (70.50)	43 (29.50)	0 (0.00)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

เมื่อทดสอบการกระจายของตัวแปรปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ทุกปัจจัยกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงจัดกลุ่มตัวแปรและตรวจสอบค่าคาดหวัง (Expected value) ในตารางให้เซลล์ที่มีค่าน้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 ก่อนนำมาทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแคว์ การวิจัยนี้ได้จัดกลุ่มตัวแปรตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม จาก 3 กลุ่ม เป็น 2 กลุ่ม ให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

โดยใช้สถิติไคสแคว์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันดรคหลอดเลือดสมองระดับน้อยและปานกลาง เป็นระดับไม่เหมาะสม (ร้อยละ 31.50) และระดับมาก เป็นระดับเหมาะสม (ร้อยละ 68.50)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (χ^2= 7.916, p = .005) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (χ^2= 7.285, p = .026) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (χ^2= 26.016, p = .000) และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรค (χ^2= 28.171, p = .000) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติฟิสเชอร์ (n = 146)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		รวม n (%)	สถิติ	p-value
	เหมาะสม n (%)	ไม่เหมาะสม n (%)			
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค					
มาก	90(73.20)	33(26.80)	123(100.00)	χ^2 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)		

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติฟิสเชอร์ (n = 146) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		รวม n (%)	สถิติ	p-value
	เหมาะสม n (%)	ไม่เหมาะสม n (%)			
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)	χ^2 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)	χ^2 26.016	.000
น้อย - ปานกลาง	17(38.60)	27(61.40)	44(100.00)		
ระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค					
มาก	68(86.10)	11(13.90)	79(100.00)	χ^2 28.171	.000
ปานกลาง	29(52.70)	26(47.30)	55(100.00)		
น้อย	3(25.00)	9(75.00)	12(100.00)		

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค มาทดสอบอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 38.20 โดยมีสมการในการทำนาย ดังนี้

Log (odds) = -2.315 + 1.577 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับน้อย-ปานกลาง) + 2.640 (สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย) + 1.558 (สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง)

ผลการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละปัจจัย มีดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากเป็น 4.839 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับน้อย – ปานกลาง

2. สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากเป็น 14.014 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย และมากเป็น 4.748 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง รายละเอียดตามตารางที่ 4.6

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.6 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

Hosmer & Lemeshow test $\chi^2_{df=6} = 6.841$, p = .336; Nagelkerke $R^2 = .382$ %; Overall Percentage = 81.50%

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (The predictive correlational research desging) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock et al. (1988) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตปริมณฑล จำนวน 146 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ทดสอบการกระจายของตัวแปรโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ตัวแปรกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติฟิสเชอร์ (Fisher Exact Probability Test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary Logistic Regression)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 146 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ และระบุว่ามีรายได้พอเพียงไม่เหลือเก็บ ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.93 ปี โดยมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีประวัติโรคร่วม คือ ภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัว (ญาติสายตรง) เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับความเชื่อส่วนบุคคล โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย และระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\chi^2 = 7.916$, $p = .005$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ($\chi^2 = 7.285$, $p = .026$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ($\chi^2 = 26.016$, $p = .000$) และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ($\chi^2 = 28.171$, $p = .000$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ได้แก่ ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และระดับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 38.20 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากเป็น 4.839 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระดับน้อย – ปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากเป็น 14.014 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย และมากเป็น 4.748 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะ เพศ อายุ และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเพศหญิงจะมีความตระหนักรู้และรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าเพศชาย 2.23 เท่า (ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, 2561) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) นอกจากนี้เพศหญิงถูกมองว่ามีคุณลักษณะตามธรรมชาติที่เหมาะกับการเป็นผู้ดูแลหรือผู้เลี้ยงดู เนื่องจากมีความอ่อนโยน มีความอบอุ่น จึงถูกสังคมกำหนด/คาดหวังให้มีบทบาทเป็นผู้ดูแล (Eagly & steffen, 1984) เพศหญิงจึงมักให้ความสนใจใส่ใจดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและคนใกล้ชิด ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 79.50) ซึ่งเป็นวัยที่แม้มีการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (สาวิตรี จีระยา, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี, 2561) แต่ความมั่นคงในชีวิต และวุฒิภาวะในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานมากกว่า 5 ปี ทำให้ได้รับคำแนะนำซ้ำ ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวีนัส ลีพหกุล (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ อณัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

นอกจากนี้การที่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ มีการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนจะได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองปีละครั้ง ได้รับคำแนะนำ/คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มตามระดับความเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และมีการรณรงค์สื่อสารสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสู่ประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การดำเนินกิจกรรมเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิรพันธ์ หอมแก่นจันทร์ และลภัสรดา หนุ่มคำ (2566) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากอายุของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยข้างต้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน ในขณะที่งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อประสบการณ์และการดูแลตนเองทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างกัน เมื่อมีวุฒิภาวะมากขึ้น ส่งผลให้มีความตระหนักถึงสุขภาพของตนเองและใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น (ชัชรินทร์ กูเมาะ และรุ่งนภา จันทรา, 2558) ต่างจากกลุ่มวัยทำงานตอนกลางถึงตอนปลาย อายุอยู่ระหว่าง 30 - 59 ปี (กรมอนามัย, 2567) จะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบและมีภาระต้องรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจ กำลังเริ่มสร้างครอบครัวหรือบุตรกำลังเรียนหนังสือ รวมทั้งมีภาระในการดูแลบิดามารดาที่อายุมากขึ้น (มนทกานต์ ฉิมมามี, สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล, ธนานนท์ บัวทอง, อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, และ ณัฐช์นิชา ตั้งวีรัตน์กร, 2563) ร่วมกับยังคงมีสุขภาพแข็งแรง จึงอาจทำให้คนกลุ่มนี้ให้ความสำคัญและให้เวลากับครอบครัวมากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.20

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับน้อยถึงปานกลาง 4.84 เท่า สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Resenstock et al. (1988) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเชื่อว่า

เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นให้สำเร็จ แม้ต้องเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ก็ตาม และสอดคล้องกันการศึกษาของธัญญารัตน์ วงค์ชนะ (2564) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 14.30 และการศึกษาของ ลักษณา หัสดินทร์ (2563) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 36.60 การที่กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลและประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง การมีประสบการณ์ตรงจากการป่วยของตนเองทำให้เรียนรู้ ปรับตัว ปรับพฤติกรรม จึงส่งผลให้เข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น (ตวงพร กตัญญุตานนท์ และคณะ, 2560) ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP < 140/90 mmHg ร้อยละ 80.10) และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นับเป็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาตนเองและสั่งสมประสบการณ์อย่างต่อเนื่องผ่านการรับรู้และกระบวนการตัดสินใจเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ประสบการณ์ของความสำเร็จนี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะสามารถประสบความสำเร็จ มีความเป็นอยู่ที่ดี และจะสามารถแก้ไขปัญหาที่ยากได้สำเร็จ ดังข้อมูลที่ปรากฏในผลของการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก

สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย 14.01 เท่า และมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง 4.75 เท่า สอดคล้องตามแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอก ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองผ่านการสื่อสารทางช่องทางต่าง ๆ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลในการคิด ตัดสินใจปฏิบัติ หรือส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Resenstock et al., 1988) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตร่วมกับโรคมามากกว่า 5 ปี มีโอกาส

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ได้พบบุคลากรทางการแพทย์ตามนัดหลายครั้ง จึงได้รับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสุขภาพซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลที่ปรากฏในการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 88.40) และได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 70.50) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สายสุนี เจริญศิลป์, 2564) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วาสนา เหมือนมี, 2557)

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวน้อยกว่าด้านอื่น อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในเขตเทศบาลจึงต้องเผชิญปัญหาด้านเศรษฐกิจสูงกว่า ทำให้ต้องแข่งขัน ต่อสู้ ดิ้นรนในการทำมาหากิน เพื่อเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว จึงมีโอกาสใช้เวลาร่วมกับสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาล ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งระบุว่ามีรายได้พอเพียงไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 57.50) แต่ด้วยลักษณะครอบครัวไทยมีโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป จากครอบครัวขยายกลายเป็นเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้การสนับสนุนและการดูแลทางด้านจิตใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง (รุจา ภู่ไพบูลย์, และคณะ, 2561) จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวเท่าที่ควร

ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แต่ไม่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของณรงค์เดช บ้านสระ, สุทธิชัย ศิรินวล, และประจวบ แหลมหลัก (2566) และ สายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้

อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายโรค จึงมีประสบการณ์ที่เคยได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง มีการปรับพฤติกรรมจนรับรู้ว่าเป็นเรื่องปกติและเรียนรู้วิธีที่จะดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคที่เป็น แม้จะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตแต่การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ และส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค จึงอาจส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม (2563) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานแล้ว นอกจากนั้นตามแนวคิดของ Rosenstock et al. (1988) อธิบายว่า การที่บุคคลจะรับรู้และประเมินโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของตนนั้น ขึ้นกับอารมณ์/ความรู้สึก และประสบการณ์ส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้น ซึ่งจะทำให้แต่ละบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองไม่เท่ากัน แม้ต้องเผชิญปัจจัยเสี่ยงเดียวกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นอาจส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ไม่เป็นปัจจัยร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค พบว่า มีความสัมพันธ์แต่ไม่เป็นปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคในระดับน้อย และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์เดช บ้านสระ และคณะ (2566) และสายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบความแตกต่างในประเด็นของการทำนาย ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจึงทำให้ตนเองเคยชิน สามารถประเมินสิ่งกีดขวางและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพได้ มีการปรับพฤติกรรมจนรับรู้ว่าเป็นเรื่องปกติและเรียนรู้วิธีที่จะดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคที่เป็น และด้วยเทคโนโลยีปัจจุบันการได้รับข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย แต่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการ

รับรู้อุปสรรคในระดับน้อยเช่นเดียวกัน ส่งผลให้การกระจายของข้อมูลไม่เพียงพอ (Restriction of range) จึงทำให้ตัวแปรนี้ไม่สามารถทำนายความแตกต่างในพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างบุคลในกลุ่มตัวอย่างได้ จึงพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ไม่เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็น 2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษานี้ และต่างจากการศึกษาของณรงค์เดช บ้านสระ และคณะ (2566) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 82.30 การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ร่วมกับรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.60, และร้อยละ 89.70 ตามลำดับ) อาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมโดยคาดหวังว่าจะสามารถลดโอกาสของการเกิดความรุนแรงจากโรคที่เป็นได้ และผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร่วมกับยังไม่เคยประสบกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ข้อมูลเหล่านี้น่าจะช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีในการดำเนินชีวิตตามปกติ นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ อาจช่วยให้สามารถปล่อยวางและปฏิบัติตนตามที่เคยกระทำ ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของสายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม (2563) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เพิ่มระดับการรับรู้และระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองของผู้ป่วย ซึ่งอาจดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น บุคลากรสุขภาพสื่อสารชักจูงและกระตุ้นให้มีความเห็นร่วมในการดูแลตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนได้เหมาะสมและมีผลลัพธ์การปฏิบัติที่ดี เป็นต้นแบบและถ่ายทอดความรู้รวมทั้งประสบการณ์ตรงในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยรายอื่น

2. เพิ่มสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างรอบด้าน ได้แก่ 1) บุคลากรสุขภาพให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ผ่านการให้คำแนะนำ/คำปรึกษา การคัดกรองที่เหมาะสมตามอาการ การยกย่องชมเชยเมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดี และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติตน 2) แนะนำช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ รายการวิทยุ/รายการโทรทัศน์ และ 3) ทำความเข้าใจและสร้างความตระหนักให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ผ่านการเอาใจใส่ดูแล การกระตุ้นเตือนเรื่องการปฏิบัติตัว การช่วยเหลือเมื่อมาตรวจตามนัด การให้กำลังใจหรือชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

2. ศึกษาวิจัยเชิงลึกในบริบทสังคมไทย เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้/ความเชื่อส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง

กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรม การจัดการ โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่* (Master's thesis). สืบค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS).

กาญจนาพร ยอดภีระ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 1*(2), 19-27.

กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวีนัส ลีฬหกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25*(2), 40-50.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (บ.ก.). (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล .

กุลธิดา สุภาคุณ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเครียด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26*(3), 1-14.

จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ประทุม สร้อยวงค์, และมยุลี สำราญญาติ. (2561). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *Nursing Journal*, *45*(2), 14-27.

จักรพันธ์ เพรชภูมิ. (2560). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* . พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ชัชรินทร์ กูเมาะ, และรุ่งนภา จันทรา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตราะหัก จังหวัดปัตตานี. *วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,2*(2), 85-99.

ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 2*(2), 46-60.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

ชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2*(2), 62- 77.

ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขศึกษา*, *41*(1), 62-75.

ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *20*(2), 51-57.

ณรงค์เดช บ้านสระ, สุทธิชัย ศิรินวล, และประจวบ แหลมหลัก. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *12*(1), 45-59.

ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง. (2561). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอพยุหพศีรี จังหวัดนครสวรรค์* (Master's thesis). สืบค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS).

ดวงธิดา โสดาพรม. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *21*(1), 101-112.

ตวงพร กตัญญุตานนท์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบท. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, *27*(2), 112-123.

ธนกร อ่วมอ้อ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, อัจฉรา เดชขุน, ชุติมา สร้อยนาค, และดิเรก ภู่แจ้ง. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุร*, *35*(1), 69-79.

ธัญญารัตน์ วงค์ชนะ. (2564). การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมือง: ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิต. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *39*(3), 145-159.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

บุบผา วิริยรัตนกุล, จริยา ทรัพย์เรือง, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, และณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *23*(2), 199-207.

บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 13*(1), 122- 134.

ปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัธยมางกูร, และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 18*(3), 160-169.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ.(2538). *ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์, และลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4*(3), 325-340.

พรสวรรค์ คำทิพย์. (2556). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่ เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้* (Unpublished Master's thesis). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พรทิวา อินทร์พรหม. (2539). *ผลการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน* (Master's thesis). สืบค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS).

มนทกานต์ ฉิมมามี, สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล, ธนานนท์ บัวทอง, อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, และณัฐช์นิชา ตั้งวีรัตน์กร. (2563). วิกฤตวัยกลางคนของวัยแรงงานก่อนเกษียณ: การปรับตัวของลูกจ้างภาคเอกชนอายุ 45 ปีขึ้นไป ที่ออกไปสู่การทำงานภาคนอกระบบ. *วารสารประชากรศาสตร์, 36*(2), 58-74.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

มิรันตี แพงงา, ชนัญญา จิรพรกุล, กมล ศรีสว่างวงศ์, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, *8*(2), 42-52.

ยุทธนา ชนะพันธ์, และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 11*(2), 23-32.

รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, และธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย. (2562). การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองแบบปฐมภูมิ. *Journal of Thai Stroke Society*, *18*(2), 29-39.

รุจา ภู่ไพบูลย์, ดารุณี จงอุดมการณ์, ถวัลย์ เนียมทรัพย์, จิตตินันท์ เดชะคุปต์, ระพีพรรณ คำหอม, จินตนา วัชรสินธุ์, และเดชาวุธ นิตยสุทธิ. (2561). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยตามวงจรชีวิต: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารประชากรศาสตร์, 34*(1), 58-71.

ลักษณา หัสดินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมือง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36*(1), 91-105.

วาสนา เหมือนมี. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

วริศรา ปั่นทองหลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 38*(4), 152-165.

วิไลพร พุทธวงศ์, วิริณธิ์ กิตติพิชัย, ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. *Thai Journal of Public Health*, *44*(1), 30-44.

ศิรพันธ์ หอมแก่นจันทร์, และลภัสรดา หนุ่มคำ. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 15*(2), 67-80.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง. *Thai Journal of Neurology, 35*(4), 59-71.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562.* กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สายสุนี เจริญศิลป์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์* (Master's thesis). สืบค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS).

สาวิตรี จีระยา, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี. (2561). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,26*(2), 30-39.

สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง* (Master's thesis). สืบค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS).

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2557). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke).* สืบค้นจาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf

สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2564). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ.* สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/download/papermanual/NCDAnnual_Report2564.pdf

สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2565). *ตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2565.* สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211005081047.pdf

สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2567). *ข้อมูลสถิติการตาย/ป่วยโรคไม่ติดต่อ.* สืบค้นจาก https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911

สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2562). *คู่มือฉลาดอยู่...กับ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (สำหรับประชาชนทั่วไป).* สืบค้นจาก https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/mwi/n2282_ac719df7b56a7209d47c5e708693b279_article_20200115150126.pdf

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2565). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 Public Health Statistics A.D.2022.* สืบค้นจาก https://planning.anamai.moph.go.th/web-upload/20xa4d80079fdd38ace9fb48a050e5b52e4/m_magazine/37929/4625/file_download/743b7be12779e002b0c3cfb33a8338f4.pdf

สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2567). *ฐานข้อมูลกลาง วัยทำงาน.* สืบค้นจาก https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/index.php?r=groupdata/index&group=1&id=3

สำนักโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2561). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี2561*. สืบค้นจาก http://thaincd.com/document/file/download/knowledge.

อนัญญา ลาลุน, และไพฑูรย์ วุฒิโส. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล, 70*(2), 27-36.

อรุณี หล้าเขียว, และทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2557). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 1*(6), 635-649.

อุไรพร คล้าฉิม. (2554). *พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในจังหวัดสมุทรสงคราม.* สมุทรสงคราม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. Unpublished manuscript.

เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ, ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, และวีรณธี กิตติพิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *14*(2), 82-92.

Amarenco, P., & Labreuche, J. (2009). Lipid management in the prevention of stroke: Review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. *Lancet Neurol, 8*, 453-463.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, *13*(1), 10-24.

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 189–193). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Carpenter, C.J. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior, *Health Communication, 25*(8), 661-669. doi: 10.1080/10410236.2010.521906

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Dalvandi, A., Heikkila, K., Maddah, S. S. B., Khankeh, H. R., & Ekman, S. L. (2010). Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. *International Nursing Review*, *57*(2), 247-53.

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. doi:10.1037/0022-3514.46.4.735

Gorelick, P. B., (2009). Burden of stroke and risk factors. In N. M. Bornstein (Ed.), *Stroke: Practical guide for clinicians* (pp.9-23). Basel: Karger Medical and Scientific Publishers.

Grinnon, S. T., Miller, K., Marler, J. R., Lu, Y., Stout, A., Odenkirchen, J., & Kunitz, S. (2012). National Institute of Neurological Disorders and Stroke Common Data Element Project – approach and methods. *Clinical Trials: Journal of the Society for Clinical Trials, 9*(3), 322-329. doi:10.1177/1740774512438980

Hanchaiphiboolkul, S., Ponungvarin, N., Nidhinandana, S., Suwanwela, N. C., Puthkhao, P., Towanabut, S., & Samsen, M. (2011). Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke [TES] study. *Journal of the Medical Association of Thailand, 94*(4), 427-436.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Harmsen, P., Lappas, G., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L. (2006). Long-term risk factors For stroke: Twenty-eight years of follow-up of 7457 middle-aged men in Goteborg, Sweden. *Stroke, 37*(7), 1663-1667.

Health Data Center. (2022). *KPI NCD Clinic Plus*. Retrieved from https://nbp.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152

Health Data Center. (2024). *NCD*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152

Hennerici, M. G., Kern, R., Szabo, K., & Binder, J. (2012). *Stroke*. Great Britain: Oxford University Press.

Jacobs, B. S., Boden-Albala, B., Lin, I-F., & Sacco, L. R. (2002). Stroke in the young in the Northern Manhattan stroke study. *Stroke*, *33*, 2789-93. doi:10.1161/01.str.0000038988.64376.3a

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

Kasl, S.V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives Environmental Health*, *12*, 246 – 261.

Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., & Ezekowitz, M. D. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 45*(7), 2160–2236. doi:10.1161/STR.0000000000000024

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *45*(12), 3754-3832.

Misgana, S., Asemahagn, M. A., Atnafu, D. D., & Anagaw, T. F. (2023). Incidence of stroke and its predictors among hypertensive patients in Felege Hiwot comprehensive specialized hospital, Bahir Dar, Ethiopia, a retrospective follow-up study. *European Journal of Medical Research, 227*(2023), doi: 10.1186/s40001-023-01192-6

National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2009). *What You Need to Know About Stroke* [Electronic Version]. Retrieved from http://stroke.nih.gov/materials/needtoknow.htm

National Stroke Association. (2009). *Stroke risk scorecard*. Retrived from http://www.stroke.org/sites/default/files/resources/RiskStrokeScorecard_Eng.pdf

Pancioli, A. M., Broderick, J., Kothari, R., Brott, T., Tuchfarber, A., Miller, R., Jauch, E. (1998). Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *Jama*, *279*(16), 1288-1292.

Rajati, F., Rajati, M., Rasulehvandi, R., & Kazeminia, M. (2023). Prevalence of stroke in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Interdisciplinary Neurosurgery*, *23*, 1-10. doi:10.1016/j.inat.2023.101746

Rubattu, S., Stanzione, R., Gigante, B., Bagalino, A., Musumeci, B., & Volpe, M. (2001). Genetic susceptibility to cerebrovascular accidents. *J Cardiovasc Pharmacol*, *38*(2), 71-74.

Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health*, *50*(3), 295-302.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328-335.

Rosenstock, I.M., Stretcher, V.L., & Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Satink, T., Cup, E. H., Ilott, I., Prins, J., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2013). Patients' Views on the Impact of Stroke on Their Roles and Self: A Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94*(6), *11711183.* doi:10.1016/j.apmr.2013.01.011

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw – Hill Book.

Silverman, I. E., & Rymer, M. M. (2012). Stroke basics. In *Blood pressure management and stroke: Visual guide for clinicians* (pp. 1–15). Oxford: Atlas Medical Publishing.

Siriraj Stroke Center. (2016). *Stroke*. Retrieved from https://www.sirirajstrokecenter.org/

Skinner, C. S., Tiro, J. A., & Champion, V. L. (2015). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 75–94). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Upoyo, A. S., Isworo, A., Sari, Y., Taufik, A., Sumeru, A., & Anam, A. (2021). Determinant Factors Stroke Prevention Behavior among Hypertension Patient in Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci*, *9*(E), 336-339. https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6040

Truelsen, T., Nielsen, N., Boysen, G., & Gronbaek, M. (2003). Self-Reported Stress and Risk of Stroke: The Copenhagen City Heart Study. *Stroke, 34*(4), *856–862.* doi:10.1161/01.str.0000062345.80774.40

World Stroke Organization. (2020). *World Stroke Organization Annual Report 2020.* Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2020_online.pdf

Yi, X., Luo, H., Zhou, J., Yu, M., Chen, X., Tan, L., … Li, J. (2020). Prevalence of stroke and stroke related risk factors: a population based cross sectional survey in South Western China. *BMC Neurology, 20*(5), 1-10. doi:10.1186/s12883-019-1592-z

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test)

	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1.	**ปีนี้คุณอายุเท่าไร**		1/0
2.	**ขณะนี้กี่โมง** (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		1/0
3.	**พูดคำว่า "ร่ม กระทะ ประตู" ให้ฟังช้า ๆ ชัด ๆ 2 ครั้ง** แล้วบอกให้ผู้ทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	ร่ม กระทะ ประตู	1/0 1/0 1/0
4.	**เดือนนี้เดือนอะไร** (อาจเป็นเดือนไทย/เดือนสากลก็ได้)		1/0
5.	**คนนั้นเป็นใคร** (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลใกล้เคียง)	บุคคลที่ 1 บุคคลที่ 2	1/0 1/0
6.	**ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/กี่กิโลกรัม**	20 ลิตร/15 กก.	1/0
7.	**ให้ผู้ทดสอบทำตามคำสั่งที่จะบอกต่อไปนี้** "ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก" (ให้ 1 คะแนน ถ้าทำถูกต้องครบทุกขั้นตอน)		1/0
8.	**จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ "หนีเสือปะจระเข้"** ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง 1. หนีจากสิ่งไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก 2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก 3. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม		1/0
9.	**บอกผู้ทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วพูดตามทันที** "ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา" (ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)		1/0

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
10.	**ถามผู้ทดสอบว่า "ถ้าลืมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร"** (ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบมีเหตุผลเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้ และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) **ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน** 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ ที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ 2. ตามช่างกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) 3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน 4. หาทางเข้าบ้าน(ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง งัดช่องลม **ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน** 1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอจนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. พังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก		1/0
11.	**บอกให้ผู้ทดสอบนับเลขจาก 10 - 20** (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)		1/0
12.	**ชี้ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร/เรียกว่าอะไร** ชี้ไปที่ ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร/เรียกว่าอะไร		1/0 1/0
13.	**บอกให้ผู้ทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง** 20 - 3 = a 17 - 3 = b 14 - 3 = c (ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้อง ครั้งละ 1 คะแนน)	 a = 17 b = 14 c = 11	 1/0 1/0 1/0

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ☑หรือกรอกรายละเอียดให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับความดันโลหิต ..... มิลลิเมตรปรอท
4. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
5. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
6. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่สำเร็จการศึกษา
   - ( ) ไม่ได้รับการศึกษา
   - ( ) ประถมศึกษา
   - ( ) มัธยมศึกษา /ปวช.
   - ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
   - ( ) ปริญญาโท/ปริญญาเอก
   - ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
7. อาชีพ
   - ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
   - ( ) รับจ้าง
   - ( ) เกษตรกร
   - ( ) บุคลากรด้านสุขภาพ
   - ( ) ธุรกิจส่วนตัว
   - ( ) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
   - ( ) พนักงานบริษัทเอกชน
   - ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ..... บาท
9. ความเพียงพอของรายได้
   - ( ) พอเพียงไม่เหลือเก็บ
   - ( ) ไม่พอเพียง ไม่มีหนี้สิน
   - ( ) พอเพียงมีเหลือเก็บ
   - ( ) ไม่พอเพียง มีหนี้สิน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

10. ประวัติโรคประจำตัว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) โรคเบาหวาน ( ) ภาวะไขมันในเลือดสูง

( ) โรคหัวใจ ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

11. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ..... ปี

12. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

( ) มี โปรดระบุ ..... ( ) ไม่มี

13. สิทธิในการรักษาพยาบาล

( ) บัตรประกันสุขภาพ ( ) ประกันสังคม

( ) เบิกจ่ายตรง ( ) ชำระเงินเอง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย☑ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ1 คำตอบ (โปรดตอบทุกข้อ) โดยแต่ละคำตอบจะมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นทั้งหมด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นเกือบทั้งหมด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้นทั้งหมด

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นแต่ไม่ทั้งหมด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้นทั้งหมด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
3. ผู้ที่รับประทานอาหารที่ไขมันสูง เช่น กะทิ น้ำมันปาล์ม ไขมันจากสัตว์ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
4. การออกกำลังกายเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
5. ผู้ที่มีภาวะเครียดสะสมเพิ่มโอกาสต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
6. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคประจำอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ฯลฯ เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น					
8. ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง					
9. โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหว					
10. โรคหลอดเลือดสมองทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งได้					
11. หากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น และอาจกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้					
12. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้					
13. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้คนในครอบครัวท่านเป็นทุกข์ทั้งกายและใจ					
2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
14. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
15. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง จะช่วยลดความเสี่ยง					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
โรคหลอดเลือดสมอง					
16. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง					
17. การควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย จะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
18. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง					
19. การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐในเรื่องค่ารักษาพยาบาล					
2.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
20. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีไขมันสูง เป็นความเคยชินที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัย ปรับเปลี่ยนได้ยาก					
21. การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารมาก เช่นข้าวกล้อง ธัญพืช ผักปลอดสารพิษทำได้ยาก เพราะมีราคาแพงและหาซื้อได้ยาก					
22. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะไม่มีเวลาและอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย					
23. การจัดการความเครียดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาให้คิดและแก้ไขตลอดเวลา					
24. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก					
25. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติทำได้ยาก					
26. การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอาจทำให้พบว่าตนเองเป็นโรค และส่งผลให้เกิด					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ความเครียดความวิตกกังวลตามมา					
2.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
27. ท่านสามารถรับประทานยาตรงเวลา					
28. ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารเค็มลงได้					
29. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันได้					
30. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน					
31. เมื่อมีความเครียดท่านสามารถสามารถจัดการกับความเครียดได้					
32. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือ ลดละเลิกบุหรี่ได้					
33. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้					
34. ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้					
35. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย☑ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติที่ถ้าเห็นว่าเป็นจริง ว่าในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองบ่อยเพียงใด โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ได้รับบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้าง ไม่สม่ำเสมอทุกสัปดาห์
ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่นเลย

สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่ได้รับเลย
3.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากช่องทางใด มากน้อยเพียงใด			
1. สื่อต่าง ๆ เช่น ทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต			
2. บุคลากรทางสาธารณสุข			
3. บุคคลในครอบครัว/ญาติ			
4. เพื่อนร่วมงาน หรือเพื่อนบ้าน			
3.2 การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การสนับสนุนช่วยเหลือท่านเรื่องใด มากน้อยเพียงใด			
5. การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแล และกระตุ้นเตือนในเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด			
6. การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน			

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่ได้รับเลย
7. การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา			
8. การพาไปตรวจพบแพทย์ตามนัด			
3.3 การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ/คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ และ/หรือ อสม. เรื่องใด มากน้อยเพียงใด			
9. ได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
10. ได้รับการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง			
11. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเกี่ยวกับการกินยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			
12. ให้การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน			
13. แนะนำให้ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง			
14. ส่งเสริมให้ท่านมีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน			

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย☑ลงในช่วงว่างที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ทำเป็นประจำประมาณสัปดาห์ละ 5-7 ครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำบ่อยประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ทำไม่สม่ำเสมอสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ทำประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ทำเลย

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	**การปฏิบัติ**				
	ปฏิบัติประจำ (5)	**ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4)**	**ปฏิบัติบางครั้ง (3)**	**ปฏิบัตินานๆครั้ง (2)**	**ไม่ได้ปฏิบัติเลย (1)**
4.1 พฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต					
1. ท่านรับประทานยาครบจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยไม่ปรับยาเอง					
2. ท่านรับประทานยาตรงเวลาที่แพทย์สั่งทุกมื้อและต่อเนื่อง					
3. ท่านไม่หยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเอง เมื่อระดับความดันโลหิตของท่านอยู่ในระดับปกติ					
4. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ หลังรับประทานยา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น					
4.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร					
5. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาร้า แหนม ผักดอง กุ้งน้ำปลา ซีอิ้ว เกลือป่น					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติประจำ (5)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติเลย (1)
6. ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ ปาท่องโก๋ กล่วยทอด แกงใส่กะทิ					
7. ท่านรับประทานผักใบเขียวที่มีกากใยสูง เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คะน้า ผักกาด					
4.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
8. ท่านออกกำลังกายเหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย เช่น เต้นแอโรบิค เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ แกว่งแขน โยคะ เป็นต้น					
9. ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์					
10. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ตัดหญ้า ต่อเนื่องกันอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที					
11. ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะหรือหลังจากออกกำลังกาย เช่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ					
4.4 พฤติกรรมการจัดการความเครียด					
12. ท่านพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ เช่น เพื่อน หรือคนในครอบครัว					
13. ท่านทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดด้วยงานอดิเรก เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ ทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ ฟังเพลง ดูทีวี					
14. ท่านมีวิธีจัดการความเครียดของตนเอง					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติประจำ (5)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติเลย (1)
ได้อย่างเหมาะสม					
15. ท่านนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง					
4.5 พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง					
16. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้น					
17. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาดอง					
18. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง M150					
19. ท่านชั่งน้ำหนักหรือสังเกตการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก					
4.6 พฤติกรรมการมาพบแพทย์					
20. ท่านมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด					
21. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์นัด					
22. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือปลายเท้า เพื่อมาพบแพทย์ทันทีก่อนกำหนด					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ข

เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต
RANGSIT UNIVERSITY
ที่ พบ 0400/ 814

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University T. (66) 2997 2200-30
เมืองเอก ต.พหลโยธิน Muang-Ake, Pathumthani Rd. F. (66) 2791 5757
อ.ปทุมธานี 12000 Pathumthani 12000, Thailand E. info@rsu.ac.th
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประสิทธิ์ อุไรรัตน์

วันที่ 8 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขอขนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ด้วย นางสาวอุมาพร แก้วสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสนีย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ นักศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาเครื่องมือในการทำวิจัย และพบว่า เครื่องมือ "แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" จากรายงานการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้" ของ กาญจนาพร ยอดมีระ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2562 หน้า 19 – 27 จึงมีความประสงค์ขอขนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป โดยการนำไปใช้จะมีการอ้างอิงถึงผู้พัฒนาในเอกสารที่มีการเผยแพร่ทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ บินโสะจิน หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : warinb@rsu.ac.th
ผู้ประสานงาน ลักษณา ยืนยงวนิชกิจ โทรศัพท์ 0-2977-2222 ต่อ 1445 Email : luksana.y@rsu.ac.th
โทรศัพท์ 0-2977-2222 ต่อ 1445 , 1486

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต
RANGSIT UNIVERSITY
ที่ ทย 1400/ 013

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University T. (66) 2997 2200-38
อ.ปทุมธานี 12000 Pathumthani 12000, Thailand E. info@rsu.ac.th
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประสิทธิ์ อุไรรัตน์

วันที่ 8 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขอขนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ด้วย นางสาวยุมาพร แก้วสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเกลี้ยง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ นักศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาเครื่องมือในการทำวิจัย และพบว่าเครื่องมือ "แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์" ของ สายสุนี เจริญศิลป์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ปีการศึกษา 2564 มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งมีความประสงค์ขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป โดยการนำไปใช้จะมีการอ้างอิงถึงผู้พัฒนาในเอกสารที่มีการเผยแพร่ทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. ชำภาพร นามวงศ์พรหม)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ ปินโสเข็น หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : varinp@rsu.ac.th
ผู้ประสานงาน ลักษณา ยืนยงวนิชกิจ โทรศัพท์ 0-2977-2222 ต่อ 1445 Email : lukana.y@rsu.ac.th
โทรศัพท์ 0-2977-2222 ต่อ 1445 , 1488

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต
RANGSIT UNIVERSITY

ที่ พย 1400/ 075

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University T. (66) 2997 2200-30
เมืองเอก ปทุมธานี Muang-Ake, Pathumthani 12000, Thailand F. (66) 2791 5757
12000 E. info@rsu.ac.th

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ประสิทธิ์ อุไรรัตน์

วันที่ 8 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ) แบ่งเป็น 4 ชุด คือ
ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล
ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชุดที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. โครงร่างวิทยานิพนธ์ บทที่ 1 และ บทที่ 3

ด้วย นางสาวอุมาพร แก้วสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พิจารณาเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความสามารถ และความเชี่ยวชาญ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ อาจารย์ นพ.ณัฐพล อุฬารศิลป์ หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคุณอุไร คำมาก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : varin.b@rsu.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร วิมลรัตน์ บุญเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ Email : wimonrut.b@rsu.ac.th
ผู้ประสานงาน ลักษณา ยืนยงวนิชกิจ โทร. 02-997-2222 ต่อ 1445 Email : lukana.y@rsu.ac.th

สำเนาเรียน 1. อาจารย์ นพ.ณัฐพล อุฬารศิลป์ 2. คุณอุไร คำมาก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ **โทรศัพท์** 1445 **โทรสาร** 1493

ที่ พย 1400/ **วันที่** 8 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขอขนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ) แบ่งเป็น 4 ชุด คือ
ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล
ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชุดที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. โครงร่างวิทยานิพนธ์ บทที่ 1 และ บทที่ 3

ด้วย นางสาวชุมาพร แก้วสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พิจารณาเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความสามารถ และความเชี่ยวชาญ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาวินทร์ ปินโสเร็น หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ชมพูพร
9 มิ.ย 66.

ผู้ประสานงาน ลักษณา ยืนยงวนิชกิจ โทร. 1445

ทำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาวินทร์ ปินโสเร็น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity Index: CVI)

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ (CVI = .97)

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ												คะแนนรวม	CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
2				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
3				✓	✓							✓	1+0+1=2	2/3=.66
4				✓			✓					✓	1+1+1=3	3/3=1
5				✓			✓					✓	1+1+1=3	3/3=1
6				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
7				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
8				✓			✓					✓	1+1+1=3	3/3=1
9				✓			✓					✓	1+1+1=3	3/3=1
10				✓			✓					✓	1+1+1=3	3/3=1
11				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
12				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
13			✓					✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
													12.66/13	.97

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล จำนวน 35 ข้อ (CVIรวม = .98)

CVIรายด้าน 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง **(1)**

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง **(.93)**

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง **(1)**

4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง **(1)**

5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง **(.96)**

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ												คะแนนรวม	CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
2				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
3				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
4				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
5				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
6				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
7				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
8				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
													8/8	1
9				✓				✓	✓				1+1+0=2	2/3=.66
10				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
11				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
12				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
13				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
													4.66/5	.932
14				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
15				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
16				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
17				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
18				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ												คะแนนรวม	CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
19				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
													6/6	1
20				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
21				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
22				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
23				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
24				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
25				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
26				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
													7/7	1
27				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
28				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
29				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
30				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
31				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
32				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
33				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
34				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
35				✓				✓		✓			1+1+0=2	2/3=.66
													8.66/9	.96
													34.32/35	.98

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ (CVI = .97)

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ												คะแนนรวม	CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
2				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
3				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
4				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
5				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
6				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
7				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
8				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
9				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
10				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
11				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
12				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
13				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
14				✓				✓		✓			1+1+0=2	2/3=.66
													13.66/14	.97

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ชุดที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ข้อ (CVI = .98)

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ												คะแนนรวม	CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
2				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
3				✓				✓			✓		1+1+1=3	3/3=1
4				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
5				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
6				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
7				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
8				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
9				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
10				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
11				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
12				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
13				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
14				✓				✓	✓				1+1+0=2	2/3=.66
15				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
16				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
17				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
18				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
19				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
20				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
21				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
22				✓				✓				✓	1+1+1=3	3/3=1
													21.66/22	0.98

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

1) Try out 30 คน

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.944	35

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Psuscep001	4.60	.563	30
Psuscep002	4.63	.490	30
Psuscep003	4.43	.774	30
Resuscep004	4.30	.952	30
Psuscep005	4.57	.504	30
Psuscep006	4.57	.504	30
Psuscep007	4.53	.507	30
Psuscep008	4.23	.817	30
Psevere009	4.53	.507	30
Psevere010	4.50	.509	30
Psevere011	4.47	.571	30
Psevere012	4.20	.610	30
Psevere013	4.37	.490	30
Pbenefit014	4.37	.669	30
Pbenefit015	4.43	.568	30
Pbenefit016	4.47	.571	30
Pbenefit017	4.37	.615	30
Pbenefit018	4.37	.809	30
Pbenefit019	4.47	.507	30
Rebarri020	3.87	.730	30
Rebarri021	3.90	.662	30
Rebarri022	4.07	.521	30
Rebarri023	4.00	.643	30

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Rebarri024	4.07	.583	30
Rebarri025	4.00	.587	30
Rebarri026	3.97	.615	30
Pself027	4.50	.509	30
Pself028	4.47	.507	30
Pself029	4.23	.774	30
Pself030	4.27	.691	30
Pself031	4.30	.596	30
Pself032	4.33	.802	30
Pself033	4.27	.828	30
Pself034	4.23	.817	30
Pself035	4.40	.563	30

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Psuscep001	146.67	162.713	.643	.942
Psuscep002	146.63	163.482	.682	.942
Psuscep003	146.83	162.833	.448	.943
Resuscep004	146.97	159.275	.503	.944
Psuscep005	146.70	162.424	.747	.941
Psuscep006	146.70	162.424	.747	.941
Psuscep007	146.73	162.409	.743	.941
Psuscep008	147.03	162.723	.426	.944
Psevere009	146.73	162.409	.743	.941
Psevere010	146.77	162.530	.731	.941
Psevere011	146.80	162.028	.682	.941
Psevere012	147.07	166.064	.371	.944
Psevere013	146.90	165.059	.554	.942
Pbenefit014	146.90	162.300	.559	.942
Pbenefit015	146.83	165.385	.449	.943
Pbenefit016	146.80	162.786	.628	.942

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pbenefit017	146.90	161.197	.685	.941
Pbenefit018	146.90	162.714	.432	.944
Pbenefit019	146.80	163.614	.647	.942
Rebarri020	147.40	160.248	.621	.942
Rebarri021	147.37	161.551	.611	.942
Rebarri022	147.20	163.338	.651	.942
Rebarri023	147.27	161.789	.615	.942
Rebarri024	147.20	162.786	.614	.942
Rebarri025	147.27	162.685	.617	.942
Rebarri026	147.30	162.631	.591	.942
Pself027	146.77	167.771	.322	.944
Pself028	146.80	167.062	.378	.944
Pself029	147.03	163.895	.393	.944
Pself030	147.00	161.724	.573	.942
Pself031	146.97	161.689	.675	.941
Pself032	146.93	163.444	.399	.944
Pself033	147.00	166.069	.259	.946
Pself034	147.03	157.895	.667	.941
Pself035	146.87	160.326	.815	.940

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
151.27	172.271	13.125	35

แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.799	14

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
CueInfor001	2.73	.521	30
CueInfor002	2.70	.596	30
CueInfor003	2.33	.758	30
CueInfor004	2.23	.774	30
CuesupFam005	2.57	.728	30
CuesupFam006	2.50	.682	30
CuesupFam007	2.23	.774	30
CuesupFam008	2.20	.761	30
CuesupPro009	2.70	.466	30
CuesupPro010	2.70	.466	30
CuesupPro011	2.70	.466	30
CuesupPro012	2.53	.507	30
CuesupPro013	2.60	.498	30
CuesupPro014	2.60	.498	30

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CueInfor001	32.60	19.490	.237	.799
CueInfor002	32.63	18.378	.414	.787
CueInfor003	33.00	17.310	.470	.783
CueInfor004	33.10	17.128	.488	.781
CuesupFam005	32.77	17.840	.403	.789
CuesupFam006	32.83	17.523	.501	.780
CuesupFam007	33.10	17.610	.407	.789
CuesupFam008	33.13	17.637	.412	.788
CuesupPro009	32.63	18.792	.456	.786
CuesupPro010	32.63	18.861	.438	.787

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CuesupPro011	32.63	18.861	.438	.787
CuesupPro012	32.80	18.510	.477	.784
CuesupPro013	32.73	18.823	.412	.788
CuesupPro014	32.73	18.823	.412	.788

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
35.33	20.851	4.566	14

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.812	22

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
BehavMed001	4.47	.776	30
BehavMed002	4.57	.626	30
BehavMed003	4.57	.626	30
BehavMed004	4.50	.777	30
RebehavFood005	4.03	.964	30
RebehavFood006	4.07	.828	30
BehavFood007	4.27	.828	30
BehavExer008	3.90	.845	30
BehavExer009	3.83	.834	30
BehavExer010	4.47	.629	30
BehavExer011	4.33	.711	30

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
BehavStess012	4.30	.837	30
BehavStess013	4.53	.507	30
BehavStess014	4.43	.568	30
BehavStess015	4.20	.925	30
RebehavRisk016	4.60	1.133	30
RebehavRisk017	4.50	1.137	30
RebehavRisk018	4.13	1.456	30
BehavRisk019	4.00	1.174	30
BehavFollow020	4.80	.407	30
BehavFollow021	4.67	.606	30
BehavFollow022	4.73	.450	30

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BehavMed001	91.43	62.944	.459	.801
BehavMed002	91.33	61.264	.769	.790
BehavMed003	91.33	61.264	.769	.790
BehavMed004	91.40	60.662	.655	.791
RebehavFood005	91.87	64.395	.250	.812
RebehavFood006	91.83	64.971	.265	.810
BehavFood007	91.63	61.551	.536	.796
BehavExer008	92.00	61.379	.537	.796
BehavExer009	92.07	61.513	.534	.797
BehavExer010	91.43	64.737	.402	.804
BehavExer011	91.57	64.461	.370	.805
BehavStess012	91.60	64.800	.274	.809
BehavStess013	91.37	65.206	.456	.804
BehavStess014	91.47	63.637	.578	.799
BehavStess015	91.70	67.183	.076	.820
RebehavRisk016	91.30	63.803	.227	.815

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
RebehavRisk017	91.40	64.938	.162	.820
RebehavRisk018	91.77	55.426	.537	.796
BehavRisk019	91.90	69.334	-.078	.835
BehavFollow020	91.10	65.955	.465	.805
BehavFollow021	91.23	64.668	.427	.804
BehavFollow022	91.17	65.385	.496	.804

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
95.90	69.197	8.318	22

2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 146 คน

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.945	35

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Psuscep001	4.18	.494	146
Psuscep002	4.18	.484	146
Psuscep003	4.09	.632	146
ReSuscep004	4.47	.815	146
Psuscep005	4.13	.488	146
Psuscep006	4.14	.479	146
Psuscep007	4.13	.474	146
Psuscep008	4.03	.543	146
Psevere009	4.18	.418	146

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Psevere010	4.18	.390	146
Psevere011	4.17	.396	146
Psevere012	4.10	.419	146
Psevere013	4.16	.402	146
Pbenefit014	4.12	.432	146
Pbenefit015	4.09	.454	146
Pbenefit016	4.12	.447	146
Pbenefit017	4.08	.491	146
Pbenefit018	4.10	.530	146
Pbenefit019	4.14	.389	146
Rebarri020	3.60	.890	146
Rebarri021	3.65	.852	146
Rebarri022	3.68	.812	146
Rebarri023	3.77	.768	146
Rebarri024	3.80	.785	146
Rebarri025	3.74	.797	146
Rebarri026	3.73	.833	146
Pself027	4.46	.552	146
Pself028	4.41	.595	146
Pself029	3.99	.569	146
Pself030	3.75	.652	146
Pself031	4.05	.460	146
Pself032	4.05	.608	146
Pself033	4.00	.621	146
Pself034	3.97	.592	146
Pself035	4.08	.471	146

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Psuscep001	137.35	141.194	.705	.943

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Psuscep002	137.34	141.220	.718	.942
Psuscep003	137.44	140.896	.561	.943
ReSuscep004	137.06	145.355	.188	.948
Psuscep005	137.40	140.710	.757	.942
Psuscep006	137.39	141.026	.744	.942
Psuscep007	137.40	141.234	.733	.942
Psuscep008	137.49	142.114	.564	.943
Psevere009	137.35	142.132	.743	.943
Psevere010	137.34	142.778	.729	.943
Psevere011	137.36	142.948	.698	.943
Psevere012	137.42	144.425	.508	.944
Psevere013	137.37	143.724	.605	.943
Pbenefit014	137.41	142.864	.646	.943
Pbenefit015	137.44	142.772	.621	.943
Pbenefit016	137.41	141.954	.709	.943
Pbenefit017	137.45	140.938	.731	.942
Pbenefit018	137.43	141.695	.614	.943
Pbenefit019	137.38	143.148	.688	.943
Rebarri020	137.92	137.918	.526	.945
Rebarri021	137.88	138.688	.513	.945
Rebarri022	137.84	138.023	.578	.944
Rebarri023	137.75	138.753	.573	.944
Rebarri024	137.73	137.662	.621	.943
Rebarri025	137.79	137.920	.596	.943
Rebarri026	137.79	138.082	.559	.944
Pself027	137.07	144.147	.397	.945
Pself028	137.12	143.800	.390	.945
Pself029	137.53	143.409	.439	.944
Pself030	137.78	140.614	.561	.943
Pself031	137.48	143.369	.557	.944

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pself032	137.47	142.141	.497	.944
Pself033	137.53	142.513	.459	.944
Pself034	137.56	141.117	.586	.943
Pself035	137.45	141.518	.711	.943

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
141.53	149.713	12.236	35

แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.883	14

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
CueInfor001	2.55	.512	146
CueInfor002	2.66	.502	146
CueInfor003	2.36	.607	146
CueInfor004	2.23	.630	146
CuesupFam005	2.10	.841	146
CuesupFam006	2.03	.817	146
CuesupFam007	1.88	.835	146
CuesupFam008	1.98	.851	146
CuesupPro009	2.67	.486	146
CuesupPro010	2.68	.469	146
CuesupPro011	2.73	.448	146
CuesupPro012	2.60	.491	146
CuesupPro013	2.68	.481	146

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

CuesupPro014	2.52	.541	146

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CueInfor001	31.12	27.405	.527	.876
CueInfor002	31.01	27.503	.520	.877
CueInfor003	31.32	26.840	.522	.876
CueInfor004	31.45	26.980	.477	.879
CuesupFam005	31.58	24.328	.658	.870
CuesupFam006	31.64	24.300	.686	.868
CuesupFam007	31.79	24.978	.578	.875
CuesupFam008	31.70	24.295	.653	.870
CuesupPro009	31.01	27.221	.600	.874
CuesupPro010	31.00	27.421	.582	.875
CuesupPro011	30.95	27.839	.520	.877
CuesupPro012	31.08	27.353	.565	.875
CuesupPro013	30.99	27.634	.520	.877
CuesupPro014	31.16	27.347	.505	.877

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
33.68	30.496	5.522	14

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.881	22

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BehavMed001	4.62	.677	146
BehavMed002	4.64	.651	146
BehavMed003	4.62	.635	146

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
BehavMed004	4.29	.744	146
Rebehevfood005	3.65	1.105	146
Rebehevfood006	3.54	1.045	146
BehavFood007	4.11	.823	146
BehavExer008	3.05	1.191	146
BehavExer009	2.98	1.148	146
BehavExer010	4.12	.931	146
BehavExer011	3.94	.963	146
BehavStess012	4.10	.820	146
BehavStess013	4.05	1.002	146
BehavStess014	4.17	.808	146
BehavStess015	4.09	.796	146
Rebehevrisk016	4.58	1.075	146
Rebehevrisk017	4.35	1.148	146
Rebehevrisk018	4.46	1.121	146
BehavRisk019	3.52	1.272	146
BehavFollow020	4.57	.804	146
BehavFollow021	4.47	.888	146
BehavFollow022	4.40	.913	146

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BehavMed001	85.72	116.796	.541	.875
BehavMed002	85.69	116.601	.580	.874
BehavMed003	85.72	116.327	.616	.874
BehavMed004	86.04	115.916	.543	.874
Rebehevfood005	86.68	116.024	.333	.881
Rebehevfood006	86.79	114.399	.433	.877
BehavFood007	86.23	115.376	.516	.875
BehavExer008	87.28	113.100	.421	.878

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BehavExer009	87.36	113.900	.407	.878
BehavExer010	86.21	114.899	.471	.876
BehavExer011	86.40	111.400	.632	.871
BehavStess012	86.23	114.194	.588	.873
BehavStess013	86.28	112.369	.556	.873
BehavStess014	86.16	112.800	.683	.870
BehavStess015	86.25	117.028	.436	.877
Rebehevrisk016	85.75	114.270	.424	.877
Rebehevrisk017	85.99	110.524	.552	.873
Rebehevrisk018	85.88	113.392	.441	.877
BehavRisk019	86.82	120.235	.119	.890
BehavFollow020	85.77	116.538	.460	.876
BehavFollow021	85.86	114.547	.518	.874
BehavFollow022	85.94	112.831	.593	.872

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
90.34	125.176	11.188	22

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

COA. No. RSUERB2023-104

RSU-ERB

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2023-104
ชื่อโครงการวิจัย	:	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง Factors predicting Preventive Behaviors of Stroke among patients with Hypertension
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางสาวอุมาพร แก้วสุข
ชื่อนักวิจัยร่วม	:	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร รองศาสตราจารย์ ดร. อาภรณ์ ตีนาน
หน่วยงานที่สังกัด	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์
วันที่รับรอง	:	14 กรกฎาคม 2566
วันที่หมดอายุ	:	14 กรกฎาคม 2568

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

RSU-ERB

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานทิพ วิทยปัจจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

RSU มหาวิทยาลัยรังสิต
RANGSIT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University
ที่ พย 1400/ @๑๖๓

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประสิทธิ์ ลูไรวัลย์

วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เรียน นายแพทย์สาขาวณสุขจังหวัดปทุมธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต
2. โครงร่างการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับการวิจัยด้วยแบบสอบถาม
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เนื่องจาก นางสาวอุมาพร แก้วสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง " **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** " ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตแล้ว ในการนี้ผู้วิจัยมีความประสงค์จะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 146 คน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะดี 1 กรณีกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอจะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลางอีกแห่งหนึ่ง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจะนัดหมายผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามวัน-เวลา และสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวก เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะดี 1 และ/หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว นางสาวอุมาพร จะดำเนินการประสานรายละเอียดในการเก็บข้อมูลต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธำมาพร นามวงศ์พรหม)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ ปินโยเซ็น หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : warinp@rsu.ac.th
ผู้ประสานงาน นางสาวอุมาพร แก้วสุข โทรศัพท์ 063-991-6615

มหาวิทยาลัยรังสิต
RANGSIT UNIVERSITY
Rangsit University
Phaholyothin Rd.
Pathumthani 12000, Thailand

ที่ พย 1400/ 091

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประสิทธิ์ ทูโรจน์

วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เรียน พัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดปทุมธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต
2. โครงร่างการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับการวิจัยด้วยแบบสอบถาม
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เนื่องจาก นางสาวยุมาพร แก้วสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง " **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** " ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตแล้ว ในการนี้ผู้วิจัยมีความประสงค์จะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 146 คน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะดี 1 การสุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอจะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลางอีกแห่งหนึ่ง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจะนัดหมายผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามวัน-เวลา และสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวก เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะดี 1 และหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว นางสาวยุมาพร จะดำเนินการประสานรายละเอียดในการเก็บข้อมูลต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ นินโสเข็น พัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : varin.ni@rsu.ac.th
ผู้ประสานงาน นางสาวยุมาพร แก้วสุข โทรศัพท์ 063-991-6615

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



ที่ ปท ๐๐๓๗/๖๓๖๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
เลขที่ ๑๔ ถนนรัฐอำนวย ตำบลบางปรอก
อำเภอเมือง ปท ๑๒๐๐๐

๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูล

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ พย ๑๔๐๐/๐๙๒ ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่านางสาวอุมาพร แก้วสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากมหาวิทยาลัยรังสิตแล้ว และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๙๖ คน ระหว่างวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะดี ๑ กรณีกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอจะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลางอีกแห่งหนึ่ง ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ไม่ขัดข้องยินดีอนุญาตให้ นางสาวอุมาพร แก้วสุข เก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัยได้ตามความประสงค์

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายภูชงค์ ไชยชิน)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๒๕๘๑ ๖๔๕๔ ต่อ ๒๐๒
โทรสาร. ๐ ๒๕๘๑ ๗๕๖๙

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอุมาพร แก้วสุข

สถานที่วิจัยสถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะดี1 เลขที่ 8 หมู่ 1 อ.เมือง จ. ปทุมธานี 12000

หมายเลขโทรศัพท์ : 02-501-2461

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ. พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000

หมายเลขโทรศัพท์ : 02-791-6000, 063-991-6615

ผู้ให้ทุน ไม่มีแหล่งทุน

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติที่เหมาะที่จะทำการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปี และมีหรือไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) มีอายุมากกว่า 35 ปี กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป การประเมินความสามารถทางสติปัญญา (Chula mental test: CMT) ต้องมีคะแนน 15 คะแนนขึ้นไป 3) รู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยตอบคำถาม และอ่านภาษาไทยได้ด้วยตนเอง รวมทั้งไม่มีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เช่น ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยินซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สื่อสาร 4) ไม่มีประวัติของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะได้ประโยชน์ทางตรงจากงานวิจัย หรือ อาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้โดยตรง กล่าวคืองานวิจัยนี้ได้ผลดีจะเป็นประโยชน์ ในการวางแผนดูแล/ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอ/ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

งานวิจัยนี้จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 146 คน

ระยะเวลาที่ใช้ในเข้าร่วมการวิจัย 30 - 45 นาที

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ท่านจะได้รับการนัดหมายผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามวัน-เวลา และสถานที่ที่ท่านสะดวก ผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดให้ท่านเข้าใจ และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างมีเหตุขัดข้อง เช่น ไม่นำแว่นสายตามา ไม่ต้องการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หรืออื่น ๆ ผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกคำตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง ประมาณ 30 - 45 นาที จากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม หากพบว่าข้อใดไม่มีคำตอบหรือคำตอบไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบที่ครบถ้วน

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย กรณีท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือหากท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา ใช้เวลาไม่เหมาะสม ท่านสามารถขอหยุดการเก็บบันทึกข้อมูลได้ตลอดเวลา

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อกระทบต่อการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่อย่างใด

กรณีที่รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุดและหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวอุมาพร แก้วสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-991-6615 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร หมายเลขโทรศัพท์ 081-454-2777 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิตซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยอาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ_____ผู้เข้าร่วมวิจัย

(_____)

วันที่_____/_____/_____

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับการวิจัยด้วยแบบสอบถาม

(Self-administered questionnaire) – ไทย

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางสาวอุมาพร แก้วสุข นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต มีความประสงค์ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ ข้อมูลของท่านจะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแล/ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอ/ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปี และมีหรือไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) อายุมากกว่า 35 ปี หากท่านมีอายุ 60 ปีขึ้นไป การประเมินความสามารถทางสติปัญญา (Chula mental test: CMT) ต้องมีคะแนน 15 คะแนนขึ้นไป 3) รู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยตอบคำถาม และอ่านภาษาไทยได้ด้วยตนเอง และไม่มีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เช่น ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยินซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร 4) ไม่มีประวัติของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการนี้ ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 84 ข้อ ดังนี้

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล จำนวน 35 ข้อ

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ

4) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ข้อ

ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-45 นาที กรณีมีเหตุขัดข้อง เช่น ไม่นำแว่นสายตามา ไม่ต้องการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หรืออื่น ๆ ผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ท่านฟัง และให้ท่านตัดสินใจเลือกคำตอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนโดย จะรอจนท่านตอบ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสอบถามครบและสมบูรณ์ เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้น หรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใดๆของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือแบบสอบถาม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นางสาวอุมาพร แก้วสุข โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 063-991-6615, หรือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษา หมายเลขโทรศัพท์ 081-454-2777 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต สำนักงานอยู่ที่ อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5688 โทรสาร 0-2791-5689 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานกรรมการฯหรือเลขานุการฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวอุมาพร แก้วสุข

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ._____ข้าพเจ้า _____

อายุ _____ปี _____อาศัย_____โทรศัพท์_____

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ

ผู้วิจัยชื่อนางสาวอุมาพร แก้วสุข หมายเลขโทรศัพท์ 063-991-6615 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร หมายเลขโทรศัพท์ 081-454-2777 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ _____	ลงชื่อ _____
(_____)	(นางสาวอุมาพร แก้วสุข)
ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ผู้ขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ง

ผลการทดสอบข้อมูลทางสถิติเพิ่มเติม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1. ผลการทดสอบการกระจายของตัวแปร

ตารางที่ ง.1 ผลการทดสอบการกระจายของตัวแปร

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sumsus	.283	146	.000	.884	146	.000
sumseve	.461	146	.000	.570	146	.000
sumbene	.422	146	.000	.677	146	.000
sumbarri	.284	146	.000	.801	146	.000
sumself	.176	146	.000	.939	146	.000
sumcue	.074	146	.048	.958	146	.000
TotalBehav	.130	146	.000	.911	146	.000
a. Lilliefors Significance Correction						

2. ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

ตารางที่ ง.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลจำแนกรายข้อ

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง							
1	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอด	33 (22.60)	106 (72.60)	7 (4.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18 ± 0.49

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
	เลือดสมอง						
2	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	33 (22.60)	107 (73.30)	6 (4.10)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18 ± 0.48
3	ผู้ที่รับประทานอาหารที่ไขมันสูง เช่น กะทิ น้ำมันปาล์ม ไขมันจากสัตว์ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	31 (21.20)	101 (69.20)	11 (7.50)	2 (1.40)	1 (0.70)	4.09 ± 0.63
4	การออกกำลังกายเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1 (0.70)	6 (4.10)	6 (4.10)	44 (30.10)	89 (61.00)	4.47 ± 0.81
5	ผู้ที่มีภาวะเครียดสะสมเพิ่มโอกาสต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	28 (19.20)	109 (74.70)	9 (6.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.13 ± 0.48
6	ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบ	28 (19.20)	110 (75.30)	8 (5.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.14 ± 0.47

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
	บุหรี่เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
7	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคประจำอื่นๆร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ฯลฯ เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น	27 (18.50)	111 (76.00)	8 (5.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.13 ± 0.47
8	ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	21 (14.40)	111 (76.00)	13 (8.90)	0 (0.00)	1 (0.70)	4.03 ± 0.54
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง							
9	โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหว	28 (19.20)	116 (79.50)	2 (1.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18 ± 0.41

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
10	โรคหลอดเลือดสมองทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต หรือมีการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งได้	27 (18.50)	119 (81.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.18 ± 0.39
11	หากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น และอาจกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้	26 (17.80)	119 (81.50)	1 (0.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.17 ± 0.39
12	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้	21 (14.40)	119 (81.50)	6 (4.10)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.10 ± 0.41
13	การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้คนในครอบครัวท่านเป็นทุกข์ทั้งกายและใจ	25 (17.10)	118 (81.50)	2 (1.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.16 ± 0.40
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง							
14	การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง	22 (15.10)	120 (82.20)	3 (2.10)	1 (0.70)	0 (0.00)	4.12 ± 0.43

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
	อย่างต่อเนื่อง ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้						
15	การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง จะช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	22 (15.10)	115 (78.80)	9 (6.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.09 ± 0.45
16	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	24 (16.40)	115 (78.80)	7 (4.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.12 ± 0.44
17	การควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย จะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	23 (15.80)	113 (77.40)	9 (6.20)	1 (0.70)	0 (0.00)	4.08 ± 0.49
18	การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	24 (16.40)	115 (78.80)	5 (3.40)	1 (0.70)	1 (0.70)	4.10 ± 0.53
19	การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ลด	23 (15.80)	121 (82.90)	2 (1.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.14 ± 0.38

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
	ค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐในเรื่องค่ารักษาพยาบาล						
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง							
20	การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีไขมันสูง เป็นความเคยชินที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัยปรับเปลี่ยนได้ยาก	3 (2.10)	22 (15.10)	14 (9.60)	98 (67.10)	9 (6.20)	3.60 ± 0.89
21	การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารมาก เช่นข้าวกล้อง ธัญพืช ผักปลอดสารพิษทำได้ยาก เพราะมีราคาแพงและหาซื้อได้ยาก	3 (2.10)	18 (12.30)	15 (10.30)	101 (69.20)	9 (6.20)	3.65 ± 0.85
22	การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะไม่มีเวลาและอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย	3 (2.10)	15 (10.30)	15 (10.30)	105 (71.90)	8 (5.50)	3.68 ± 0.81
23	การจัดการความเครียดเป็นเรื่อง	2 (1.40)	14 (9.60)	9 (6.20)	111 (76.00)	10 (6.80)	3.77 ± 0.76

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
	ที่ทำได้ยากเนื่องจากมีปัญหาให้คิดและแก้ไขตลอดเวลา						
24	การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	4 (2.70)	10 (6.80)	8 (5.50)	113 (77.40)	11 (7.50)	3.80 ± 0.78
25	การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติทำได้ยาก	4 (2.70)	10 (6.80)	16 (11.00)	106 (72.60)	10 (6.80)	3.74 ± 0.79
26	การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอาจทำให้พบว่าตนเองเป็นโรค และส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลตามมา	5 (3.40)	12 (8.20)	9 (6.20)	111 (76.00)	9 (6.20)	3.73 ± 0.83
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง							
27	ท่านสามารถรับประทานยาตรงเวลา	71 (48.60)	71 (48.60)	4 (2.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.46 ± 0.55
28	ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารเค็มลงได้	68 (46.60)	70 (47.90)	8 (5.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.41 ± 0.59
29	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการ	21 (14.40)	105 (71.90)	18 (12.30)	2 (1.40)	0 (0.00)	3.99 ± 0.56

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	ความเชื่อส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง n (%)	
	รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันได้						
30	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	16 (11.00)	78 (53.40)	51 (34.90)	1 (0.70)	0 (0.00)	3.75 ± 0.65
31	เมื่อมีความเครียดท่านสามารถสามารถจัดการกับความเครียดได้	19 (13.00)	115 (78.80)	12 (8.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.05 ± 0.46
32	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือ ลด ละเลิกบุหรี่ได้	27 (18.50)	103 (70.50)	14 (9.60)	1 (0.70)	1 (0.70)	4.05 ± 0.60
33	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้	24 (16.40)	101 (69.20)	19 (13.00)	1 (0.70)	1 (0.70)	4.00 ± 0.62
34	ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้	22 (15.10)	98 (67.10)	25 (17.10)	1 (0.70)	0 (0.00)	3.97 ± 0.59
35	ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้	22 (15.10)	113 (77.40)	11 (7.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.08 ± 0.47

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ ง.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกรายข้อ

ข้อ	สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น			$\bar{x}$ ± SD
		ได้รับเป็นประจำ n (%)	ได้รับบางครั้ง n (%)	ไม่ได้รับเลย n (%)	
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง					
1	สื่อต่าง ๆ เช่น ทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต	82 (56.20)	63 (43.20)	1 (0.70)	2.55 ± 0.51
2	บุคลากรทางสาธารณสุข	99 (67.80)	45 (30.80)	2 (1.40)	2.66 ± 0.50
3	บุคคลในครอบครัว/ญาติ	62 (42.50)	74 (50.70)	10 (6.80)	2.36 ± 0.60
4	เพื่อนร่วมงาน หรือเพื่อนบ้าน	49 (33.60)	81 (55.50)	16 (11.00)	2.23 ± 0.63
ด้านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว					
5	การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลและกระตุ้นเตือนในเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด	59 (40.40)	42 (28.80)	45 (30.80)	2.10 ± 0.84
6	การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน	51 (34.90)	49 (33.60)	46 (31.50)	2.03 ± 0.81
7	การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา	43 (29.50)	43 (29.50)	60 (41.10)	1.88 ± 0.83
8	การพาไปตรวจพบแพทย์ตามนัด	51 (34.90)	41 (28.10)	54 (37.00)	1.98 ± 0.85

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น			$\bar{x}$ ± SD
		ได้รับเป็นประจำ n (%)	ได้รับบางครั้ง n (%)	ไม่ได้รับเลย n (%)	
ด้านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ					
9	ได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	99 (67.80)	46 (31.50)	1 (0.70)	2.67 ± 0.48
10	ได้รับการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง	99 (67.80)	47 (32.20)	0 (0.00)	2.68 ± 0.46
11	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเกี่ยวกับการกินยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	106 (72.60)	40 (27.40)	0 (0.00)	2.73 ± 0.44
12	ให้การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน	88 (60.30)	58 (39.70)	0 (0.00)	2.60 ± 0.49
13	แนะนำให้ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	101 (69.20)	44 (30.10)	1 (0.70)	2.68 ± 0.48
14	ส่งเสริมให้ท่านมีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน	19 (54.10)	64 (43.80)	3 (2.10)	2.52 ± 0.54

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ ง.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกรายข้อ

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		ปฏิบัติประจำ n (%)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติบางครั้ง n (%)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง n (%)	ไม่ได้ปฏิบัติเลย n (%)	
ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต							
1	ท่านรับประทานยาครบจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยไม่ปรับยาเอง	101 (69.20)	38 (26.00)	4 (2.70)	2 (1.40)	1 (0.70)	4.62 ± 0.67
2	ท่านรับประทานยาตรงเวลาที่แพทย์สั่งทุกมื้อและต่อเนื่อง	104 (71.20)	35 (24.00)	5 (3.40)	1 (0.70)	1 (0.70)	4.64 ± 0.65
3	ท่านไม่หยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองเมื่อระดับความดันโลหิตของท่านอยู่ในระดับปกติ	98 (67.10)	43 (29.50)	3 (2.10)	1 (0.70)	1 (0.70)	4.62 ± 0.63
4	ท่านสังเกตอาการผิดปกติ หลังรับประทานยา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น	65 (44.50)	62 (42.50)	16 (11.00)	3 (2.10)	0 (0.00)	4.29 ± 0.74
ด้านการรับประทานอาหาร							
5	ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาร้า แหนม ผักดอง กุ้ง	9 (6.20)	9 (6.20)	42 (28.80)	50 (34.20)	36 (24.70)	3.65 ± 1.10

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		ปฏิบัติประจำ n (%)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติบางครั้ง n (%)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง n (%)	ไม่ได้ปฏิบัติเลย n (%)	
	น้ำปลา ซีอิ้ว เกลือป่น						
6	ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ ทอด เครื่องในสัตว์ ปาท่องโก๋ กล่วยทอด แกงใส่กะทิ	8 (5.50)	9 (6.20)	53 (36.30)	48 (32.90)	28 (19.20)	3.54 ± 1.04
7	ท่านรับประทานผักใบเขียวที่มีกากใยสูง เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คะน้า ผักกาด	47 (32.20)	76 (52.10)	18 (12.30)	2 (1.40)	3 (2.10)	4.11 ± 0.82
ด้านการออกกำลังกาย							
8	ท่านออกกำลังกายเหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย เช่น เต้นแอโรบิค เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ แกว่งแขน โยคะ เป็นต้น	21 (14.40)	28 (19.20)	51 (34.90)	30 (20.50)	16 (11.00)	3.05 ± 1.19
9	ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	17 (11.60)	27 (18.50)	54 (37.00)	32 (21.90)	16 (11.00)	2.98 ± 1.14
10	ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น กวาด	59 (40.40)	56 (38.40)	25 (17.10)	2 (1.40)	4 (2.70)	4.12 ± 0.93

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		ปฏิบัติประจำ n (%)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติบางครั้ง n (%)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง n (%)	ไม่ได้ปฏิบัติเลย n (%)	
	บ้าน ถูบ้าน ตัดหญ้า ต่อเนื่องกันอย่างน้อย ครั้งละ 10 นาที						
11	ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะหรือหลังจากออกกำลังกาย เช่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ	45 (30.80)	61 (41.80)	30 (20.50)	6 (4.10)	4 (2.70)	3.94 ± 0.96
ด้านการจัดการความเครียด							
12	ท่านพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ เช่น เพื่อน หรือคนในครอบครัว	49 (33.60)	69 (47.30)	24 (16.40)	2 (1.40)	2 (1.40)	4.10 ± 0.82
13	ท่านทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดด้วยงานอดิเรก เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ ทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ ฟังเพลง ดูทีวี	55 (37.70)	59 (40.40)	24 (16.40)	1 (0.70)	7 (4.80)	4.05 ± 1.00
14	ท่านมีวิธีจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม	53 (36.30)	71 (48.60)	19 (13.00)	0 (0.00)	3 (2.10)	4.17 ± 0.80

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		ปฏิบัติประจำ n (%)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติบางครั้ง n (%)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง n (%)	ไม่ได้ปฏิบัติเลย n (%)	
15	ท่านนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง	45 (30.80)	75 (51.40)	22 (15.10)	2 (1.40)	2 (1.40)	4.09 ± 0.79
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง							
16	ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้น	8 (5.50)	5 (3.40)	3 (2.10)	8 (5.50)	122 (83.60)	4.58 ± 1.07
17	ท่านดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาดอง	8 (5.50)	8 (5.50)	7 (4.80)	25 (17.10)	98 (67.10)	4.35 ± 1.14
18	ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง M150	9 (6.20)	3 (2.10)	10 (6.80)	14 (9.60)	110 (75.30)	4.46 ± 1.12
19	ท่านชั่งน้ำหนักหรือสังเกตการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก	36 (24.70)	49 (33.60)	34 (23.30)	9 (6.20)	18 (12.30)	3.52 ± 1.27
ด้านการมาพบแพทย์							
20	ท่านมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด	100 (68.50)	37 (25.30)	5 (3.40)	0 (0.00)	4 (2.70)	4.57 ± 0.80
21	ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์นัด	93 (63.70)	39 (26.70)	9 (6.20)	0 (0.00)	5 (3.40)	4.47 ± 0.88
22	ท่านสังเกตอาการ	86	42	13	0	5	4.40 ± 0.91

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$ ± SD
		ปฏิบัติประจำ n (%)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติบางครั้ง n (%)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง n (%)	ไม่ได้ปฏิบัติเลย n (%)	
	ผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือปลายเท้า เพื่อมาพบแพทย์ทันทีก่อนกำหนด	(58.90)	(28.80)	(8.90)	(0.00)	(3.40)	

3. ผลการทดสอบปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

Omnibus Tests of Model Coefficients				
		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	46.308	6	.000
	Block	46.308	6	.000
	Model	46.308	6	.000

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	135.636[a]	.272	.382
a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.			

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	6.841	6	.336

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Variables in the Equation									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1[a]	sus(1)	.650	.587	1.228	1	.268	1.916	.607	6.050
	barri			.691	2	.708			
	barri(1)	-.359	.511	.494	1	.482	.698	.256	1.902
	barri(2)	.153	.735	.043	1	.835	1.166	.276	4.925
	self(1)	1.577	.479	10.852	1	.001	4.839	1.894	12.365
	cue			16.103	2	.000			
	cue(1)	1.558	.469	11.011	1	.001	4.748	1.892	11.913
	cue(2)	2.640	.809	10.657	1	.001	14.014	2.872	68.386
	Constant	-2.315	.395	34.368	1	.000	.099		
a. Variable(s) entered on step 1: sus, barri, self, cue.									

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	อุมาพร แก้วสุข
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2556 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2568
สถานที่ทำงาน	มหาวิทยาลัยรังสิต
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์พยาบาล

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University