



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก



อลิสรา อยู่เลิศลพ

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก"

ของ อลิสร่า อยู่เลิศลพ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรา เสงบริบูรณ์พงศ์ใจดี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก
ผู้วิจัย	อสิสรา อยู่เลิศลพ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	พฤติกรรมการป้องกัน, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, อายุน้อยกว่า 60 ปี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 338 ราย ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบคุณภาพและตรวจสอบแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.73 ($\bar{x} = 74.26$, S.D. = 9.125) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ($\beta = 0.254$, $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.199$, $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.184$, $p = 0.001$) เพศหญิง ($\beta = 0.140$, $p = 0.005$) อายุ ($\beta = 0.120$, $p = 0.025$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.129$, $p = 0.026$) และสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ($\beta = -0.129$, $p = 0.015$) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 31.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($AdjR^2 = 0.317$, $p < 0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ควรมุ่งเน้นเน้นการรับรู้อุปสรรค การให้ความรู้ การให้แรงสนับสนุนจากจากครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Title	FACTORS INFLUENCING STROKE PREVENTION BEHAVIORS AMONG HYPERTENSION PATIENTS UNDER AGED 60 YEARS OLD, TAK PROVINCE
Author	Alissara Yulertlob
Advisor	Assistant Professor Rung Wongwat, Dr.P.H.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2023
Keywords	Prevention Behaviors, Stroke, Hypertension Patients, Under Aged 60 Years Old

ABSTRACT

This cross-sectional analytical study research aimed to study factors influencing stroke prevention behaviors among hypertension patients under aged 60 years old, Tak Province. The sample consisted of 338 hypertension patients by systematic random sampling. Data were collected by using a questionnaires, which were verified for its content validity and reliability. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that stroke prevention behaviors were at moderate levels 83.73% ($\bar{x} = 74.26$, S.D. = 9.125). The factors that predicted the stroke prevention behaviors in hypertension patients under aged 60 years old with statistically significant level at 0.05 including the perceived barriers ($\beta = 0.254$, $p < 0.001$); the social support from health workers ($\beta = 0.199$, $p < 0.001$); the social support from family ($\beta = 0.184$, $p = 0.002$); female ($\beta = 0.140$, $p = 0.005$); age ($\beta = 0.120$, $p = 0.025$); knowledge of stroke ($\beta = 0.129$, $p = 0.026$) and national health insurance ($\beta = -0.129$, $p = 0.015$). The power of these predictors was 31.70 % ($AdjR^2 = 0.317$, $p < 0.05$). The findings suggested that the behaviors modification program development for stroke prevention among hypertensive patients aged less than 60 years should be focus on perceived barriers, knowledge, social support from family and social support from health workers.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาเป็นທີ່ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำชี้แนะตลอดระยะเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้เชี่ยวชาญที่ได้พิจารณาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและประเด็นการทำวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่จังหวัดตากทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้สละเวลาตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ รวมไปถึงคณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอน ให้ความรู้ด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาในการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุนในทุกด้านอย่างดียิ่ง อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจต่อไป

อลิสรา อยู่เลิศลบ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ข้อจำกัดงานวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
โรคความดันโลหิตสูง	9
โรคหลอดเลือดสมอง.....	22
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	29
แนวความคิดด้านการเกิดพฤติกรรม ตามแบบจำลอง PRECEDE- PROCEDE Model	30
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	59
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	60
บทที่ 4 ผลการวิจัย	61
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	62
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	65
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบาย ส่งเสริมสุขภาพ	72
ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	76
ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	81
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	84
บทที่ 5 บทสรุป	94
สรุปผลการวิจัย	94
อภิปรายผลการวิจัย	97
ข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	112
ประวัติผู้วิจัย	125

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป.....	10
ตาราง 2	แสดงประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง.....	15
ตาราง 3	ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา (ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล วัดเป็น มิลลิเมตรปรอท).....	20
ตาราง 4	แสดงกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามจำนวนประชากร.....	51
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 338).....	62
ตาราง 6	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338).....	65
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามความรู้รายข้อ (n = 338).....	65
ตาราง 8	แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง (n = 338).....	67
ตาราง 9	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	67
ตาราง 10	แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค (n = 338)	68
ตาราง 11	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้รับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	69
ตาราง 12	แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้รับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง (n = 338).....	70

ตาราง 13	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)	70
ตาราง 14	แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ (n = 338)...	71
ตาราง 15	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	71
ตาราง 16	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับ การเข้าถึงบริการสุขภาพ (n = 338).....	72
ตาราง 17	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	73
ตาราง 18	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อของผู้ป่วยความดันโลหิต สูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ (n = 338).....	73
ตาราง 19	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	74
ตาราง 20	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับ ความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพ (n = 338).....	75
ตาราง 21	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	75
ตาราง 22	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n = 338).....	76
ตาราง 23	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	77
ตาราง 24	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน (n = 338).....	78
ตาราง 25	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	78
ตาราง 26	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน (n = 338).....	79

ตาราง 27	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	79
ตาราง 28	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 338).....	80
ตาราง 29	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338).....	80
ตาราง 30	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338).....	81
ตาราง 31	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ (n = 338).....	82
ตาราง 32	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338).....	86
ตาราง 33	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338).....	89
ตาราง 34	แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบตัวแปรเข้าทั้งหมด (n = 338).....	91

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1	แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 12
ภาพ 2	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัด ได้ที่สถานพยาบาล..... 19
ภาพ 3	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) 49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่มีสาเหตุจากการตีบ อุดตัน หรือแตกของเส้นเลือดในสมอง ซึ่งเป็นโรคระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ยังส่งผลกระทบต่อในระยะยาวและทำให้เกิดภาวะบกพร่องหรือสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะของผู้พิการและต้องพึ่งพิงผู้อื่น โดยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก ทั้งยังส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยมีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในช่วง 15 ปีข้างหน้า ที่ประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ทั่วโลกพบสาเหตุการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 88.3 ต่อประชากรแสนคน และเท่ากับ 119.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในส่วนของประเทศไทย พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2562 เท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบว่า มีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง ปี พ.ศ. 2562 – 2564 เท่ากับ 52.97, 52.80 และ 55.53 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน และจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 จำแนกสาเหตุการตาย พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในเพศชาย เท่ากับร้อยละ 12.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.7 และโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8.8 และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 1 ในเพศหญิง เท่ากับร้อยละ 14.9 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.8 และโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ ร้อยละ 7.1 ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) จากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ซึ่งพบการสูญเสียปีสุขภาวะ จำแนกตามสาเหตุและเพศ พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในอันดับที่ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง เท่ากับร้อยละ 9.4 และ 10.9 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ, 2566)

ด้านภาระทางเศรษฐกิจของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Economic Burdens of Chronic Disease) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภัยคุกคามต่อเศรษฐกิจของโรค ไม่ใช่เพียงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่รวมไปถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน การสูญเสียผลผลิต ความพิการ การเกษียณก่อนวัยอันควรและค่าใช้จ่ายจากการที่ต้องมีผู้ดูแล ซึ่งข้อมูลจากสหรัฐอเมริกา พบค่าใช้จ่ายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง) ในปี พ.ศ. 2551 สูงถึง 25,225 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,973 ล้านบาทต่อปี ถ้าประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน จะสูญเสียค่ารักษาทั้งสิ้นสูงถึง 20,632 ล้านบาทต่อปี อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจากรายงานการสำรวจโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18,629 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตประมาณร้อยละ 53 และผู้ป่วยเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดประมาณร้อยละ 25 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากการศึกษาสถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทยในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2553-2557) พบแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มอายุ 70 ปี โดยพบความชุกสูงสุดพบในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้ง 2 กลุ่มโรค และที่สำคัญกลับพบว่ามีอัตราเพิ่มของความชุกเพศชายที่กลุ่มอายุ 30-39 ปี ส่วนเพศหญิงในช่วงอายุ 40-49 ปี ทั้งยังพบอัตราเปลี่ยนแปลงความชุกของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2556-2557 สูงสุดที่เพศหญิง ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับร้อยละ 12.38 (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2560)

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายรายเขตสุขภาพในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2559 พบเขตสุขภาพที่ 2 โรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายใน 5 อันดับแรก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 45.24 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 57.73 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) ร้อยละ 43 เป็นการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 30-59 ปี) ร้อยละ 22 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-13 กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จังหวัดตากเป็น 1 ใน 5 ของจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่พบมีแนวโน้มของการป่วยและตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทั้งยังพบเป็นจังหวัดที่มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 2 โดยพบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 เท่ากับ 30.23, 33.44, 38.31, 36.15 และ

37.17 ต่อประชากรแสนคน ทั้งยังพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 เท่ากับ 357.99, 345.33, 371.77 และ 400.26 ต่อประชากรแสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพ ที่ 1 (พิษณุพร สายคำทอน, 2559) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประวัติป่วยด้วยโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อนำปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มาวัดผลกระทบต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Measure of Impact) พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรในเขตสุขภาพที่ 1 มากที่สุด และความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (วิทวัส ศิริยงค์, 2561)

โรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุที่เป็นปัจจัยสำคัญประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ และปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความเสี่ยงประมาณ 3-17 เท่า ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาของโรค ความรุนแรง และการควบคุมความดัน, โรคเบาหวาน, การสูบบุหรี่ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็น 2 เท่า, ภาวะไขมันในเลือดสูง, โรคเลือดบางชนิด เช่น ภาวะเลือดข้นผิดปกติ เกล็ดเลือดสูง เม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ, โรคหัวใจ รวมทั้งหัวใจวายและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด, ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ, โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะนอนกรน, การดื่มแอลกอฮอล์ ในปริมาณมากกว่า 2 แก้วต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก, การใช้ยาเสพติด หรือยากระตุ้นบางชนิด และภาวะเครียด และปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อายุ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น, เพศ เพศชายจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้มากกว่าเพศหญิง และเชื้อชาติ พันธุกรรมบางชนิด เช่น กลุ่มอาการมาร์ฟาน (Marfan Syndrome) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเขาตัวของหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง ศิริราช, 2564)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เทียบกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 44 ปี คือ ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี จากร้อยละ 1.0 ในการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.2 ในครั้งที่ 5 และ ในกลุ่มอายุ 30-44 ปี จากร้อยละ 2.1ในครั้งที่ 4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.3 ในครั้งที่ 5

ในขณะที่ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลง ด้านความชุกของความอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ในประชากรไทย พบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-44 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาในครั้งที่ 4 ก็ยังคงพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 60 ปีเช่นเดียวกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factors) จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สุรินทร กลัมพากร, 2554) ด้วยการนำแนวคิด PRECEDE Model มาประยุกต์ใช้เป็นการวินิจฉัยและการประเมินผลด้านการศึกษาหรือการเรียนรู้และด้านสิ่งแวดล้อม ตามโครงสร้างด้านปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีมาแต่ก่อนหรือระหว่างที่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อ เศรษฐกิจ รวมทั้งการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลโดยอ้อม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ เศรษฐกิจสังคม และความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรง และปัจจัยกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก จะส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นปัจจัยที่มีในตัวของแต่ละบุคคล ที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือส่งเสริมหรือช่วยยับยั้งการแสดงพฤติกรรม เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการออกกำลังกาย หรือการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขหรือกฎหมาย และปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น การได้รับคำชมเชย หรือคำติเตียน การได้รับรางวัล การยกย่องชมเชย ซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชน

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE Model และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการออกแบบการศึกษา และเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เสียชีวิตแบบทันทีทันใด เกิดความพิการ เป็นภาระของครอบครัว ชุมชน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยมีปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบการป่วยและการตายพบในกลุ่มอายุที่น้อยลง ฉะนั้นการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 60 ปีจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบอัตราเปลี่ยนแปลงความชุกของโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด และเป็นกลุ่มที่แนวโน้มการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

ที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญในเขตสุขภาพที่ 2 โดยพบจังหวัดตาก เป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จึงมีความสนใจศึกษา เพื่อนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงาน การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี จึงมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่จังหวัดตาก ซึ่งเป็นการดำเนินการป้องกันตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยลดความรุนแรง ป้องกันความพิการและลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตากเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลเพศ ได้แก่ อายุ ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา อาชีพ ความเป็นชาติพันธุ์ สิทธิการรักษา ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาที่ป่วย มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก จำนวน 26,330 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2564)

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษากลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มในพื้นที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ มีความแตกต่างทางด้านภาษา การสื่อสารและวัฒนธรรม อาจจะมีผลต่อความเข้าใจในด้านการสื่อสารในกระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หรือความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) \geq 90 มม.ปรอท ได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และขึ้นทะเบียนรักษาในสถานบริการจังหวัดตาก โดยจะต้องมีชื่อและอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดตาก อายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 59 ปีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติทางระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่สมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ ตันหรือแตก ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทของสมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานบกพร่อง ทำให้เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกาย โดยจะมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือมีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง อาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มคนที่มีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษาพูดเดียวกัน และมีการสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง มูเซอ อาข่า ลีซอ และเย้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความจำ ความรู้รอบตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการบริโภค อาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา, และการมาตรวจตามนัด

การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง ความนึกคิดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของตนเองที่สามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ในด้านปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ กรรมพันธุ์ รวมไปถึงการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองว่าถ้ามีอาการเตือนเกิดขึ้นก็จะทำให้มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้สำเร็จ เช่น ใช้เวลามาก ค่าใช้จ่ายที่สูง ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ เมื่อได้แสดงหรือปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยบุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรคได้

การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่ตนจะได้รับจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ความพิการ การเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบด้านการสูญเสียรายได้หรือสถานะทางสังคม

การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ หมายถึง ความสะดวกในการเข้าถึงหรือการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขซึ่ง ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกชุมชนอบอุ่นหรือสถานบริการสาธารณสุขชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น

การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้ชม หรือได้ฟัง เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการโฆษณาหรือสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์สื่อวิทยุสื่อโทรทัศน์ หรือสื่อสาธารณะอื่น ๆ ที่มีเจตนาให้ผู้ป่วยได้รับข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

นโยบายส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงอย่างชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และมุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทำให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่จะสร้างเสริมสุขภาพได้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชน ในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในการกระทำ หรืองดเว้นเพื่อการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การงดหรือลดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การมารับบริการตรวจตามนัด และการดูแลสุขภาพทั่วไป อาทิเช่น การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี การควบคุมน้ำหนักตามเกณฑ์



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวในการศึกษา 6 ส่วน ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. โรคหลอดเลือดสมอง
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. แนวความคิดด้านการเกิดพฤติกรรม ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1. การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

หมายเหตุ: SBP = Systolic Blood Pressure, DBP = Diastolic Blood Pressure

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

2. การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดระดับความดันโลหิตดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริงได้ ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นความดันโลหิตสูง ควรมีการจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้น จากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์เป็น 4 ระดับ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนี้

2.1 ระดับ 1 High Normal Blood Pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น ซึ่งการตรวจหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง ใช้ผลการประเมินและตรวจพบหัวใจโต หัวข้อหนึ่งต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 หัวข้อ ได้แก่

- 1) มี Target Organ Damage (TOD)
- 2) มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease, CVD)
- 3) มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)
- 4) ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าได้มากกว่าร้อยละ 10 (ควรประเมินโดย Thai CV Risk Score)

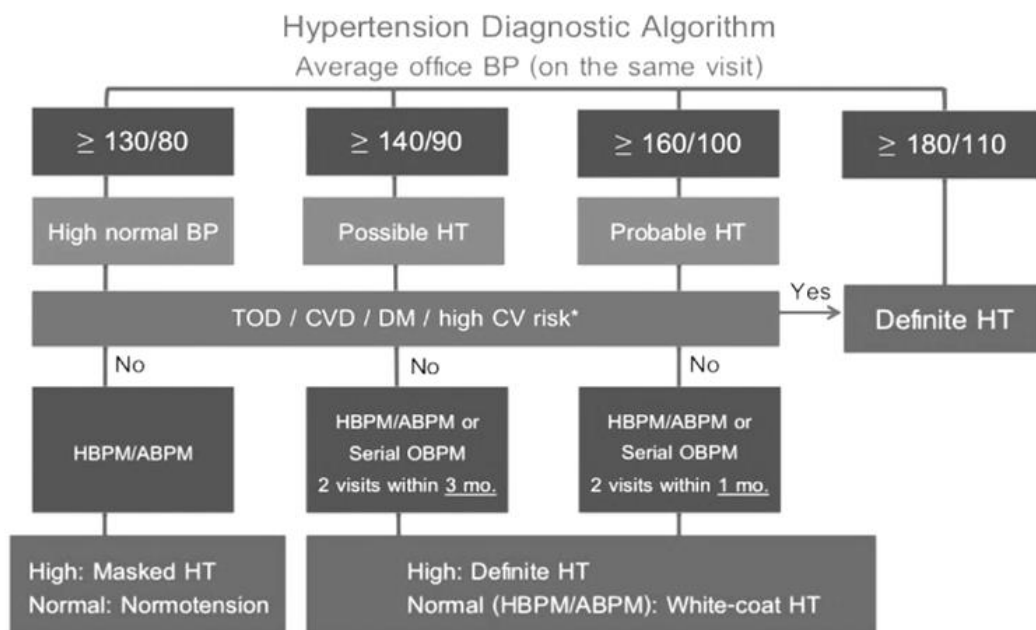
2.2 ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ข้างหน้า มากกว่าร้อยละ 10 ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.3 ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า มากกว่าร้อยละ 10 ก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย ซึ่งขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของแพทย์

2.4 ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมิน จะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ 1 ถึงระดับ 3 ที่ผลการตรวจประเมินไม่ปรากฏว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดย HBPM หรือโดย ABPM หรือโดยวิธีการนัดมาวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลซ้ำตามกำหนด โดยคำแนะนำวิธีการและขั้นตอนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะนี้ ช่วยให้เกิดประโยชน์ดังต่อไปนี้

- 1) สามารถรวบรวมผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง แต่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ข้างหน้ามากกว่าร้อยละ 10 มาเข้าสู่ระบบของการรักษาได้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2) การตรวจวัด HBPM และ ABPM และการนัดตรวจ OBPM (Office BP Measurement) ซ้ำ จะช่วยในการวินิจฉัย White-Coat Hypertension, Masked Hypertension และ Definite Hypertension และทำให้ผู้มารับบริการเกิดความมั่นใจในการวินิจฉัยมากขึ้น เป็นการเพิ่มความตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาให้ถูกต้อง และมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ



ภาพ 1 แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ: HT = Hypertension, BP = Blood Pressure, TOD = Target Organ Damage, CVD = Cardiovascular Disease, DM = Diabetes Mellitus, CV = Cardiovascular, HBPM = Home Blood Pressure Monitoring, ABPM = Ambulatory Blood Pressure Monitoring, OBPM = Office Blood Pressure Measurement, mo. = Month.

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

TOD คือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่อวัยวะในร่างกายจากโรคความดันโลหิตสูง อันได้แก่ การแข็งตัวของหลอดเลือดแดง หัวใจห้องล่างซ้ายโต Microalbuminuria โรคไตเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ยังไม่มีอาการและ Hypertensive Retinopathy ที่รุนแรง กล่าวคือ มี Exudates หรือเลือดออก หรือ Papilledema CVD คือ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคของหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และโรคหัวใจล้มเหลว โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (ที่มีอาการ) และในปัจจุบันให้รวมการตรวจหลอดเลือดแล้วพบ Atheromatous Plaque และรวม Atrial Fibrillation ด้วย

3. การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความเป็นไปได้ของโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ (มีต้นเหตุของโรคความดันโลหิตสูงมาจากโรคหลักอื่น ๆ เช่น Coarctation ของ Aorta, Renal Artery Stenosis, โรคของต่อมหมวกไต และโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น) ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินอวัยวะที่ถูกผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง (Target Organ Damage: TOD) และตรวจหาโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคไต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

4. การซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ 6 ข้อ (สมันวีวารสินธุ์, 2560) ดังนี้

4.1 ประวัติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง อาการ ระยะเวลาที่เป็น ชนิดยาที่รับประทาน การคุมระดับความดันโลหิตที่ผ่านมา รวมทั้งผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ และประวัติโรคอื่น ๆ เช่น โรคหอบหืด ซึ่งต้องเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม Beta-Blockers (BBs) โรคเกาต์ ซึ่งต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยาขับปัสสาวะ

4.2 ประวัติครอบครัว เช่น โรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Primary Hypertension) ประวัติการเกิด CVD ของสมาชิกในครอบครัวก่อนวัยอันควร (ในเพศชายเกิด ก่อนอายุ 55 ปี และในเพศหญิงเกิด ก่อนอายุ 65 ปี)

4.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานเค็ม โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประวัติการนอนกรน และหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ซึ่งบ่งบอกถึงโรคทางเดินหายใจอุดตัน ขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea: OSA) บุคลิกภาพของผู้ป่วย เช่น เครียด วิตกกังวล ความทะเยอทะยานสูง (บุคลิกภาพ Type A)

4.4 อาการที่บ่งชี้ว่ามี TOD แล้ว เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่น หน้าอกขาหรือแขน ขาอ่อนแรงชั่วคราวหรือถาวร ตามัวหรือมองไม่เห็นชั่วคราว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ บวมที่เท้า ปวดขาเวลาเดินในระยะทางสั้น ๆ (Intermittent Claudication)

4.5 ข้อมูลที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ เช่น ระดับ ความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ในระยะเวลาอันสั้นร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพัก ๆ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงโรค Pheochromocytoma อาการต้นแขนและต้นขาอ่อนแรงเป็นพัก ๆ ซึ่งอาจเกิดจาก Primary Aldosteronism อาการปวดหลัง 2 ข้างร่วมกับปัสสาวะผิดปกติอาจเป็นนิ่วในไตหรืออาจเป็นกรวยไตอักเสบ การใช้ยา เช่น ยาคุมกำเนิด, Cocaine, Amphetamine, Steroids, Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAIDs), ยาลดน้ำมูกที่มี Pseudoephedrine เป็นส่วนประกอบ เป็นต้น

4.6 ประวัติปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่สำคัญซึ่งอาจมีผลต่อระดับความดันโลหิต หรือประวัติการรักษาโรคต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามการรักษาและผลการรักษา

5. การตรวจร่างกายผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจร่างกายผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริงร่วมกับประเมินระดับความรุนแรงของโรค (สุมณี วัชรสินธุ์, 2560) ซึ่งการตรวจร่างกายที่จำเป็นควรประกอบด้วย การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และควรตรวจวัดความดันโลหิตเทียบกับจากแขนทั้ง 2 ข้าง อย่างน้อยในครั้งแรกที่เริ่มต้นการรักษา ควรตรวจหัวใจและหลอดเลือดแดงคาโรติด ระบบสมองและเส้นประสาท หรือความจำ และควรตรวจตาเพื่อประเมินจอประสาทตา นอกจากนี้ควรตรวจหาสาเหตุต่าง ๆ ของความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ

6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรส่งตรวจหา Hemoglobin หรือ Hematocrit ตรวจการทำงานของไต และคำนวณ Glomerular Filtration Rate (eGFR) ตรวจหาระดับโพแทสเซียม โซเดียม พลาสมากลูโคสขณะอดอาหารและ Hemoglobin A1C ระดับไขมันในเลือด (Lipid Profile) กรดยูริก ตรวจปัสสาวะและแอลบูมินในปัสสาวะ นอกจากนี้ควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเอกซเรย์ทรวงอก

7. การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตามคำแนะนำของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรักษาโรคความดันโลหิต ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต
ลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI ≥ 25 กก./ม ²	ทุก ๆ BW ที่ลดลง 1 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 1 มม.ปรอท โดยรวมการลด BW 10 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 5 - 20 มม.ปรอท
การรับประทานอาหารแบบ DASH	SBP ลดลง 8 - 14 มม.ปรอท
การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มก. ต่อวัน	SBP ลดลง 2 - 8 มม.ปรอท
การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ	SBP ลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท DBP ลดลงเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท
การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	SBP ลดลง 2 - 4 มม.ปรอท

หมายเหตุ: BMI = Body Mass Index; BW = Body Weight; SBP – Systolic Blood Pressure; DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; DBP = Diastolic Blood Pressure

ที่มา: สุมณี วัชรสินธุ์, 2560

โดยรายละเอียดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ซึ่งควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชาย ไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือ ไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ในกรณีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนแนะนำให้ลดน้ำหนัก โดยการที่น้ำหนักลดลงตั้งแต่ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตั้งต้นขึ้นไปจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด (สุมณี วัชรสินธุ์, 2560)

การรับประทานอาหาร ซึ่งสามารถแนะนำได้ตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับผักดิบประมาณ 2 ทัพพี [1 ถ้วยตวง] หรือผักสุก 1 ทัพพี [1/2ถ้วยตวง]) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6 - 8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผลหรือ

ผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2 - 4 ผลหรือปริมาณ ผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟได้พอดี 1 จาน) นมไขมันต่ำ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2 - 3 ส่วนต่อวัน ธัญพืชถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน ซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าว จะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม, แมกนีเซียม, แคลเซียม และใยอาหาร ใน ปริมาณสูงเพิ่มประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตจากการลดโซเดียมในอาหารอย่างใดก็ได้ ไม่แนะนำให้รับประทานโพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อหวังผลในการช่วยลดระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่เป็นโรคไตหรือได้รับยาที่เพิ่มระดับ โพแทสเซียม การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณให้มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรม การบริโภคที่มี ประโยชน์ต่อสุขภาพมีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยมีการศึกษาพบว่า การรับประทานผักและผลไม้ รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตรา การเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะ จากโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุมนี วัชรสินธุ์, 2560) และอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถให้คำแนะนำโดย ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกล่าวคือ แบ่งจานแบน ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและ เนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สด ที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วย ลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ดี ไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสำหรับ ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์หรือนักกำหนดอาหาร และควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง, ชะเอมเทศ, ชะเอม, ส้มขม, โยฮิมบี เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณ การบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณ ไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น โดยปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับ เกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือ ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัมและผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัม

การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงควรออกกำลังกายแบบ แอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้ หลายแบบ ได้แก่ ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจร สูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ย

สัปดาห์ละ 150 นาที ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที และการออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric Exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ ผู้ที่มี SBP ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย มีโรคหัวใจล้มเหลว มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ และมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือ ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม (ณัฐฉัตรพนันธุ์ และคณะ, 2560)

การเลิกบุหรี่ ในการเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ก็ไม่ควรเริ่มสูบ ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่อยู่แล้วควรหยุดสูบบุหรี่ (ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่) รวมถึงไม่สูดดมควันบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลที่สูบบุหรี่ และถ้าต้องการเลิกบุหรี่สามารถขอรับคำปรึกษาได้ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือสามารถโทรปรึกษาได้ที่ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ หมายเลข 1600 (ณัฐฉัตรพนันธุ์ และคณะ, 2560)

สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน ทั้งยังต้องมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งนอกจากนี้ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

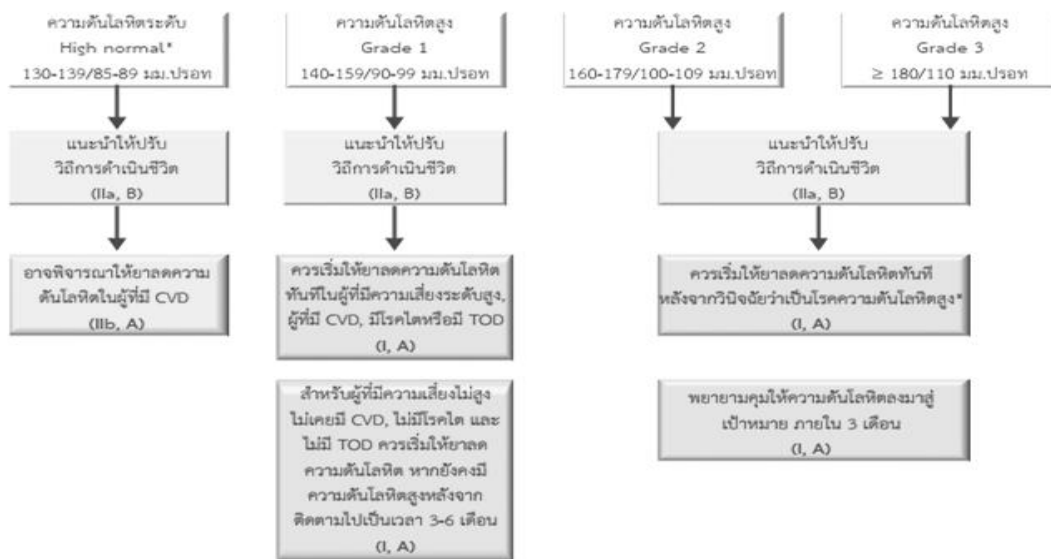
8. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต Systolic (Systolic Blood Pressure: SBP) ลง 10 มิลลิเมตรปรอท หรือการลดความดันโลหิต Diastolic (Diastolic Blood Pressure: DBP) ลง 5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาถึงร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจาก

ทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังส่งผลในการป้องกันการเสื่อมของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

8.1 การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้มีโรคความดันโลหิตสูง จะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยสุดท้ายคือ สภาพของการเกิด Target Organ Damage (TOD) โดยจะพิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุ (ระหว่าง 65-79 ปี) ให้พิจารณาเช่นเดียวกับผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี แต่หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมี SBP ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ DBP ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากเนื่องจากเคยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเคยเป็น Coronary Artery Disease (CAD) Stroke หรือ Transient Ischemic Attack (TIA) และมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปก็อาจพิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีค่า SBP ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้นไปได้ โดยควรพิจารณาจากสภาพความแข็งแรงของผู้ป่วย ความสามารถในการทนต่อการรักษา โรคร่วมอื่น ๆ รวมถึงความพร้อม ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)



ภาพ 2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ที่สถานพยาบาล

หมายเหตุ: 1. CVD = Cardiovascular Disease, TOD = Target Organ Damage

2. การพิจารณารักษาตามแนวทางนี้ใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตระดับ High Normal และผู้ที่ผ่านขั้นตอนของแนวทางการวินิจฉัยมาแล้ว ได้รับการสรุปจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite Hypertension)

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

8.2 ระดับความดันโลหิตที่เป็นเป้าหมายของการรักษา

จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ Meta-Analysis แสดงให้เห็นว่าการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการลดการเสียชีวิต ดังนั้นจึงแนะนำว่าควรรักษาให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่านั้น อย่างไรก็ตามมีข้อพึงระวังอยู่ 2 ประการคือ ประการที่ 1 ในเบื้องต้นควรจะลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ก่อน และหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดีจึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติมจนได้ ระดับที่ $\leq 130/80$ มิลลิเมตรปรอท และประการที่ 2 มีข้อมูลแสดงว่าหากให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไป อาจมีผลเสียโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคอื่น ๆ ดังนั้น จึงแนะนำว่าไม่ควรลด SBP ลงมาจนต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่า DBP ที่เหมาะสมควรจะอยู่ระหว่าง 70-79 มิลลิเมตรปรอท

อย่างไรก็ตามให้คำนึงถึงการลด SBP เป็นสำคัญ แม้ว่า DBP อาจลดลงต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอทก็ตาม เนื่องจากว่าค่า DBP ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะต่ำตามสภาพปกติอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนให้ยารักษาความดันโลหิต ค่าแนะนำระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้สรุปตามตาราง 3

ตาราง 3 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา (ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล วัดเป็น มิลลิเมตรปรอท)

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะโรค ความดันโลหิตสูง	มี โรคเบาหวาน	มีโรคไต เรื้อรัง	มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมี stroke/TIA
18-65 ปี		120-130 / 70-79			
65-79 ปี		130-139 / 70-79			
≥ 80 ปี		130-139 / 70-79			

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

ในการให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต หากสามารถตรวจ HBPM หรือการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ควรตั้งเป้าหมายของการรักษาให้ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท หากต้องการลดความดันโลหิต ให้เข้มงวดขึ้นในผู้ที่เป็โรคเบาหวาน หรือมีโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีความเสี่ยงสูงมาก น่าจะตั้งเป้าหมายของการรักษาให้ระดับ SBP เฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 125 มิลลิเมตรปรอท และสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำให้เป้าหมายของการรักษา ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอทเช่นเดียวกัน ยกเว้นผู้ที่อายุมาก (เช่นเกิน 80 ปี) อาจผ่อนผัน ให้ตั้งเป้าหมายให้ต่ำกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท

9. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

9.1 ผลต่อหัวใจ ความดันโลหิตที่สูงส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ผนังหัวใจจะหนาตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผนังหัวใจจะยืตออก ทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายได้ในที่สุด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

9.2 ผลต่อหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดในร่างกาย ความดันโลหิตที่สูงในระยะเวลานาน ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง จากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนอุดตัน เกิดหลอดเลือดสมองตีบและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (นภาพศรี ชัยสินอนันต์กุล และนิจศรี ชาญณรงค์, 2553; พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อน

ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตันและแตกได้ (จรรยา สันตยากร , 2554) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับโรคหลอดเลือดสมองในชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจวัดความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Ross, 2013)

9.3 ผลต่อไต ความดันโลหิตสูงมากเป็นเวลานานอาจมีผลให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตแข็งหนาขึ้น (Atherosclerosis) (เทิดไทย ทองอุ่น, 2554) เลือดไปเลี้ยงไตน้อย ทำให้ไตมีประสิทธิภาพในการกรองของเสียลดลง เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะสารยูเรีย หากมีระดับสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติและเสียชีวิตได้ ในระยะรุนแรงไตไม่สามารถขับปัสสาวะได้จากภาวะไตวายเรื้อรัง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

9.4 ผลต่อตา หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงอย่างช้า ๆ อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือ ตาบอดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) สามารถสรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตตัวบน มากกว่าเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่าเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ซึ่งในการวินิจฉัยจะมีเกณฑ์การวินิจฉัยตามระดับความดันโลหิตและใช้ผลความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่อวัยวะในร่างกาย และผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อประกอบการวินิจฉัย ซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต โดยมีเป้าหมายในการรักษาคือ ให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่านั้น โดยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะหัวใจโต และหัวใจวาย ผลต่อหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดในร่างกาย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะไตวายเรื้อรังและประสาทตาเสื่อม ตามัวและตาบอดได้ ซึ่งการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำได้ คือ การลดน้ำหนัก การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกบุหรี่

โรคหลอดเลือดสมอง

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของสมองถูกขัดจังหวะ ทันทีทันใด หรือเมื่อเส้นเลือดสมองแตก เลือดเกิดการกระจายไปพื้นที่รอบเซลล์สมอง โดยมีสาเหตุเกิดจากเส้นเลือดสมองอุดตันจากก้อนเลือด (Ischemic Stroke) หรือเส้นเลือดสมองเกิดการแตก (Hemorrhagic Stroke) ทำให้ออกซิเจนและอาหารไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ เนื้อเยื่อจึงได้รับการบาดเจ็บ ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะขาดเลือดของสมอง ไขสันหลัง และจอประสาทตา ซึ่งทำให้เซลล์สมองตาย ซึ่งในรายที่มีอาการมากกว่า 24 ชั่วโมง อาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้ (Sacco et al., 2013)

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก จนเกิดการทำลายหรือการตายของเนื้อสมอง (ณัฐวิภรณ์ พันธุ์มิ่ง และคณะ, 2560)

สามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งอาจเกิดจากการตีบตัน หรือการแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้ออกซิเจนและอาหารไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ เนื้อเยื่อจึงได้รับการบาดเจ็บ และอาจทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตาย

2. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนก เป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) รายละเอียดดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่าร้อยละ 85 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดสมอง จะทำให้สมองขาดเลือดส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

2.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) โรคหลอดเลือดสมองที่มีการฉีกขาดของหลอดเลือดสมองและมีเลือดออก พบได้น้อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยพบได้เพียงร้อยละ 15 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แต่ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดโดยประมาณร้อยละ 40 เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) ซึ่งเกิดจากการเส้นเลือดสมองโป่งพอง หรือมีความเปราะบาง ทำให้หลอดเลือดรั่วหรือซึมออกมา

กระจายอยู่รอบ ๆ เนื้อสมอง เกิดการบวมของเซลล์สมอง แรงดันในเนื้อสมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้เซลล์และเนื้อสมองได้รับบาดเจ็บ สมองเกิดการทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมาปริมาณมากหรือออกในก้อนสมอง ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

3. อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) คือ อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้น ๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาที และหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง คณะกรรมการร่วมด้านการช่วยฟื้นคืนชีพนานาชาติ รายงานว่าอาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับการรักษา (Cincinnati Prehospital Stroke Scale: CPSS) มี 3 อย่าง (ณัฐฉัตรธรรม พันธุ์มุง และคณะ, 2560) ได้แก่

- 3.1 ปากเบี้ยวมุมปากตก ใบหน้าอ่อนแรงในขณะที่พยายามยิงฟัน
- 3.2 แขน ขา อ่อนแรง โดยผู้ป่วยมีอาการแขนข้างหนึ่งตกลงหรือคว่ำลง ขณะที่กำลังยก แขนแบ่มือหรือยกขา 10 วินาที
- 3.3 พูดผิดปกติพูดซ้ำ พูดไม่ถนัด พูดผิด ๆ ถูก ๆ หรือพูดไม่ได้ แม้เป็นประโยคง่าย ๆ พูดแล้วคนฟัง ฟังไม่รู้เรื่อง

4. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของสมอง ซึ่งจำแนกตามสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- 4.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นชนิดที่พบบมากที่สุด มักมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันชั่วคราวนำมาก่อน มีอาการผิดปกติของสมองเฉพาะที่ โดยมีการขาดตามปลายมือปลายเท้า เวียนศีรษะ มีอาการชัก ตาพร่า เห็นภาพซ้อน พูดตะกุกตะกัก ก่อนที่จะมีอาการอัมพาตหรืออ่อนแรงของแขนขา ผู้ป่วย ร้อยละ 60 มักเกิดอาการขึ้นในช่วงหลับหรือกำลังพักผ่อน ซึ่งเป็นช่วงที่ความดันเลือดต่ำและมีความหนืดมากขึ้น อาการมักค่อยเป็นค่อยไปเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มักมีอาการสูงสุดภายใน 72 ชั่วโมง แล้วมีอาการสมองบวมตามมา ในทางคลินิกหากพยาธิสภาพเกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ของสมองอาจพบอาการปวดศีรษะมาก่อน อาการมักค่อยเป็นค่อยไป แต่ถ้าพยาธิสภาพเกิดกับหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอาการมักเกิดขึ้นเฉียบพลัน ไม่พบอาการปวดศีรษะ (เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย และศิริพันธ์ สาส์ตย์, 2554)

4.2 โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน อาจมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันชั่วคราว นำมาก่อนทำให้เกิดอาการผิดปกติของสมองเฉพาะที่ เช่น ชัก อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) อัมพฤกษ์ครึ่งซีก (Hemiparesis) มีความบกพร่องในการเข้าใจภาษา (Aphasia) ซึมลง รุ่มาตาตออบสนองต่อแสงผิดปกติ เป็นต้น หากแขนขาอ่อนแรงข้างขวาผู้ป่วยอาจพูดไม่ได้ด้วย เนื่องจากพยาธิสภาพที่สมองด้านซ้ายอาจส่งผลกระทบต่อศูนย์ควบคุมการพูดและการเข้าใจภาษา (Wernicke's Area และ Broca's Area) อาการมักเกิดขึ้นมาทันทีโดยไม่มีอาการนำและไม่สัมพันธ์กับการมีกิจกรรม (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และศิริพันธ์ สาสัตย์, 2554)

4.3 โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะเลือดออกในสมอง อาการที่เกิดขึ้นอาจไม่ตรงตามโรคของหลอดเลือด (Vascular Syndrome) เนื่องจากเลือดที่ออกมาจากกดเบียดเนื้อสมองส่วนต่าง ๆ และอาจมีแรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (Increased Intracranial Pressure) ด้วยทำให้มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือบางครั้งซึมลง มีช้อยกเว้นในผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดขนาดเล็ก อาจไม่มีอาการปวดศีรษะเลยทำให้แยกได้ยากจากโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด

4.4 โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะเลือดออกใต้ชั้นนอแรนอยด์ อาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของหลอดเลือดโป่งพอง และจำนวนเลือดใต้ชั้นนอแรนอยด์ อาการมีหลายระดับและจะปรากฏขึ้น ตั้งแต่ 4-14 วัน หลังมีเลือดออก ที่พบบ่อย คือ ประมาณ 7 วัน ความรุนแรงและการกระจายของการหดตัวของหลอดเลือด (Vasospasm) ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเกิดเนื้อสมองตาย ผู้ป่วยอาจพิการหรือเสียชีวิตได้ อาการมักจะเกิดฉับพลัน ด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรงทันทีทันใด อาจจะหมดสติทันที หรืออาจจะสับสนและง่วงซึม และค่อย ๆ หมดสติไปภายในไม่กี่ชั่วโมง และอาจมีชักทั้งตัว มักพบอาการของเยื่อหุ้มสมองถูกรบกวน เช่น คอแข็ง กลัวแสงปวดหลัง อาการแสดง เช่น มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและการรับรู้ การพูด และการทำงานของเส้นประสาทสมองผิดปกติ นอกจากนี้อาจมีเลือดออกหลังม่านตา (อรุณ นุรักษ์เช, 2553)

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดโดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญและพบได้บ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ อายุที่มากขึ้น การมีประวัติโรคเบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะการขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีจำนวนอาสาสมัคร จำนวน 3,000 คน พบว่า ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ การมีภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal Obesity) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณร้อยละ 80 (Population Attributable Risk) ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งในประเทศไทยจาก “โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย” จากอาสาสมัคร จำนวน 19,997 คนในชุมชน

พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การมีอายุที่มากขึ้น เพศชาย ระดับการศึกษา อาชีพ พื้นที่ที่อยู่อาศัย ขนาดรอบเอว การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง การมีโรคเบาหวาน และภาวะโคเลสเตอรอล และยังพบการมีภาวะ Metabolic Syndrome มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง โดยองค์ประกอบทั้ง 5 ของภาวะ Metabolic Syndrome ประกอบด้วยขนาดรอบเอว ระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูง ระดับไขมัน HDL Cholesterol ที่ต่ำ ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งองค์ประกอบที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและควบคุมเป็นพิเศษ คือ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่สูง มากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท และจากการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปี ข้างหน้าของอาสาสมัครแต่ละรายที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 45-69 ปี จำนวน 16,661 คน โดยใช้คะแนนความเสี่ยงของ Japan Public Health Center Study พบความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่ากับ ร้อยละ 9.2 และพบว่าระดับการศึกษา รายได้ต่ำ อาชีพ พื้นที่ที่อยู่อาศัย การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะโคเลสเตอรอลสูง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปี ข้างหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบความชุกของปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่า การมีอายุที่มากขึ้น เพศชาย การมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตซิสโตลิก และการสูบบุหรี่ มีผลกระทบสูงต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปี ข้างหน้า (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

โดยสรุป ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable Risk Factors) (จิตติมา แสงสุวรรณ, 2560) ดังนี้

1.1 โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดสูง ประมาณ 2.6 เท่าคนปกติ การมีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งจากภาวะสมองขาดเลือด (เส้นเลือดสมองตีบหรือตัน) เส้นเลือดสมองแตก รวมถึงเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid Hemorrhage)

1.2 การสูบบุหรี่ พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งจากภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง โดยมีความเสี่ยงเป็น 2.1 เท่าของคนปกติ แต่อย่างไรก็ตามความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดจะลดลงกลับมาเท่าคนปกติได้หลังจากหยุดสูบบุหรี่

1.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะอัตราส่วน Apolipoproteins B/Apolipoproteins A1 เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.9 เท่าหยุดการสูบบุหรี่ ประมาณ 5 ปี

1.4 โรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1.7 เท่าของคนปกติ

1.5 ภาวะอ้วนลงพุง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.7 เท่า

1.6 การรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยง เช่น อาหารทอด ขนมที่มีปริมาณเกลือในอาหารมาก เนื้อสัตว์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.4 เท่า

1.7 ภาวะซึมเศร้า เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.4 เท่า

1.8 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่าหากดื่มเป็นจำนวนมาก

1.9 Sedentary lifestyle การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคต่าง ๆ ได้เช่น โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง เบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในทางตรงกันข้ามการออกกำลังกายจะช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการออกกำลังกายจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด นอกจากนี้ยังเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองดีขึ้นด้วย โดยพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 70 %

1.10 ความเครียดในชีวิต เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.3 เท่า

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-Modifiable Risk Factors) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขโดยการรักษา การควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จิตติมา แสงสุวรรณ, 2560) ได้แก่

2.1 อายุ ผู้ที่มีอายุมากจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

2.2 เชื้อชาติ พบว่าคน African American จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าคน Caucasian ซึ่งอาจอธิบายจากความเสี่ยงทางพันธุกรรมที่คน African American มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอ้วนสูงกว่า

2.3 ประวัติครอบครัวที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติครอบครัวที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเส้นเลือดสมองตีบชั่วคราวในผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

6. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์และผลกระทบด้านสังคม

6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) ได้แก่

6.1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วนกลาง เปลือกสมองหรือสมองน้อย ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น การเคลื่อนไหวลำบาก หรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้อาการที่เกิดขึ้นจะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง เมื่อฟื้นระยะอ่อนแรงจะเกิดอาการแข็งเกร็ง โดยจะเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก กำมือแน่น ข้อสะโพกกางออกข้อเข่าและนิ้วเท้างอเข้า ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ซึ่งจะทำให้ข้อต่าง ๆ เหยียดลำบาก การเคลื่อนไหวของแขนขาส่วนที่มีอาการจึงลำบาก

6.1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา ทำให้ไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งที่มองเห็นหรือบางรายผู้ป่วยเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน และสัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้ บางรายเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการพูด หรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า อาการเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจอาจเกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวในที่สุด

6.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ขณะเคี้ยวอาหารและเส้นประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ขณะเคี้ยวอาหารและเส้นประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติของเส้นประสาทเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากปิดไม่สนิท ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก เพดานอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอย ทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนอาหารซึ่งพบได้ ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยเกิดภาวะ ทูพลโภชนาการ ส่งผลให้ผิวหนังถูกทำลาย และเกิดแผลกดทับตามมา

6.1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ มักเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองพารีอทัล (Parietal) ความผิดปกติที่พบบ่อย เช่น การสูญเสียความรู้สึกเจ็บปวด ความร้อนความเย็น ผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกตำแหน่งจุดสัมผัสและผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในการรับรู้ตนเอง ขาดความสนใจต่อความพิการ จึงทำให้บกพร่องในการปรับท่าและการเคลื่อนไหว

6.1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา การสูญเสียความทรงจำ ทำให้ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง และไม่สามารถรับรู้ ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด ซึ่งยากต่อการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ซ้ำซาก หลบ หลีกอันตรายไม่ได้

6.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาทางด้านจิตใจ ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดจากสภาพของจิตใจผู้ป่วยที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว เกิดจากการตอบสนอง ทางด้านจิตใจต่อความบกพร่องทางร่างกายและเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง ส่วนผลกระทบด้านอารมณ์ที่พบบ่อยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะซึมเศร้า พบได้ ร้อยละ 25-60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาการที่แสดงให้เห็นคือ อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตัวเอง แยกตัวเองไม่ให้ความร่วมมือ นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร เป็นต้น (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559)

6.3 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการแยกตัวออกจากสังคม และมีปฏิสัมพันธ์ กับสังคมลดลง เนื่องจากมีอุปสรรคต่อการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ จากการที่ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวกลายเป็นบุคคลผู้ต้อง พึ่งพาผู้อื่น มีปัญหาในการปรับตัว เกิดขีดจำกัดทางด้านร่างกาย ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้า มักจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม จากปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวมักทำ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าผู้อื่นและไม่อยากเข้าสังคม (พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559)

สามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจาก การตีบตัน หรือการแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โดยมีอาการเตือนที่สำคัญ คือ ใบหน้าอ่อน แรงแม้มุมปากตก ในขณะที่พยายามยืนพื้น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดแล้วฟังไม่รู้เรื่อง โดยอาการจะแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพที่เกิด ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความดันโลหิตสูง อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่ การมีประวัติโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยส่งผลกระทบก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การรับประทานอาหาร การรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล การสูญเสียความทรงจำ และที่สำคัญทำให้เกิดการแยกตัว ออกจากสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชน เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ใน ครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชนมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561ข)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลในภาวะปกติ เพื่อที่จะส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเพื่อรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ (สุภา เกตุสถิตย์, 2554)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปของความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเรียกว่าพุทธิพิสัย(Cognitive Domain) ความรู้สึกนึกคิดเจตคติทำที่ความคิดเห็น ที่บุคคลมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective Domain) และในรูปของการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) จำแนกเป็น 4 ประเภท 1) พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยของคนเราจะเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเชื่อ ในสาเหตุ อาการ อันตรายที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองจะเป็นตัวกำหนดการรักษาพยาบาลตัวอย่างเช่น เมื่อเจ็บคอเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อตัวเองป่วย (รับรู้) สิ่งทีแสดงออกถึงอาการเจ็บป่วย คือ การรักษาพยาบาล 2) พฤติกรรมการรักษาโรค คือการแสดงออกโดยการกระทำหรือไม่กระทำ ซึ่งถ้าพฤติกรรมตัวนี้ไม่ดี ก็เกิดการเจ็บป่วย เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อเกิดอุบัติเหตุจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นการจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ก็ต้องมองเห็นแล้วว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยง่าย 3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ สิ่งทีกระทำเพื่อให้มีสุขภาพทีพึงประสงค์เช่น การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วทำให้ร่างกายทีระบบต่าง ๆ ดีจิตดีทีทุกองค์ประกอบของร่างกายต้องป้องกันด้วยการส่งเสริมสุขภาพ 4) พฤติกรรมมีส่วนร่วม คือ การกระทำเพื่อส่งผลดีต่อส่วนรวม เช่น คนในชุมชนมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำพฤติกรรม เป้าหมายที่ส่งผลต่อการลดของระดับความดันโลหิต ซึ่งครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและงดอาหารที่มีโซเดียม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประภัสสร โชคไพศาล, 2557)

พฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง พฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง เช่น การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนที่ถูกสุขลักษณะ หรือการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ (วารางคณา ผลประเสริฐ, 2554)

พฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพประจำปี (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559)

พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งภายในจิตใจตนเอง หรือแสดงออกมาเกี่ยวกับ อาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และการรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแสดงออกมาในทางที่ถูกต้อง (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556)

สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการแสดงออกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แสดงออกถึงการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ที่ประกอบด้วย การป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่รวมไปถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการมาพบแพทย์ตามนัดการตรวจสุขภาพประจำปี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เหมาะสมกับโรคอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด และการลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึง ลด ละ เลิก การบริโภคยาสูบ

แนวความคิดด้านการเกิดพฤติกรรม ตามแบบจำลอง PRECEDE- PROCEDE Model

แบบจำลอง PRECEDE เป็นกรอบแนวคิด ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัย ภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แนวความคิดด้านการเกิดพฤติกรรมตามแบบจำลอง PRECEDE-Model มาใช้ในการศึกษานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งในระดับบุคคลที่เป็นปัจจัยภายใน รวมถึงปัจจัยภายนอกที่มาจากครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนและกำหนดวิธีการใน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปี 1991 Green and Kreuter ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ใหม่ เป็น PRECEDE-PROCEED เพื่อใช้วินิจฉัยประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนสุขภาพ โดยแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED มีพื้นฐาน แนวคิดด้านสุขภาพว่า 1) สุขภาพและความเสี่ยง ด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย 2) การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และ สังคม จะต้องมียุทธศาสตร์ในหลายมิติ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

แบบจำลอง PRECEDE เป็นกรอบแนวคิด ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัย ภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการ หลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัย สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

แบบจำลองพรีซีดี-โพรซีดี (PRECEDE-PROCEED model) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป (สุรินทร์ กลัมพากร, 2554)

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ถือกำเนิดขึ้นใน ค.ศ. 1970 โดย Lawrence W. Green ศาสตราจารย์ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ และเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยชั้นนำในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพัฒนาขึ้นมาเฉพาะส่วนของ PRECEDE Model เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในกระบวนการวางแผนให้สุขภาพอย่างเป็นระบบ และในยุคต่อมา มีความสนใจจากงานด้านการศึกษาและสุขภาพ ไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการดำเนินงาน ในกลุ่มประชากร และให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และเชื่อว่าจะเกิดผลดีต่อวิถีชีวิต ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในปี ค.ศ. 1991 Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter ได้ร่วมพัฒนาในส่วนของ PROCEED Model เพิ่มเติมจากแบบจำลองเดิม เพื่อขยายมุมมองให้ครอบคลุมในมิติของการวางแผน และการประเมินผล เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) การพัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ใหม่ เป็น PRECEDE PROCEED ในปี ค.ศ.1991 เพื่อใช้วินิจฉัย ประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนสุขภาพ โดยแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED มีพื้นฐาน แนวคิดด้านสุขภาพว่า 1) สุขภาพและความเสี่ยง ด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย 2) การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และ สังคม จะต้องมียุทธศาสตร์ในหลายมิติ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) จนได้ PRECEDE-PROCEED Model ซึ่งมี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis Phase)

เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) หมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และ ปัจจัยเอื้อในการวิเคราะห์ วินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรม และในระยษะนี้ให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (Health Outcomes) จากการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ก็คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตมากกว่า ปัจจัยนำเข้า และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำ ส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินการและประเมินผลได้ เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environment Development) ให้ความสนใจในรายละเอียดของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล และเมื่อพิจารณาเรียงขั้นตอนตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model จะประกอบด้วย 9 ขั้นตอน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) ดังนี้

ส่วน PRECEDE Model มี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม มี 1 ปัจจัยคือ คุณภาพชีวิต ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา มี 1 ปัจจัย คือ สุขภาพ ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม มี 2 ปัจจัย คือ พฤติกรรมและวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม และขั้นที่ 5 กิจวัตรวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย มี 2 ปัจจัย คือ สุขศึกษาและนโยบายกฎระเบียบและองค์กร และส่วน PROCEED Model มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 6 การดำเนินงานตามแผน ขั้นที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ ขั้นที่ 8 การประเมินผลกระทบ และขั้นที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ โดยในปี ค.ศ. 1999 Green และ Kreuter ได้ปรับเปลี่ยนคำศัพท์ใน PRECEDE Model จากคำวินิจฉัย (Diagnosis) เป็นคำว่า การประเมิน (Assessment) และปรับเปลี่ยนคำศัพท์ในขั้นตอนที่ 4 จาก “การศึกษาและองค์กร” เป็น “การศึกษาและนิเวศวิทยา” ซึ่งหลังจากนั้น 5 ปี หรือ ปี ค.ศ.2005 ได้มีการปรับปรุงแบบจำลอง โดยปรับลด PRECEDE Model เหลือ 4 ขั้นตอน มีการยุบรวมขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ไว้ด้วยกัน เรียกชื่อใหม่ว่า “การประเมินทางด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม” และเพิ่มปัจจัยด้านพันธุกรรมไว้ในขั้นนี้ด้วย ทำให้ในขั้นตอนนี้ มี 3 ปัจจัย คือ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม พร้อมทั้งมีการแก้ไขปัจจัยด้านสุขศึกษาในขั้นตอนที่ 4 เป็นกลยุทธ์ทางการศึกษา และเพิ่มมุมมองในเรื่องกิจกรรมในโครงการส่งเสริมสุขภาพ และมีการปรับชื่อเป็น “การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย และกิจกรรมในโครงการส่งเสริมสุขภาพ

1. องค์ประกอบตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model

องค์ประกอบของแบบจำลองการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ PRECEDE Model และ PROCEED Model ซึ่งในแต่ละส่วนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รวมทั้งหมดมี 8 ขั้นตอน และในแต่ละขั้นตอนจะมีปัจจัยที่มีความแตกต่างกัน

1.1 PRECEDE Model

แบบจำลองนี้มาจากตัวย่อของคำว่า Predisposing Factor, Reinforcing Factor, Enabling Constructs in Education/Environmental Diagnosis and Evaluation เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา หมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และ ปัจจัยเอื้อในการวิเคราะห์ วินิจฉัยและประเมินผล ทางพฤติกรรม ในระยะนี้ให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (Health Outcomes) จาก การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพก็คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตมากกว่า ปัจจัยนำเข้า (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) มุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ปัจจัยด้านการศึกษาหรือการเรียนรู้ที่จำเป็นต่อการวางแผนกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินด้านสังคม (Social Assessment)

การประเมินทางด้านสังคม เป็นขั้นตอนในการศึกษาคุณภาพชีวิต (Quality of Life) และปัจจัยทางสังคมที่กำหนดคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสถานะสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งในทางกลับกันยังเป็นการศึกษาปัญหาด้านสาธารณสุขที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนใน ชุมชนด้วยโดย Green & Kreuter, 1999 อ้างอิงใน จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2562) ได้เสนอดัชนีสำหรับใช้ ในการประเมินทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยความขัดสน ความแปลกแยก การจลาจล อาชญากรรม การเลือกตั้ง การว่างงาน สวัสดิการทางสังคม สุขภาพและความสำเร็จ รวมไปถึงความสะดวกสบาย ในชีวิต ซึ่งนอกจากนี้ในการประเมินทางสังคม ยังต้องพิจารณาถึงศักยภาพและความพร้อมของชุมชน ในการจัดการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การประเมินค่านิยมหรือการให้คุณค่ากับปัญหาสาธารณสุข ความเชื่อหรือทัศนคติ ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของสมาชิกในชุมชน ความต้องการที่ แท้จริงและความต้องการที่เกิดจากความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมาย ปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม คุณภาพและศักยภาพของระบบบริการสุขภาพในเครือข่าย ต้นทุนทางสังคมและความร่วมมือจากทุก ภาคส่วนและระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน หรือตัวแทนทางสังคม ทั้งที่แบบเป็นทาง การและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้การประเมินผลทางสังคมที่เกิดขึ้นนอกจากจะทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิต และปัจจัยทางสังคมที่กำหนดคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนแล้ว ยังทำให้ความเข้าใจถึงความเชื่อมโยง ระหว่างปัจจัยทางสังคมและสถานะสุขภาพ รวมถึงสามารถใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงประโยชน์และความจำเป็นของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิตของคนใน ชุมชน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

ขั้นที่ 2 การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Epidemiological, Behavioral and Environmental Assessment)

ในขั้นนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่เป็นรูปธรรมจึงจำแนกขั้นตอนการประเมินออกเป็น สองประเภทที่ต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย

1. การประเมินด้านระบาดวิทยา โดยหลังจากที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทางสังคม ทั้งที่เป็นสาเหตุและผลลัพธ์ของปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับประชากรแล้ว จะพบว่าในชุมชนหนึ่งอาจมีปัญหาสาธารณสุขจำนวนมากและหลากหลาย เช่น ปัญหาเด็กมีภาวะทุโภชนาการ ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางบก ดังนั้นในขั้นนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการ กระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขที่รวบรวมได้โดยพิจารณาจากขนาดของปัญหา (Size a Problem or Prevalence) ความรุนแรงของปัญหา (Severity of Problem) ความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of Management) และความต้องการของชุมชนที่มีต่อปัญหานั้น ๆ (Community Concern) โดยจะใช้ข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา ที่เป็นดัชนีตัวชี้วัดทางสุขภาพที่สำคัญ ในการประกอบการตัดสินใจ เช่น อัตราป่วย อัตราตาย ความพิการ ภาวะเจริญพันธ์ ความไม่สุขสบาย ความแข็งแรงและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องมีการตรวจสอบเพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนกับ แผนงานหรือโครงการของหน่วยงานอื่น ๆ และยังคงคำนึงถึงต้นทุนประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ

2. การประเมินด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสาธารณสุข ที่ได้จากการประเมินด้านระบาดวิทยา ทั้งนี้ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาสาธารณสุขที่ได้จากการวิเคราะห์ อาจจะมีจำนวนมากและหลากหลายโดยอาจครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ที่สนับสนุนหรือขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งนอกจากนี้บางส่วนอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับ 2 ปัจจัยดังกล่าว แต่อาจมีความเชื่อมโยงกับปัญหาที่กำลังสนใจศึกษาอยู่ เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม หรือลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งแม้จะเป็นตัวแปรที่ร่วมอธิบายปัญหาได้ แต่ก็ไม่สามารถจัดกระทำหรือไม่สามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงเสนอให้คัดเลือกเฉพาะปัจจัยเชิงสาเหตุด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญโดยพิจารณาจากขนาดของอิทธิพล โดยจะต้องประเมินว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมนั้นนั้นมีอิทธิพลทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่กำหนดมาน้อยเพียงใดโดยควรเลือกปัจจัยที่มีขนาดของอิทธิพลในลำดับมาก ๆ ก่อน และโอกาสในการแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ โดยประเมินถึงความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัจจัยที่

เป็นปัญหาให้สำเร็จ เป็นรูปธรรมว่าง่ายหรือยากเพียงใด โดยความพิจารณาเลือกปัจจัยที่มีโอกาสแก้ไขสำเร็จในระดับง่ายหรือไม่ยากจนเกินไปก่อน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

ขั้นที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา(Educational and Ecological Assessment)

การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยานี้ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะมีการวิเคราะห์ทั้งปัจจัยที่มีมาก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นลักษณะของบุคคลที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรม (Green & Kreuter, 2005 อ้างอิงใน ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, 2559, น. 33) เป็นปัจจัยที่มีอยู่ในตนเองและนำไปให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคล เป็นต้น (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559) เป็นปัจจัยกระตุ้นหรือชี้แนะเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี และศรีเสาวลักษณ์ อุ้นพรมมี, 2556) เป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคล (ชวพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์, 2553)

สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานที่บุคคลมีมาและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ เพศ อายุ การศึกษา ค่านิยม การรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้ง ให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการต่าง ๆ ได้สะดวก (Acceptability) รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ความพร้อมและความสะดวกของบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่เห็นว่าควรปฏิบัติ หรือเอื้อให้บุคคลปฏิบัติตามปัจจัยนำ ได้แก่ แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ นโยบายที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความช่วยเหลือ แหล่งประโยชน์และบริการต่าง ๆ ที่จัดให้ (สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี และศรีเสาวลักษณ์ อุ้นพรมมี, 2556) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปสู่การปฏิบัติที่พึงประสงค์มีผลต่อบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผ่านปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บริการสุขภาพ ทรัพยากรและนโยบายหรือกฎหมาย (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำ เช่น

ระยะทาง เวลา ราคา ความสามารถในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ความสะดวก รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ กฎระเบียบต่าง ๆ เป็นต้น (Green & Kreuter, 2005 อ้างอิงใน ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, 2559, น. 38)

สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยเอื้อ คือ สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อม ที่มีความจำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมไปถึงทักษะที่สามารถช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาได้ และสามารถใช้ทรัพยากรเหล่านั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ระยะทาง เวลา ราคา ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกของบุคคล เช่น นโยบาย กฎระเบียบ อุปกรณ์ต่าง ๆ การมีทักษะ

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) คือ เป็นสิ่งที่เกิดหลังการปฏิบัติ หรือเป็นผลที่เกิดจากการปฏิบัติ ที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน นายจ้าง ผู้นำชุมชน หรือบุคลากรสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งอิทธิพลของบุคคลเหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลหรือสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ปัจจัยเสริมจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนทางสังคม (Social) อิทธิพลจากเพื่อน (Peer Influence) คำแนะนำ (Advice) ข้อมูลป้อนกลับจากบุคลากรสุขภาพ (Feedback) ประโยชน์ด้านสังคม เช่น การได้รับการยอมรับ ความประทับใจหรือประโยชน์ด้านร่างกาย เช่น ความสะดวก ความสุขสบาย ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ เช่น รางวัลที่เป็นสิ่งของ เป็นต้น (Green & Kreuter, 2005 อ้างอิงใน ปรีดี ยศดา, 2561, น. 14-15) เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับการตอบสนองจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว จากทั้งจากตัวเองและบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำหน้าที่สนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น อาการเจ็บป่วยทุเลาลง หรือการมีสมรรถนะทางกายที่ดีขึ้น หลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การได้รับคำชมเชย การได้รับรางวัล หรือคำติเตียนหรือการลงโทษจากบุคคลรอบข้างหรือสังคม (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงพอ ซึ่งลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษา ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครูอาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง โดยจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561ก)

สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยเสริม คือ ผลสะท้อนที่บุคคลได้รับจากการแสดงพฤติกรรม มีทั้งสิ่งที่เป็นรางวัล ผลตอบแทน หรือการลงโทษ โดยเป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่น เช่น จาก สามี ภรรยา ลูก เพื่อนบ้าน ชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ ทั้งที่เป็นคำชมเชย การให้กำลังใจ รางวัลและการลงโทษ คำติเตียน เป็นการสนับสนุนและที่เป็นการยับยั้งไม่ให้แสดงพฤติกรรม

ขั้นที่ 4 การประเมินด้านการบริหารและนโยบายและการจัดกิจกรรมในโครงการส่งเสริมสุขภาพ(Administrative And Policy Assessment and Intervention Alignment)

การประเมินในขั้นนี้ มีความท้าทายเป็นอย่างมากเพราะเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่บ่งบอกถึงศักยภาพความเป็นไปได้ และเครื่องบ่งชี้ถึงความสำเร็จของกระบวนการวางแผนทั้งสามขั้นตอนที่ผ่านมา โดยในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทรัพยากรที่องค์กรหรือชุมชนมีอยู่ ว่าจะสามารถตอบสนองต่อแผนหรือกิจกรรมที่ระบุไว้ได้หรือไม่ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินด้านการบริหารจัดการ เป็นการวิเคราะห์นโยบายทรัพยากร ข้อมูลข่าวสารและสถานการณ์ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร หรือชุมชนที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนงานหรือกิจกรรมที่ระบุไว้ ในขั้นที่ 3 และการประเมินด้านนโยบาย คือ การวิเคราะห์ความสอดคล้องและเหมาะสมระหว่างแผนงานหรือกิจกรรมที่ระบุไว้ ในขั้นที่ 3 กับพันธกิจ วิสัยทัศน์ นิเวศวิทยาและกฎระเบียบขององค์กรชุมชน

ซึ่งนอกจากนี้ยังรวมถึง การวิเคราะห์ด้านการบริหารจัดการและนโยบาย ที่อาจเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการวางแผนและการจัดกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหรือพื้นที่ เช่น การขาดแคลนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ข้อจำกัดด้านระยะเวลา กำลังคนหรือการสนับสนุนด้านนโยบาย ซึ่งทั้งนี้การประเมินด้านการบริหารจัดการด้านนโยบายในระยะสั้นอาจนำไปสู่การแสวงหาการสนับสนุนทางการเมืองนโยบายและการระดมทรัพยากรและสรรพพลังกำลัง ทั้งจากภาครัฐและเอกชน ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อที่จะสนับสนุนให้แผนงานหรือกิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

1.2 PROCEED Model

Green and Kreuter ตั้งชื่อแบบจำลองส่วนนี้จากตัวย่อของคำว่า Policy, Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environmental Development เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินการ และประเมินผลได้ ทั้งนี้ในส่วนนี้ได้ให้ความสนใจในรายละเอียดของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การกำหนด นโยบาย การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 5-8 คือ

ขั้นที่ 5 การดำเนินการตามแผนงาน โครงการ (Implementation)

ในขั้นนี้เป็นการดำเนินงานตามกลวิธีวิธีการและกิจกรรม ตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1- 4 ซึ่งจะมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ ตามตารางการปฏิบัติงาน รวมถึงการออกแบบและการวางแผนการประเมินผลที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนถัดไปด้วย

ขั้นที่ 6 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

ในขั้นนี้เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการในระยะสั้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสามกลุ่มปัจจัยคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

ขั้นที่ 7 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

ในขั้นนี้เป็นการประเมินผลด้านกระบวนการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้วว่าสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนและตรงตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ในแผนหรือไม่ รวมถึงการประเมินผลด้านปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบริหารจัดการทรัพยากรและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation)

ในขั้นนี้เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการในระยะยาวหรือประเมินผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น จากการดำเนินโครงการโดยเน้นที่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2. ข้อดีและข้อจำกัดของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ดังนี้

2.1 ข้อดีของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model เป็นกระบวนการตามขั้นตอนทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยแบบย้อนกลับ ซึ่งทำให้สามารถมองเห็นจุดเริ่มต้น และความสัมพันธ์ในแต่ละขั้นตอนอย่างมีระบบ ตามลำดับขั้น และเป็นกรอบแนวคิดที่ผสมผสานความรู้จากศาสตร์ต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุคคลที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ซึ่งการดำเนินงานจำเป็นต้องมีหลายด้านประกอบกัน โดยการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม จำแนกเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ซึ่งจะทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม ไม่ใช่เน้นการให้ความรู้เพื่อแก้ไขเฉพาะปัจจัยนำ ที่นิยมทำกันแต่ได้ให้ความสนใจในการฝึกทักษะ จัดสภาพแวดล้อม และทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติ ซึ่งจะมีปัจจัยเสริมที่ช่วยสนับสนุน กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

2.2 ข้อจำกัดของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model เป็นกรอบแนวคิดประเภทการวิเคราะห์รูปแบบ (Diagnosis Model) สำหรับวิเคราะห์หาสาเหตุ ไม่ใช่รูปแบบของการจัดกิจกรรม (Intervention Model) และไม่ได้บอกวิธีการแก้ปัญหาว่าจะต้องดำเนินการวางแผนตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ ทั้งยังเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาสุขภาพ

โดยจำกัดเฉพาะสาเหตุทางพฤติกรรมเท่านั้น และจำนวนตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์มีมาก เป็นปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องใช้ ค่าถามมากเกินไป ทำให้ผู้ตอบไม่ให้ความร่วมมือ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ PRECEDE Model และ PROCEED Model โดยในแต่ละส่วนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่ง PRECEDE Model เป็นการวินิจฉัยและการประเมินผลด้านการศึกษาหรือการเรียนรู้และด้านสิ่งแวดล้อม ตามโครงสร้างด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ปัจจัยด้านการศึกษาหรือการเรียนรู้ที่จำเป็นต่อการวางแผนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และ PROCEED Model เป็นการพัฒนาด้านการศึกษาหรือการเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมตามองค์ประกอบด้านนโยบาย กฎระเบียบข้อบังคับ และองค์กร ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงสนใจในขั้นการประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการแสดงพฤติกรรม ตามแบบจำลอง PRECEDE Model ซึ่งอยู่ในขั้นที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีมาแต่ก่อนหรือระหว่างที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีการเอื้ออำนวยหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อ เศรษฐกิจ ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยหรือช่วยสนับสนุนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมหรือช่วยยับยั้งการแสดงพฤติกรรม เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการออกกำลังกาย หรือ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข หรือกฎหมาย และปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น การได้รับคำชมเชย หรือคำติเตียน การได้รับรางวัล การยกย่องชมเชย ซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ตามแบบจำลอง PRECEDE Model มาเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ อายุ ธรรมเนียมปฏิบัติ ความรู้ ความเชื่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริมที่มาจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากชุมชน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model: HBM) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1950 โดยนักจิตวิทยาทางสังคมชื่อเคริท ลีวิน (Kurt Levine) ที่มีพื้นฐานความคิดที่ว่า พฤติกรรมของคนจะมี

การเจริญเติบโตได้เนื่องมาจากแหล่งสำคัญ 2 แหล่ง คือ สิ่งกระตุ้นและการตอบสนอง (Stimulus-response: S-R) และทฤษฎีเกี่ยวกับทางความคิด (Cognitive Theory)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) พัฒนามาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมโดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ ฮอชบาม (Hochbaum) คีเกิลส์ (Kegeles) ลีเวนทอล (Levental) และโรเซนสต็อค (Rosenstock) ซึ่งมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่ เป็นโรคแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และการรับรู้ต่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องมากกว่า การรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจึงจะเกิดขึ้น ดังนั้นโรเซนสต็อคจึงสรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ในเวลาต่อมา เบคเกอร์ (Becker) ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มขึ้น ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ให้แนวคิดที่ว่าพฤติกรรมใดจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลเห็นคุณค่าของเป้าหมาย ในการกระทำและเห็นว่าพฤติกรรมนั้น จะทำให้บรรลุเป้าหมายได้ ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และความเชื่อนั้นให้ผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Becker & Maiman, 1974 อ้างอิงใน สุทัสสา ทิจะยัง, 2557, น. 38)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวว่า ปัจจัยร่วม (Modifying factor) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา และปัจจัยทางโครงสร้างจะมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิด โรคและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการแสดงพฤติกรรม การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรค และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues of Action) จะมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรมลบด้วยการรับรู้ อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรม และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคจะมีผลโดยตรงต่อการแสดง พฤติกรรมป้องกันโรค ตามคำแนะนำ เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีภาวะคุกคามจากโรค บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค โดยบุคคลจะคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการแสดงพฤติกรรม โดยการหักลบอุปสรรคออกจากประโยชน์ที่จะได้ ถ้าประโยชน์มากกว่าผลเสียโอกาสแสดงพฤติกรรมจะมาก ถ้าผลเสียมากกว่าประโยชน์ โอกาสแสดงพฤติกรรมจะน้อย ในขณะที่เดียวกันหากได้รับการกระตุ้นจาก

ตัวชี้แนะการกระทำที่เพียงพอที่จะเกิด พฤติกรรมป้องกันโรค (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์, 2553)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ ในการทำนายว่าบุคคลดังกล่าว จะลงมือทำอะไรบางอย่างหรือไม่ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และ การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่อมา Becker และ Maiman ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action) เข้าไป เพราะถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือ การรับรู้ของบุคคลแต่ก็มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยให้แบบจำลองนี้สามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลได้อย่างกว้างขวางมาก ยิ่งขึ้น (Becker, 1975 อ้างอิงใน ธนเทพ วณิชยากร, 2561) ต่อมาในปี 1988 มีการเพิ่มองค์ประกอบความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งได้มาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น (Bandura, 1988 อ้างอิงใน ธนเทพ วณิชยากร, 2561) ดังนั้น จึงมี 7 องค์ประกอบในปัจจุบัน มีรายละเอียด (Glanz et al., 2008) ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย การรับรู้นี้บุคคลจะแสดงออกได้ 3 แบบ คือ 1) ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ 2) การคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคซ้ำ และ 3) ความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อมั่นในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะ ปกติ และภาวะเจ็บป่วย การรับรู้นี้บุคคลจะแสดงออกได้ 3 แบบ คือ 1) ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัย ของแพทย์ 2) การคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคซ้ำ และ 3) ความรู้สึกต่อโอกาส ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อมั่นในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น

โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยเช่นกัน Janz & Becker (1984) ได้สรุปผลการศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มียุทธผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย มากกว่าพฤติกรรมการป้องกัน เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552, น. 87)

การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ การทำหัตถการ ซึ่งทำให้เกิดความไม่สบาย ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์บุคคลหรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งเบคเกอร์ ในปี ค.ศ. 1974 กล่าวว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้น จะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำ ที่ให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมีอยู่ 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือเรียกว่าสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสาร ผ่านทางสื่อมวลชน หรือการกระตุ้นเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา การได้รับการเตือนจากแพทย์ พยาบาล หรือการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมบางอย่างจนประสบความสำเร็จ เป็นปัจจัยที่ถูกกำหนดขึ้นมาในภายหลังโดย Bandura เนื่องจากแบบจำลองเริ่มต้นของ HBM ถูกพัฒนามาจากบริบทของการป้องกันโรค เช่น เข้ารับการคัดกรอง หรือฉีดวัคซีน เป็นลักษณะของการออกไปทำพฤติกรรมและเสร็จสิ้นในจุดดังกล่าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ซับซ้อน แต่สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย จะมีระยะเวลาที่ยาวนานไม่ใช่แค่ครั้งเดียว ดังนั้นการที่บุคคลดังกล่าวจะสามารถคงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง บุคคลดังกล่าวจำเป็นต้องมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเอาชนะ อุปสรรคต่าง ๆ ได้เพื่อให้ตนเองยังคงไม่สูบบุหรี่หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ในระยะยาว (ธนเทพ วณิชยากร, 2561)

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม กลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน และปัจจัย

โครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค การสัมผัสโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูก กระตุ้นเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยม ทางด้านสุขภาพ (พิศตรารภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559)

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคล จะขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลนั้น ๆ ได้เห็นคุณค่าของสิ่งที่ได้รับหรือประโยชน์จากการที่ได้ปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมบางอย่าง และมีความเชื่อในผลที่เกิดจากการปฏิบัติหรือกระทำ หรือเมื่อมีอาการเตือนของโรค บุคคลจะรู้ว่าตนเป็นโรคและอาจเกิดความรุนแรงขึ้นได้จากอาการหรือโรคดังกล่าว ซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่า รวมไปถึงการเห็นประโยชน์ของปฏิบัติพฤติกรรม และเกิดการตอบสนองด้วยการแสวงหาแหล่งรักษาเมื่อมีอาการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE Model และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และความเชื่อ สิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ สื่อความรู้ด้านการป้องกันโรค หรือการกระตุ้นเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วาสนา เหมือนมีว (2557) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว จากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และเพศ กับการมีญาติสายตรงที่เป็นความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรศาสตร์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตพบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.38$, S.D. = 0.18) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.382$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ($r = -0.239$, $p = 0.002$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = -0.323$, $p < 0.001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.300$, $p < 0.001$)

พรสวรรค์ คำทิพย์ (2556) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้ พบว่าเพศ อายุและประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.19$, 0.19 และ 0.23 ตามลำดับ) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.18$ และ 0.23 ตามลำดับ) และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้

ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 41.6 ($R^2 = .416$) โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้านชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ($b = 0.365$, 0.153) ตามลำดับ

ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ ($OR_{Adj} = 2.23$, 95% CI of OR_{Adj} :1.46-3.40, $p < 0.001$) และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($OR_{Adj} = 0.46$, 95% CI of OR_{Adj} :0.31-0.69, $p < 0.001$) และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ($OR_{Adj} = 5.83$, 95% CI of OR_{Adj} : 2.86 – 11.87, $p < 0.001$)

ปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสงขลา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปัจจัยเอื้อจากสื่อ และเพศ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 14.8 ($R^2 = 0.148$) โดยตัวแปร ที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุดคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปัจจัยเอื้อจากสื่อ และเพศ ($\beta = .270$, $.167$ และ $.154$ ตามลำดับ, $p < .01$)

ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณณทัต บณุนทต (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ณัฐนันท์ จันพานิช และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์นัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการปฏิบัติตัว ($\beta = .533$) การรับรู้อุปสรรคการป้องกันหลอดเลือดหัวใจ ($\beta = .121$) การมีสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($\beta = .114$) และการรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ($\beta = .093$) โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง ได้ร้อยละ 45.1 ($p < 0.001$)

ประไพศรี คงหาสุข และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 22.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .224$, $p < 0.001$) โดยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ($\beta = -.340$, $p < 0.001$) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ($\beta = .230$, $p < 0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ($\beta = .190$, $p < 0.01$) ตามลำดับ

กาญจนา โม่มาลา และพิสุทธิ์ คงขำ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า อำเภอบัวราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี ($\bar{X} = 2.72, S.D > = 0.31$, $\bar{X} = 2.88, S.D > = 0.35$ และ $\bar{X} = 2.85, S.D > = 0.36$) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี ($\bar{X} = 3.22, S.D > = 0.16$) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .866$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 1.138$) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = -1.695$) ดัชนีมวลกาย ($\beta = -.061$) และระดับการศึกษา ($\beta = -1.125$) โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 63.4 ($R^2 = 0.634, p < .05$)

ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยถิน แซ่ตัน (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 84.1 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองภาพรวม ระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 8.268, p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\chi^2 = 3.985, p < .05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\chi^2 = 11.962, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\chi^2 = 5.048, p < .05$) การรับรู้อุปสรรค ของการป้องกันตนเองจากโรค ($\chi^2 = 11.684, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ($\chi^2 = 9.427, p < .01$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ การมีโรคร่วม การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยกระตุ้นไม่มีความสัมพันธ์

ฉัตรกมล ประจบลาภ และฉัตรกมล ประจบลาภ (2563) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในหญิงวัยหมดประจำเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.0) มีการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .58, p < .001$) ปัจจัยดัชนีมวลกาย ($\beta = -1.57, p < .05$) สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน ได้ร้อยละ 35.8 ($R^2 = .358$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดวงธิดา โสตาพรหม (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.29$, S.D. = 0.19) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยเรียงตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

สายสุณี เจริญศิลป์ (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = 0.12) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.259$, $p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = 0.184$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = -0.179$, $p < 0.001$) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = 0.171$, $p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.154$, $p = 0.001$) และระยะเวลาที่ป่วย ($\beta = 0.151$, $p < 0.001$)

Wan et al. (2014) ศึกษาเรื่องความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพก่อนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในจีนแผ่นดินใหญ่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.63 (0.20) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ($r = 0.267$), โภชนาการ ($r = 0.354$), การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = 0.288$) การตรวจวัดความดันโลหิต ($r = 0.346$) และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.227$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ ($r = 0.119$) การไม่สูบบุหรี่ ($r = -0.130$) และการใช้แอลกอฮอล์อย่างไม่ดีต่อสุขภาพ ($r = -0.057$)

Parappilly et al. (2019) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ Pre stroke และความเสียหายโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าจากการถดถอยพหุคูณตามลำดับขั้น ในการวิเคราะห์การถดถอยครั้งแรกแบบจำลองขั้นสุดท้าย อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ 27% ($F(6, 93) = 5.69$, $p < 0.001$) โดยมีเพียงอายุและความรู้เกี่ยวกับปัจจัย

เสี่ยงเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในการวิเคราะห์การถดถอยครั้งที่สองแบบจำลองขั้นสุดท้ายอธิบาย 15% ของความแปรปรวนในความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ($F(7, 84) = 2.163$, $p = 0.046$) โดยมีกิจกรรมทางกายเท่านั้นที่เป็นตัวแปรสำคัญทางสถิติ

Larki et al. (2018) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในเขตชุมชนทางตอนใต้ของอิหร่าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ ($OR = 3.47$) และพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.10$) การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.82$)

Upoyo et al. (2021) ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอินโดนีเซีย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ดี เท่ากับร้อยละ 65.7 และพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับความสามารถของตนเอง ($p = 0.043$; 95% CI = 1.01–2.22; $OR = 1.5$) การรับรู้ ($p = 0.038$; 95% CI = 0.45–0.98; $OR = 0.663$) และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($p \leq 0.001$; 95% CI = 2.255–6.333; $OR = 3.779$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Ko (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างระดับของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .20$, $p = .010$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r = .35$, $p < .001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ($r = .43$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญที่สุด ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง คือ การออกกำลังกาย ($\beta = 0.38$, $p < .001$) รองลงมาคือการรับรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.18$, $p = .008$) ดัชนีมวลกาย ($\beta = -0.17$, $p = .011$) ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ($\beta = 0.13$, $p = .045$) ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง พบตัวแปรต้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 24 ตัวแปร จึงนำตัวแปรต้นดังกล่าวมาจัดกลุ่มได้ 4 ด้าน ดังนี้

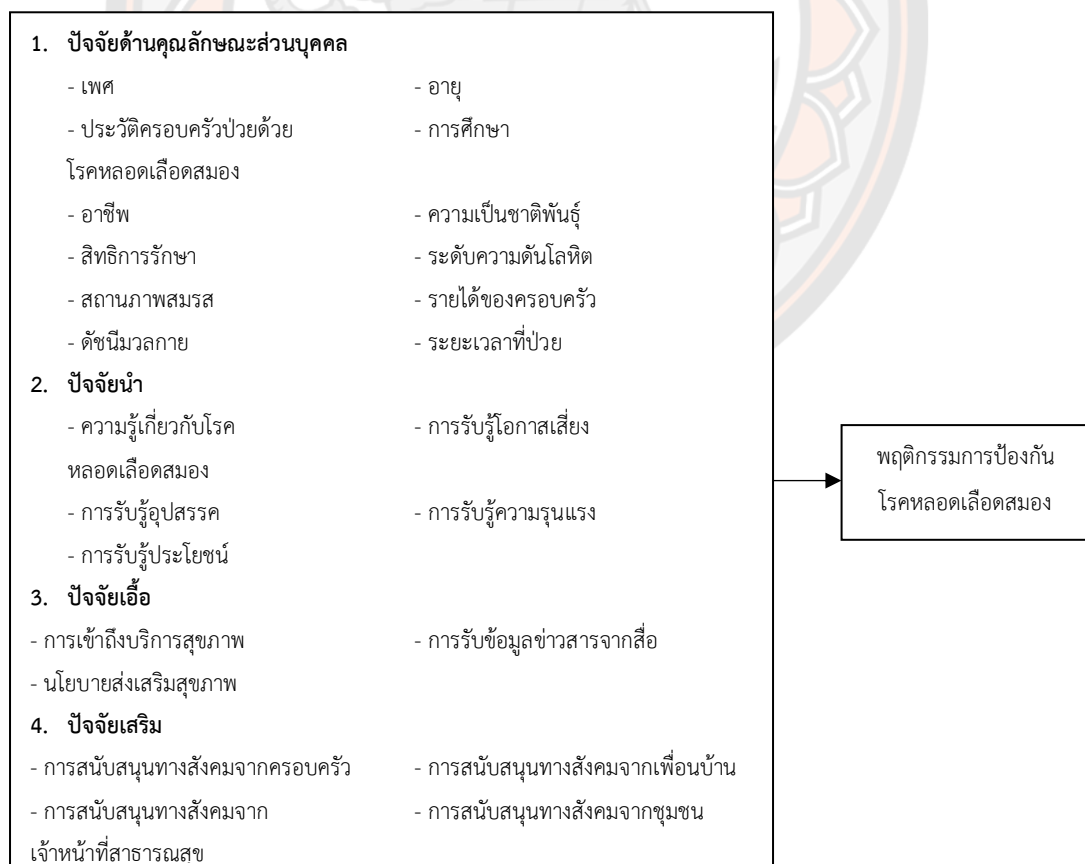
1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา อาชีพ ความเป็นชาติพันธุ์ สิทธิการรักษา ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วย

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์
 3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ
 4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน
- ผู้วิจัยได้นำ แนวความคิดด้านการเกิดพฤติกรรม ตามแบบจำลอง PRECEDE Model และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับตัวแปรต้นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง โดยทำการศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีโรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อน และขึ้นทะเบียนรักษาที่หน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดตาก ซึ่งมีจำนวนอำเภอทั้งสิ้น 9 อำเภอ และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 26,330 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการและอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตาก จำนวน 338 คน ผู้วิจัยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของแดนเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีในจังหวัดตาก จำนวน 26,330 คน

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของประไพศรี คงหาสุข และคณะ (2563) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี พบว่ามีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45

d = ค่าความคาดเคลื่อนในการประมาณเท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{26,330 \times (0.45)^2 (1.96)^2}{[(0.05)^2 (26,330-1)] + [(0.45)^2 (1.96)^2]}$$

n = 308 คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 308 คน

จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าอัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรต้องมากกว่าร้อยละ 90 สมาคมการศึกษาของสหรัฐอเมริกา, ม.ป.ป. อ้างอิงใน ทัศนีย์ สมบัติศิริ และยุพา ถาวรพิทักษ์ (2562) ดังนั้นเพื่อลดปัญหาและป้องกันการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือมีข้อมูลสูญหาย(Missing Data) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 338 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยคิดแบบมีสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี เทียบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยพื้นที่จังหวัดตากมีจำนวน 9 อำเภอ ได้จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ในแต่ละอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตาราง 4 แสดงกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามจำนวนประชากร

อำเภอ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุต่ำกว่า 60 ปี ทั้งหมด (คน)	กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ (คน)
เมืองตาก	5,783	74
บ้านตาก	2,416	31
สามเงา	1,800	23
แม่ระมาด	2,360	30
ท่าสองยาง	1,719	22
แม่สอด	7,045	90
พบพระ	2,740	35
อุ้มผาง	963	12
วังเจ้า	1,504	19
ตาก	26,330	338

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2564

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) หลังจาก คัดสรรส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอดังตาราง 4 รวมทั้ง 9 อำเภอ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 338 คน หลังจากนั้นนำมารายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ทั้งหมดในแต่ละอำเภอ คำนวณช่วงการสุ่ม (Sampling Interval) จากสูตร

$$I = N/n$$

โดยที่ I คือ ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่ม

N คือ จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปีที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ หน่วยบริการในจังหวัดตาก

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องการ แทนค่า

$$I = 26,330/338 \\ = 78$$

ดังนั้นคิดเป็นช่วงการสุ่มในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 78 ช่วง

จากนั้นนำทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุต่ำกว่า 60 ปี มาเรียงตาม อักษร เพื่อเป็นกรอบในการสุ่ม กำหนดเลขตั้งต้นการสุ่มด้วยเทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก จะได้รายชื่อที่ได้จากการสุ่มเป็นอันดับแรก เพื่อใช้เป็น จุดเริ่มต้นการสุ่ม โดยลำดับต่อไปมีระยะห่างจากลำดับก่อนหน้า 78 หน่วยนับ ดำเนินการสุ่มจนครบ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ICD 10 = I10) มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และมีอายุระหว่าง 15-59 ปี
2. พูดคุยสื่อสาร และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรังทุกระยะ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่อาศัยอยู่ในพื้นที่ในระหว่างการศึกษาเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยไม่ประสงค์ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา อาชีพ ความเป็นชาติพันธุ์ สิทธิการรักษา ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วย จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถาม 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ถูก ให้คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
ผิด ให้คะแนน	0 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์พิจารณาแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom et al. (1971) สามารถแบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย ความรู้ระดับปานกลางและความรู้ระดับมาก สูตรดังนี้

น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย
ร้อยละ 60-79.99	หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ โดยประยุกต์มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลางและเห็นด้วยน้อย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 16 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 6 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือกจากทั้งหมด 3 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยมากได้	3 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลางได้	2 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยได้	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ จำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1987) โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= (3-1)/3 \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ดังนี้

	คะแนน	การแปลผล
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.66	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.67 - 2.33	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.00	มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลางและเห็นด้วยน้อย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 17 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือกจากทั้งหมด 3 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยมากได้	3 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลางได้	คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยได้	1 คะแนน	3 คะแนน

ในประเด็นข้อคำถาม การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ประยุกต์มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้งและไม่เคยได้รับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ได้รับเป็นประจำ ได้	3 คะแนน	1 คะแนน
ได้รับบางครั้ง ได้	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยได้รับ ได้	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อ จำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1987) โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= (3-1)/3 \\ &= 0.67\end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อ ดังนี้

	คะแนน	การแปลผล
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.66	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.67 - 2.33	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.00	มาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยประยุกต์มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้งและไม่เคยได้รับ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 16 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 2 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือก จากทั้งหมด 3 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ได้รับเป็นประจำ ได้	3 คะแนน	1 คะแนน
ได้รับบางครั้ง ได้	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยได้รับ ได้	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเสริม จำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1987) โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= (3-1)/3 \\ &= 0.67\end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเสริม ดังนี้

	คะแนน	การแปลผล
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.66	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.67 - 2.33	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.00	มาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์มาตรา
ประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ โดย

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนน้อย หรือสัปดาห์ละ 1-2 วัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนส่วนใหญ่ หรือสัปดาห์ละ 3-4 วัน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอ หรือสัปดาห์ละ 5-7 วัน

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 16 ข้อ และเป็นข้อ
คำถามด้านลบ จำนวน 12 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือกจากทั้งหมด 4 ตัวเลือก กำหนด
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่เคยปฏิบัติ ได้	1 คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ได้	2 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ ได้	4 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพิจารณาจากการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมาย โดยแบ่ง
ช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก
ระดับปานกลางและระดับน้อย สำหรับการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวความคิดของ Best
(Best, 1977) โดยมีสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= (112 - 28) / 3 \\ &= 28 \end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์แปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
คะแนนเฉลี่ย 28 - 55.99	น้อย
คะแนนเฉลี่ย 56 - 83.99	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 84 - 112	มาก

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \end{aligned}$$

$$= (4-1)/3$$

$$= 1$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

	คะแนน	การแปลผล
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.00	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.01 - 3.00	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.01 - 4.00	มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยมีการตรวจสอบคุณภาพ ในด้านความตรงตามเนื้อหาและการตรวจสอบเพื่อหาความเที่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) การหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีตัวแปรและพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้คะแนนความคิดเห็น มีเกณฑ์กำหนดคะแนนความคิดเห็นดังนี้

- +1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่
- 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977, pp. 49-60)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตร จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีเกณฑ์การพิจารณาคือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้ จำนวน 112 ข้อ แต่ถ้าข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ตัดทิ้ง จำนวน 8 ข้อ และพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่า IOC แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลวิจัยอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่เจริญผล อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย และเข้าพบผู้อำนวยการร่วมถึงผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร รวมทั้งมีการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร และขอคำยินยอมจากอาสาสมัครพร้อมแจกเอกสารใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้แก่กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือแบบสอบถาม (Tryout) เพื่อเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของ แบบสอบถาม และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือภาพรวมเท่ากับ 0.864 โดยแบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมองมีค่าสถิติคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน(KR-20) เท่ากับ 0.509 และแบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.813, 0.892, 0.835 และ 0.801 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งงานวิจัยผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการได้
2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในแต่ละอำเภอ รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และการรักษาความลับของข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต

ผู้วิจัยขอข้อมูลรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ผู้วิจัยประสานงานเข้าพบผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อหรือผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละอำเภอ เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ เจาะลึกในการเก็บข้อมูล อบรมให้ความรู้ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล และรายละเอียดตามแบบสอบถามในแต่ละข้อให้กับผู้เก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ในกรณีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษา จะแสดงความเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยขอไม่ให้ซักถามถึงเหตุผลในการปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษา และในกรณีกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการศึกษา

4. ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละอำเภอแต่ละอำเภอเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนการดำเนินงาน

5. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อนัดกลุ่มตัวอย่าง อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการศึกษา พร้อมทั้งเก็บข้อมูลในการวิจัย

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับ ในกรณีที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยประสานผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อหรือผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

7. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและสรุปการวิจัย

8. นำผลการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

9. จัดทำรายงานผลการวิจัย

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Statistical Package for the Sciences: SPSS) วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา อาชีพ ความเป็นชาติพันธุ์ สิทธิการรักษา ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วย ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงอนุमानโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการวิเคราะห์การถดถอยเพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม และยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P2-0281/2564 เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยได้ขอ หนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการขออนุมัติผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในการวิจัย จะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบและข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตามผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแล้ว ให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิเก็บ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 338 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบ การบรรยายโดยการนำเสนอแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 338)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	106	31.36
หญิง	232	68.64
ประวัติครอบครัวป่วย		
ไม่มี	227	67.16
มี	76	22.48
ไม่ทราบ	35	10.36
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	53	15.68
ประถมศึกษา	146	43.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	13.31
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	54	15.98
อนุปริญญา/ปวส.	16	4.73
ปริญญาหรือเทียบเท่า	22	6.51
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.59
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	7.99
เกษตรกร	150	44.38
ค้าขาย	30	8.88
รับจ้างทั่วไป	96	28.40
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	5.33

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความเป็นชาติพันธุ์		
ไม่ใช่	262	77.52
ใช่	76	22.48
ปะกาเกณฺวอ(กะเหรี่ยง)	57	16.86
ม้ง	13	3.85
อาข่า	2	0.59
มูเซอ (ลาหู่)	4	1.18
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพ	285	84.32
ประกันสังคม	27	7.99
ราชการเบิกได้	26	7.69
สถานภาพสมรส		
โสด	31	9.17
คู่ อยู่ร่วมกัน	256	75.74
คู่ ไม่ได้อยู่ร่วมกัน	10	2.96
หม้าย	27	7.99
หย่า/แยก	14	4.14
รายได้		
ไม่เพียงพอ	44	13.02
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	206	60.95
เพียงพอเหลือเก็บ	88	26.03
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 5 ปี	121	35.80
5 ปีขึ้นไป	217	64.20
$\bar{X} = 5.92$ S.D. = 3.43 Min = 1 Max = 20		

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
15-24 ปี	3	0.89
25-44 ปี	70	20.71
45-59 ปี	265	78.40
\bar{X} = 49.01 S.D. = 7.93 Min = 16 Max = 59		
ค่าดัชนีมวลกาย		
ผอม	10	2.96
สมส่วน	90	26.63
น้ำหนัก	69	20.41
โรคอ้วน	116	34.32
โรคอ้วนอันตราย	53	15.68
\bar{X} = 25.45 S.D. = 4.18 Min = 16.6 Max = 44.1		

จากตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.64 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.16 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.20 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 44.38 เป็นชาติพันธุ์ร้อยละ 22.48 โดยพบเป็นชาติพันธุ์ปะกาเกอญอ(กะเหรี่ยง)มากที่สุด ร้อยละ 16.86 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 83.14 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ อยู่ร่วมกัน ร้อยละ 75.74 ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 60.95 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.20 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 78.40 โดยเฉลี่ยมีอายุเท่ากับ 49.01 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.93 และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในระดับที่เป็นโรคอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 34.32 โดยเฉลี่ยพบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 25.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.18

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338)

ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	135	39.94
ระดับปานกลาง	175	51.78
ระดับน้อย	28	8.28

\bar{X} = 10.90 S.D. = 1.86 Min = 4 Max = 15

จากตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.78 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 39.94 และระดับน้อย ร้อยละ 8.28

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามความรู้รายข้อ (n = 338)

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดที่หลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง	269	79.59
2. โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดสมองในสมองตีบ อุดตันหรือแตก	281	83.14
3. โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มาจากโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น	130	38.46
4. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	259	76.63
5. ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	301	89.05

ตาราง 7 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
6. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น	223	65.98
7. ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่ไม่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	156	46.15
8. อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปากเบี้ยวมุมปากตก แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ถนัดหรือพูดฟังไม่รู้เรื่อง	308	91.12
9. เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล ภายใน 6 ชั่วโมง	119	35.21
10. เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดขึ้นในกรณีฉุกเฉินให้โทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	319	94.38
11. เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หากได้รับการรักษาภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที สามารถช่วยให้ป้องกันการเสียชีวิตและการพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้	247	73.08
12. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร หรือการจัดการความเครียด	145	42.90
13. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วอาจเกิดความพิการได้	314	92.90
14. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 30 นาทีต่อวัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	292	86.39
15. การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	319	94.38

จากตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามความรู้รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ ข้อ 10. เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดขึ้นในกรณีฉุกเฉินให้โทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 94.38 และ ข้อ 15. การควบคุมระดับความดัน

โลหิตให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 94.38 รองลงมา คือ ข้อ 13.ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วอาจเกิดความพิการได้ ร้อยละ 92.90 และข้อที่ตอบ ถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 9.เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ต้องรีบนำส่ง โรงพยาบาล ภายใน 6 ชั่วโมง ร้อยละ 35.21 รองลงมาคือ ข้อ 3.โรคหลอดเลือดสมองเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่มาจากโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ร้อยละ 38.46 และ ข้อ 12.โรคหลอดเลือด สมองเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร หรือการจัดการความเครียด ร้อยละ 42.90

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง (n = 338)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	290	85.80
ระดับปานกลาง	44	13.02
ระดับน้อย	4	1.18
$\bar{X} = 13.35$ S.D. = 1.79 Min = 5 Max = 15		

จากตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.80 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.02 และระดับน้อย ร้อยละ 1.18

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.73	0.493	มาก
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมี โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.74	0.478	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
3. ผู้ที่มีประวัติญาติในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มียาติในครอบครัวป่วย	2.46	0.612	มาก
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่ร่วมด้วยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.67	0.546	มาก
5. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.74	0.519	มาก

จากตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 5. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.519) และข้อ 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.478) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. ผู้ที่มีประวัติญาติในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มียาติในครอบครัวป่วย ($\bar{X} = 2.46$, S.D. = 0.612)

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค (n = 338)

ระดับการรับรู้อุปสรรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	96	28.40
ระดับปานกลาง	144	42.60
ระดับน้อย	98	29.00

$\bar{X} = 12.53$ S.D. = 3.12 Min = 6 Max = 18

จากตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 42.60 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 29.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 28.40

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้รับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การรับรู้รับรู้อุปสรรค	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. การรับประทานอาหารรสจัดหรือลดเค็มทำได้ยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง	1.72	0.706	ปานกลาง
2. การลดอาหารไขมันสูง เป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง	1.83	0.739	ปานกลาง
3. การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก เพราะการสูบบุหรี่เป็นวิธีการเดียวจะช่วยให้ท่านผ่อนคลายความเครียดได้	2.25	0.792	ปานกลาง
4. การเลิกหรือหยุดดื่มสุราทำได้ยาก เนื่องจากเป็นมารยาทในการเข้าสังคม	2.28	0.760	ปานกลาง
5. การออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่มีเวลา	2.25	0.748	ปานกลาง
6. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต เนื่องจากมีอาการผิดปกติเช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ไอ คอแห้ง เป็นต้น	2.21	0.777	ปานกลาง

จากตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้รับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4. การเลิกหรือหยุดดื่มสุราทำได้ยาก เนื่องจากเป็นมารยาทในการเข้าสังคม ($\bar{X} = 2.28$, S.D. = 0.760) รองลงมาคือ ข้อ 5. การออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่มีเวลา ($\bar{X} = 2.25$, S.D. = 0.748) ข้อ 3. การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก เพราะการสูบบุหรี่เป็นวิธีการเดียวจะช่วยให้ท่านผ่อนคลายความเครียดได้ ($\bar{X} = 2.25$, S.D. = 0.792) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1. การรับประทานอาหารรสจัดหรือลดเค็มทำได้ยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบ

อาหารเอง ($\bar{X} = 1.72$, S.D. = 0.706) รองลงมาคือ ข้อ 2. การลดอาหารไขมันสูง เป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง ($\bar{X} = 1.83$, S.D. = 0.739)

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้รับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง (n = 338)

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	297	87.87
ระดับปานกลาง	38	11.24
ระดับน้อย	3	0.89

$\bar{X} = 13.71$ S.D. = 1.70 Min = 5 Max = 15

จากตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้รับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.87 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.24 และระดับน้อย ร้อยละ 0.89

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การรับรู้ความรุนแรง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดความพิการได้	2.81	0.449	มาก
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน	2.79	0.436	มาก
3. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มภาระการดูแลให้กับคนในครอบครัว	2.72	0.525	มาก
4. การสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่มือสองจะเพิ่มความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.67	0.540	มาก
5. การดื่มสุราจะเพิ่มความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.72	0.479	มาก

จากตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดความพิการได้ ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 0.449) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4. การสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่มือสอง จะเพิ่มความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.540)

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ (n = 338)

ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	233	68.93
ระดับปานกลาง	93	27.51
ระดับน้อย	12	3.55
$\bar{X} = 15.44$ S.D. = 2.45 Min = 6 Max = 18		

จากตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.93 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.51 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย ร้อยละ 3.55

ตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การรับรู้ประโยชน์	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดบุหรี่ การงดเหล้าและควบคุม น้ำหนักตัวจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.67	0.529	มาก
2. การรับประทานอาหารจืดหรือลดการรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.62	0.600	มาก
3. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขแดง เครื่องในสัตว์ เนื้อติดมัน จะ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.37	0.699	มาก

ตาราง 15 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์	\bar{X}	S.D.	แปลผล
4. การออกกำลังกายโดยการวิ่ง เดินเร็ว ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.56	0.585	มาก
5. การผ่อนคลายความเครียดโดยการฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ ทำสมาธิ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.51	0.641	มาก
6. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองจะ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	2.71	0.537	มาก

จากตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 6.การรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 0.537) รองลงมาคือ ข้อ 1. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดบุหรี่ การงดเหล้าและควบคุมน้ำหนักตัวจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.529) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน เครื่องในสัตว์ เนื้อติดมัน จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X} = 2.37$, S.D. = 0.699) รองลงมาคือ ข้อ 5. การผ่อนคลายความเครียดโดยการฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ ทำสมาธิ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X} = 2.51$, S.D. = 0.641)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (n = 338)

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	265	78.40
ระดับปานกลาง	66	19.53
ระดับน้อย	7	2.07
$\bar{X} = 13.31$ S.D. = 2.04 Min = 8 Max = 15		

จากตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.40 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.53 และระดับน้อย ร้อยละ 2.07

ตาราง 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. สถานที่ตั้งสถานพยาบาลอยู่ในที่สามารถ เดินทางเข้ารับบริการได้สะดวก	2.80	0.416	มาก
2. ระยะเวลาในการรอตรวจรักษาไม่นานเกินไป	2.57	0.563	มาก
3. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมายังสถานพยาบาล ราคาไม่แพงยอมรับได้	2.67	0.508	มาก
4. บุคลากรในสถานพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการ	2.68	0.522	มาก
5. บุคลากรในสถานพยาบาลมีความเพียงพอในการให้บริการ	2.61	0.573	มาก

จากตาราง 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. สถานที่ตั้งสถานพยาบาลอยู่ในที่สามารถ เดินทางเข้ารับบริการได้สะดวก ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.416) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2. ระยะเวลาในการรอตรวจรักษาไม่นานเกินไป ($\bar{X} = 2.57$, S.D. = 0.563)

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ (n = 338)

ระดับการรับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	123	36.39
ระดับปานกลาง	188	55.62
ระดับน้อย	27	7.99
$\bar{X} = 15.89$ S.D. = 3.19 Min = 9 Max = 21		

จากตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.62 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 36.39 และระดับน้อย ร้อยละ 7.99

ตาราง 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.68	0.487	มาก
2. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองจาก อสม.	2.49	0.567	มาก
3. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองจากผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน	1.97	0.730	ปานกลาง
4. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองจากโทรทัศน์ วิทยุ	2.22	0.607	ปานกลาง
5. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง จากแผ่นพับ ป้ายไวนิล บอร์ดประชาสัมพันธ์ หรือป้ายอื่น ๆ	2.27	0.612	ปานกลาง
6. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง จากหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายใน หมู่บ้าน	2.06	0.718	ปานกลาง
7. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองจากสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ เฟสบุค	2.21	0.675	ปานกลาง

จากตาราง 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการรับ ข้อมูลข่าวสารจากสื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุด คือ ข้อ 1. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจาก แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = 0.487) รองลงมาคือ ข้อ 2. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจาก อสม. ($\bar{X} = 2.49$, S.D. =

0.567) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน ($\bar{X} = 1.97$, S.D. = 0.730) รองลงมา คือ ข้อ 6. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในหมู่บ้าน ($\bar{X} = 2.06$, S.D. = 0.718)

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพ (n = 338)

ระดับการความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	173	51.18
ระดับปานกลาง	111	32.84
ระดับน้อย	54	15.98
$\bar{X} = 11.61$ S.D. = 2.84 Min = 5 Max = 15		

จากตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.18 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.84 และระดับน้อย ร้อยละ 15.98

ตาราง 21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

นโยบายส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ในชุมชนของท่านมีสถานที่ในการออกกำลังกายสำหรับคนในชุมชน	2.24	0.777	ปานกลาง
2. ในชุมชนของท่าน มีการสนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกายในพื้นที่สาธารณะ	2.17	0.767	ปานกลาง
3. ในชุมชนของท่าน มีการประกาศนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยง จากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น งานศพปลอดเหล้า	2.30	0.713	ปานกลาง
4. ในชุมชนของท่าน มีการประกาศนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดการสูบบุหรี่ เช่น สวนสาธารณะปลอดบุหรี่	2.36	0.657	มาก
5. ในชุมชนของท่าน มีการสนับสนุนให้ประชาชนปลูกผักกินเอง ทุกครัวเรือน	2.55	0.591	มาก

จากตาราง 21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 5. ในชุมชนของท่าน มีการสนับสนุนให้ประชาชนปลูกผักกินเอง ทุกครัวเรือน ($\bar{X} = 2.55$, S.D. = 0.591) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2. ในชุมชนของท่าน มีการสนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกายในพื้นที่สาธารณะ ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.767)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n = 338)

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	228	67.46
ระดับปานกลาง	98	28.99
ระดับน้อย	12	3.55
$\bar{X} = 20.00$ S.D. = 3.24 Min = 9 Max = 24		

จากตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.46 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.99 และระดับน้อย ร้อยละ 3.55

ตาราง 23 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	2.59	0.527	มาก
2. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยและขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวได้	2.60	0.536	มาก
3. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันจากเมล็ดทานตะวัน	2.47	0.587	มาก
4. บุคคลใน ครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการออกกำลังกาย	2.39	0.568	มาก
5. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านจัดทำอาหารรสชาติไม่หวาน มัน เค็ม ให้ท่านรับประทาน	2.39	0.567	มาก
6. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดีเช่น การออกกำลังกาย สม่่าเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน	2.37	0.599	มาก
7. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลและกระตุ้นเตือนในเรื่องการพามาพบ แพทย์ตามนัด	2.64	0.528	มาก
8. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การ ช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมารักษา	2.55	0.606	มาก

จากตาราง 23 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 7. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลและกระตุ้นเตือนในเรื่องการพามาพบ แพทย์ตามนัด ($\bar{X} = 2.64$, S.D. = 0.528) รองลงมาคือ ข้อ 2. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยและขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวได้ ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.536) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 6. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การชมเชยเมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดีเช่น การออกกำลังกาย สม่่าเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน

($\bar{X} = 2.37$, S.D. = 0.599) รองลงมาคือ ข้อ 5. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านจัดทำอาหารรสชาติไม่หวาน มัน เค็ม ให้ท่านรับประทาน ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.567) และข้อ 4. บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.568)

ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน (n = 338)

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	122	36.09
ระดับปานกลาง	151	44.68
ระดับน้อย	65	19.23
$\bar{X} = 4.31$ S.D. = 1.21 Min = 2 Max = 6		

จากตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.68 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 36.09 และระดับน้อย ร้อยละ 19.23

ตาราง 25 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. เพื่อนบ้านของท่านแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.55	0.643	มาก
2. เพื่อนบ้านของท่านสนับสนุนและชักชวนท่านไปออกกำลังกาย	2.14	0.679	ปานกลาง

จากตาราง 25 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1.เพื่อนบ้านของท่านแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 2.55$, S.D. = 0.643) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2.เพื่อนบ้านของท่านสนับสนุนและชักชวนท่านไปออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.14$, S.D. = 0.679)

ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน (n = 338)

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	24	7.10
ระดับปานกลาง	189	55.92
ระดับน้อย	125	36.98

$\bar{X} = 13.71$ S.D. = 1.17 Min = 3 Max = 9

จากตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 55.92 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 36.98 และระดับมาก ร้อยละ 7.10

ตาราง 27 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน เช่น สร้างสถานที่ออกกำลังกาย การจัดแข่งขันกีฬาในชุมชน	2.19	0.693	ปานกลาง
2. ชุมชนมักจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลมในงานเลี้ยงต่าง ๆ	1.82	0.661	ปานกลาง
3. ชุมชนมักจัดเลี้ยงอาหารรสชาติหวาน มัน เค็ม ในงานเลี้ยงต่าง ๆ	1.83	0.661	ปานกลาง

จากตาราง 27 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน เช่น สร้างสถานที่ออกกำลังกาย การจัดแข่งขันกีฬาในชุมชน ($\bar{X} = 2.19$, S.D. = 0.693) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2. ชุมชนมักจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลมในงานเลี้ยงต่าง ๆ ($\bar{X} = 1.82$, S.D. = 0.661)

ตาราง 28 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 338)

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	265	78.40
ระดับปานกลาง	66	19.53
ระดับน้อย	7	2.07

$\bar{X} = 13.31$ S.D. = 1.98 Min = 7 Max = 15

จากตาราง 28 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.40 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.53 และระดับน้อย ร้อยละ 2.07

ตาราง 29 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ (n = 338)

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.75	0.471	มาก
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน	2.52	0.572	มาก
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการจัดกิจกรรมเฉพาะ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	2.66	0.493	มาก
4. ท่านสามารถติดต่อสื่อสารหรือพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี	2.63	0.518	มาก
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับท่าน	2.75	0.463	มาก

จากตาราง 29 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = 0.471) ข้อ 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับท่าน ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = 0.463) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 0.572)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 30 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มาก	48	14.20
ปานกลาง	283	83.73
น้อย	7	2.07
$\bar{X} = 74.26$ S.D. = 9.125 Min = 46 Max = 96		

จากตาราง 30 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก พบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 74.26 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.73 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 14.20 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.07 ตามลำดับ

ตาราง 31 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ (n = 338)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร			
1. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอส ก่อนชิมอาหาร	2.21	0.918	ปานกลาง
2. ท่านกินอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำพริกกะปิ ปลาเค็ม เนื้อเค็ม	2.52	0.759	ปานกลาง
3. ท่านกินอาหารทอด เช่น ไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋	2.51	0.707	ปานกลาง
4. ท่านกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง	2.60	0.691	ปานกลาง
5. ท่านกินอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้	2.73	0.739	ปานกลาง
6. ท่านดื่มชาหรือกาแฟ โดยมีการเติมน้ำตาลและหรือครีมเทียม (คอฟฟี่เมต)	2.83	0.954	ปานกลาง
7. ท่านกินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงคั่ว ก๋วยเตี๋ยวซี่ บัวลอย ลอดช่อง	2.65	0.664	ปานกลาง
8. ท่านกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ปิ้ง	2.69	0.728	ปานกลาง
9. ท่านกินผักอย่างน้อยสามสี เช่น ผักสีเขียว ผักสีแดง และผักสีเหลือง	2.95	0.778	ปานกลาง
10. ท่านกินขนมกรุบกรอบเป็นถุง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง หรืออื่น ๆ	2.83	0.756	ปานกลาง
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย			
11. ท่านออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ฟันดาบ แกว่งแขน	2.40	0.877	ปานกลาง
12. ท่านมีรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมเป็นการนั่งเป็นส่วนใหญ่	2.50	0.748	ปานกลาง
13. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย	2.32	0.822	ปานกลาง
14. ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที/วัน	2.33	0.828	ปานกลาง

ตาราง 31 (ต่อ)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมกำรงดสารเสพติดและกำรงดบริโภคแอลกอฮอล์			
15. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.11	0.826	มาก
16. ท่านสูบบุหรี่	3.55	0.874	มาก
17. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด	3.28	0.811	มาก
พฤติกรรมกำรรับประทอนยา			
18. ท่านรับประทอนยารักษาโรคความดันโลหิตย่ำงต่อเนื่อง สม่่ำเสมอ	3.42	0.990	มาก
19. ท่านรับประทอนยาตามแพทย์สั่ง โดยไม่มีการปรับยารับประทอนเอง	3.35	1.015	มาก
20. เมื่อท่านลืมนินยา ท่านรับประทอนยาทันที	2.97	1.067	ปานกลาง
พฤติกรรมกำรจัดการกับความเครียด			
21. ท่านนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ หรือปฏิบัติตามหลักศำสนำ เพื่อผ่อนคลายความเครียด	2.33	0.883	ปานกลาง
22. เมื่อท่านไม่สบายใจหรือกังวลท่านจะหำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น ฟังเพลง ดูทีวี ปลูกต้นไม้	2.90	0.848	ปานกลาง
23. ท่านผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการนวดกดจุดตามร่างกาย	2.43	0.898	ปานกลาง
24. เมื่อท่านมีเรื่องเครียด ท่านจะพูดคุยกับบุคคลที่ท่านไว้วำงใจ เช่น เพื่อนสนิท พ่อแม่	2.81	0.889	ปานกลาง
พฤติกรรมกำรมาตรวจตำนัด			
25. ท่านมำตรวจตำนัดทุกครั้ง	3.51	0.801	มาก
26. ท่านเข้ารับกำรตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์นัด	3.48	0.834	มาก

ตาราง 31 (ต่อ)

พฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมกำดูแลสุขภาพทั่วไป			
27. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือปลายเท้า เพื่อมาพบ แพทย์ทันที	3.30	0.870	มาก
28. ท่านซั้งน้ำหนักรหรือสังเกตการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก	3.30	0.853	มาก

จากตาราง 31 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 16. ท่านสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.874) รองลงมาคือ ข้อ 25. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 0.801) และ ข้อ 26. ท่านเข้ารับกำตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์นัด ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.834) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอส ก่อนชิมอาหาร ($\bar{X} = 2.21$, S.D. = 0.918) รองลงมาคือ ข้อ 13. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.32$, S.D. = 0.822) และข้อ 21. ท่านนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ หรือปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.883) ข้อ 14. ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที/วัน ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.828)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการกำวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบกำเลือกตัวแปรโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Stepwise Multiple Regression Analysis)

1. สมกำในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

$$a = \text{ค่าคงที่}$$

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของ

2. ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยนี้เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก

วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



ตาราง 32 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16
X1	r	1														
	P															
X2	r	.326**	1													
	P	0.000														
X3	r	0.007	0.029	1												
	P	0.902	0.598													
X4	r	0.000	0.096	0.107	1											
	P	0.996	0.079	0.050												
X5	r	-0.025	0.004	0.067	.417**	1										
	P	0.652	0.940	0.216	0.000											
X6	r	-0.008	-0.013	.132*	.386**	.594**	1									
	P	0.890	0.812	0.015	0.000	0.000										
X7	r	0.061	.166**	0.066	.267**	0.017	0.024	1								
	P	0.260	0.002	0.226	0.000	0.749	0.664									
X8	r	-0.003	-0.037	.127*	.334**	.562**	.608**	0.040	1							
	P	0.957	0.498	0.020	0.000	0.000	0.000	0.463								
X9	r	-0.037	-0.075	.115*	.204**	.340**	.388**	-0.074	.519**	1						
	P	0.497	0.168	0.035	0.000	0.000	0.000	0.176	0.000							

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16
X10	r	0.011	-0.007	-0.043	0.072	.124*	-0.086	.216**	.197**	1						
	p	0.845	0.894	0.431	0.188	0.022	0.116	0.000	0.000							
X11	r	0.004	-0.043	-0.009	0.105	-.243**	-0.069	.297**	.371**	.454**	1					
	p	0.941	0.434	0.862	0.053	0.000	0.204	0.000	0.000	0.000						
X12	r	0.004	0.008	0.047	.242**	.421**	-0.010	.454**	.418**	.292**	.391**	1				
	p	0.941	0.883	0.390	0.000	0.000	0.859	0.000	0.000	0.000	0.000					
X13	r	0.005	0.079	-.131*	0.056	.209**	-0.018	.180**	.226**	.460**	.534**	.379**	1			
	p	0.926	0.145	0.016	0.305	0.000	0.736	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000				
X14	r	0.085	0.004	-0.014	0.042	-0.042	.153**	0.031	0.075	.123*	0.095	0.057	0.101	1		
	p	0.121	0.938	0.797	0.710	0.446	0.005	0.575	0.166	0.024	0.081	0.294	0.063			
X15	r	0.086	0.023	0.066	.195**	.300**	0.066	.322**	.342**	.192**	.424**	.360**	.289**	-0.029	1	
	p	0.114	0.669	0.225	0.000	0.000	0.224	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.598		
X16	r	.201**	.170**	.115*	.303**	.237**	.324**	.278**	.0181**	0.064	.164**	.334**	.181**	.092*	.369**	1
	p	0.000	0.002	0.034	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.242	0.003	0.000	0.001	0.091	0.000	

* p < 0.05, ** p < 0.01

หมายเหตุ: X1 คือ อายุ , X2 คือ ระยะเวลาที่ป่วย , X3 คือ ดัชนีมวลกาย , X4 คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดตีบตัน , X5 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง , X6 คือ การรับรู้ความรุนแรง, X7 คือ การรับรู้อุปสรรค, X8 คือ การรับรู้ประโยชน์, X9 คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ , X10 คือ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ, X11 คือ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ, X12 คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, X13 คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน, X14 คือ การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน, X15 คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, X16 คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดตีบตัน

จากตาราง 32 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.201, p < 0.001$)

ระยะเวลาที่ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.170, p = 0.002$)

ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.115, p = 0.034$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.303, p < 0.001$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.230, p < 0.001$)

การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.237, p < 0.001$)

การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.324, p < 0.001$)

การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.278, p < 0.001$)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.181, p = 0.001$)

การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($r = 0.064, p = 0.242$)

นโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.164$, $p = 0.003$)

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.334$, $p < 0.001$)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.181$, $p = 0.001$)

การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($r = 0.092$, $p = 0.091$)

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.369$, $p < 0.001$)

ตาราง 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338)

ตัวแปร	χ^2	p
เพศ	7.316	0.007*
ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	1.089	0.580
สถานภาพสมรส	0.685	0.408
รายได้ของครอบครัว	0.334	0.563
ความเป็นชาติพันธุ์	0.002	0.969
สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ	1.123	0.284
การศึกษา	0.293	0.589
อาชีพ	0.184	0.668
ระดับความดันโลหิต	0.252	0.616

* $p < 0.05$

จากตาราง 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\chi^2 = 7.316$, $p = 0.007$)

ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 1.089$, $p = 0.580$)

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 0.685$, $p = 0.408$)

รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 0.334$, $p = 0.563$)

ความเป็นชาติพันธุ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 0.002$, $p = 0.969$)

สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 1.123$, $p = 0.289$)

การศึกษาไม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 0.293$, $p = 0.589$)

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 0.184$, $p = 0.668$)

ระดับความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ($\chi^2 = 252$, $p = 0.616$)

ตาราง 34 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบตัวแปรเข้าทั้งหมด (n = 338)

ตัวแปรทำนาย	b	β	t	p
เพศหญิง	2.722	0.140	2.849	0.005
อายุ	0.141	0.120	2.252	0.025
สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ	-3.253	-0.129	-2.453	0.015
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.610	0.129	2.235	0.026
การรับรู้อุปสรรค	0.737	0.254	4.990	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.518	0.184	3.117	0.002
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.912	0.199	3.590	<0.001

Constant(a) = 23.900, R square = 0.371, Adjusted R square = 0.317, F = 6.905, p <0.05

จากตาราง 34 ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา อาชีพ ความเป็นชาติพันธุ์ สิทธิการรักษา ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มี 7 ตัวแปร ได้แก่ คือ 1) การรับรู้อุปสรรค 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 4) เพศหญิง 5) อายุ 6) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ 7) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพสามารถ อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 31.70 (Adjust R² = 0.317) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการสร้างสมการของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของตัวแปรที่ถูกเลือกไปวิเคราะห์ คือ 1) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = 0.254, p < 0.001$) 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.199, p < 0.001$) 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.184, p = 0.002$) 4) เพศหญิง ($\beta = 0.140, p = 0.005$) 5) อายุ ($\beta = 0.120, p = 0.025$) 6) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.129, p = 0.026$) และ 7) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ($\beta = -0.129, p = 0.015$) โดยมีค่าคงที่ (a) เท่ากับ 23.900 จากการวิเคราะห์ถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง = $23.900 + 0.737(\text{การรับรู้อุปสรรค}) + 0.912(\text{แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข}) + 0.518(\text{แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว}) + 2.722(\text{เพศหญิง}) + 0.141(\text{อายุ}) + 0.610(\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง}) - 3.253(\text{สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ})$

จากสมการแสดงว่า การรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.737 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการรับรู้อุปสรรค เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะเพิ่มขึ้น 0.737

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.912 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น 0.912

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.518 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น 0.518

เพศหญิง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ 2.722 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ เพศหญิงเปลี่ยนเป็นเพศชายคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะเพิ่มขึ้น 2.722

อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ 0.141 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนอายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะเพิ่มขึ้น 0.141

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ 0.610 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะเพิ่มขึ้น 0.610

สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ -3.253 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ สิทธิการรักษาเปลี่ยนจากสิทธิบัตรประกันสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะลดลง 3.253

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง โดยทำการศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 338 คน เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติถดถอยแบบพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.64 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.16 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.20 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 44.38 เป็นชาติพันธุ์มากที่สุด ร้อยละ 22.48 พบเป็นชาติพันธุ์ปะกาเกอญอ(กะเหรี่ยง)มากที่สุด ร้อยละ 16.86 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 83.14 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ อยู่ร่วมกัน ร้อยละ 75.74 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 60.95 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.20 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 78.40 โดยเฉลี่ยมีอายุเท่ากับ 49.01 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.93 และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในระดับที่เป็นโรคอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 34.32 โดยเฉลี่ยพบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 25.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.18

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.78 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 39.94 และ ระดับน้อย ร้อยละ 8.28

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.80 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.02 และระดับน้อย ร้อยละ 1.18

ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 42.60 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 29.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 28.40

ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.87 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.24 และระดับน้อย ร้อยละ 0.89

ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.93 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.51 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย ร้อยละ 3.55

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และนโยบายส่งเสริมสุขภาพ

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.40 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.53 และระดับน้อย ร้อยละ 2.07

การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.62 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 36.39 และ ระดับน้อย ร้อยละ 7.99

นโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.18 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.84 และระดับน้อย ร้อยละ 15.98

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.46 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.99 และระดับน้อย ร้อยละ 3.55

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.68 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 36.09 และ ระดับน้อย ร้อยละ 19.23

การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 55.92 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 36.98 และ ระดับมาก ร้อยละ 7.10

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.40 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.53 และ ระดับน้อย ร้อยละ 2.07

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 74.26 (S.D. = 9.125) เมื่อจำแนกตามระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.73 รองลงมา คืออยู่ในระดับมาก ร้อยละ 14.20 และ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.07 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าพฤติกรรมที่ค่าเฉลี่ยต่ำ คือ การเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอส ก่อนชิมอาหาร คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.21 (S.D. = 0.918) รองลงมาเป็น การอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.32 (S.D. = 0.822) การนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ หรือปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อผ่อนคลายความเครียด คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.33 (S.D. = 0.883) และการออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที/วัน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.33 (S.D. = 0.828)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = 0.254$,

$p < 0.001$) 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.199$, $p < 0.001$) 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.184$, $p = 0.002$) 4) เพศหญิง ($\beta = 0.140$, $p = 0.005$) 5) อายุ ($\beta = 0.120$, $p = 0.025$) 6) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.129$, $p = 0.026$) และ 7) สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ($\beta = -0.129$, $p = 0.015$) โดยตัวแปรทั้ง 7 ตัวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 31.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง = $23.900 + 0.737$ (การรับรู้อุปสรรค) + 0.912 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) + 0.518 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว) + 2.722 (เพศหญิง) + 0.141 (อายุ) + 0.610 (ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง) - 3.253 (สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดตาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.73 ($\bar{x} = 74.26$, S.D. = 9.125) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 49 ปี สิทธิหลักประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งในปัจจุบันเพศหญิงในวัยทำงานมีภาระหน้าที่ในการทำงานค่อนข้างมาก ทั้งการทำงานนอกบ้าน และการดูแลครอบครัว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานจึงไม่สามารถดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับการเข้าถึงการรักษาในกลุ่มดังกล่าวค่อนข้างจำกัด ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทุกที่และนำมาสู่การรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดค่อนข้างน้อย มีผลทำให้มีความรู้ที่น้อยและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยถิน แซ่ตัน (2563) พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาณัติ วรรณะ และคณะ (2563) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 59 ปี มีการจัดการสัญญาณเตือนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wan et al. (2014) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริณีย์ อินทร

หนองไผ่ และคณะ (2561) พบว่า ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา จอดนอก และฉัตรชาธร ภาโนมัย (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ คือ การเติมเครื่องปรุงรสก่อนชิมอาหาร การนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ หรือปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อผ่อนคลายความเครียด และการออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที/วันและการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงาน ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันใช้ในการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบและทำงานทุกวัน ไม่มีวันหยุด มีผลทำให้การดูแลสุขภาพการกินและการออกกำลังกาย รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตเพื่อผ่อนคลายความเครียดน้อยลงและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์มากขึ้น นำมาสู่ผลกระทบทางสุขภาพตามมาได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ และคณะ (2558) พบว่า อาชีพรับจ้างและอาชีพเกษตรกรรมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ประกอบอาชีพดังกล่าวเป็นงานที่ใช้แรงงาน จึงไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม (2564) พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ร้อยละ 8.1 มีการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสม ร้อยละ 22.9 และ อายุ ลักษณะอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 24 ตัวแปร พบมีปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศหญิง 2) อายุ 3) สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ 4) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 5) การรับรู้อุปสรรค 6) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ 7) การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก จากการศึกษพบว่า

เพศหญิง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่อยู่ในตนเองสามารถช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเริ่มมาจาก ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ส่วนบุคคล นำมาสู่พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น เพศมีผลทำให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรมทางด้าน

สุขภาพของบุคคล จะเห็นได้จากเพศหญิงมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศชายในช่วงสภาวะสุขภาพที่ไม่เกิดโรคเนื่องจากเพศหญิงมีโอกาสในการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีความหลากหลายด้านสุขภาพมากกว่าเพศชายมีผลทำให้พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือหญิงจะเกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพขึ้นในช่วงเกิดการปัญหาหรือความเสี่ยงทางด้านสุขภาพกับตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา วัชรานุกฤษ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) พบว่า เพศ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา ชนะพันธ์ และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย 2.23 เท่าและมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) พบว่า เพศและญาติสายตรงที่เป็นความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

อายุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49 ปีอยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนปลายและส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป กลุ่มดังกล่าวได้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลเป็นประจำและได้รับข่าวสารความรู้ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำและกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหรือเริ่มมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ คำทิพย์ (2556) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ และคณะ (2561) พบว่า อายุ มีอิทธิพลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ

สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ซึ่งสถานบริการที่สิทธิดังกล่าวเป็นสถานบริการของภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอยู่จำนวนมาก ทั้งนี้สิทธิการรักษาเป็นบริการพื้นฐานของประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐไม่เสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย อาจเชื่อว่าหากเจ็บป่วยสามารถไปรับบริการจากภาครัฐ เช่น ยาในการรักษาได้ง่ายกว่าการปฏิบัติตัวปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคที่มองว่ายุ่งยากหลายขั้นตอน ขัดต่อวิถีชีวิตที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีผลทำให้การตระหนักพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ เสนาธรรม และคณะ (2563) พบว่า สิทธิหลักประกันถ้วนหน้านั้นจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยที่สุดเพราะถือว่าเป็นการรักษาฟรีไม่ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ต้นสกุล (2561) พบว่า พฤติกรรมสุขภาวะที่ดีในการใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยนำมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องมาจากความรู้เป็นสิ่งที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้า พัฒนาทักษะและประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดมาจากการรับฟัง การคิดวิเคราะห์และฝึกปฏิบัติ โดยการรับความรู้สามารถรับได้หลากหลายช่องทาง เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ การให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวจึงทำให้เกิดการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและส่งผลให้เกิดความรู้ในตัวบุคคลขึ้นได้ นำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และ สุธยธิน แซ่ตัน (2563) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนุจรี อ่อนสิน้อย และคณะ (2560) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ คำทิพย์ (2556) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลสุขภาพทางด้านลบของบุคคล เช่น อาการของที่แสดงออกของโรค ผลข้างเคียงจากการทานยา การทำหัตถการในการซึ่งทำให้เกิดความทุกข์สบาย รวมถึงอุปสรรคทางด้านกรดำเนินชีวิต เช่น การมีความระวังมากขึ้นในการกิน การทำงานในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการรับรู้ต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคนำมาสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคและร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และสุทธยธิน แซ่ตัน (2563) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมีว (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรค

ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งมีส่วนในการร่วมทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ คือ การรับประทานอาหารรสจัดหรือลดเค็ม การลดอาหารไขมันสูง เป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ต้องทำงานทุกวันและเร่งรีบต้องพึ่งอาศัยการกินอาหารที่ปรุงเอง ปรุงสำเร็จจากตลาดหรือตลาดนัดซึ่งเป็นอาหารที่เน้นทานง่ายต้นทุนต่ำ ราคาถูก ใช้เวลาที่ประกอบอาหารรวดเร็ว ส่วนใหญ่เป็นอาหารทอด รสจัด มีส่วนประกอบของไขมันที่สูง ปริมาณโซเดียมสูง ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการทานอาหารได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจอมขวัญ รัตนพิบูลย์ (2566) พบว่ารูปแบบการผลิตอาหารแบบปรุงอาหารเองที่บ้านมีปริมาณโซเดียมอยู่ในระดับเริ่มเค็ม ร้อยละ 22.70 ส่วนรูปแบบการผลิตอาหารที่ได้จากการซื้อหรือปรุงสำเร็จ ร้อยละ 13.31 ความเค็มอยู่ในระดับเค็มมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวสุนธรา รตโนภาส และตรรกพร สุขเกษม (2565) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรกรรมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับกลาง อาจเป็นเพราะรับประทานอาหารตามความเคยชิน เลือกอาหารจากครัวเรือนและท้องตลาดโดยไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง และมีอิทธิพลในการดูแล ให้ความรู้ กระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนทางด้านสุขภาพจิต เช่น การให้กำลังใจ ช่วยลดความเครียดในกลุ่มตัวอย่าง แรงสนับสนุนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่นำมาสู่ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การออกกำลังกาย การทานอาหารที่ลดความเสี่ยง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่าง ลดความเครียดและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับลาย (2560) พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสตาพรม (2563) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและบทบาทสำคัญในสนับสนุนทางด้านสังคมในการป้องกันโรค ทั้งในรูปแบบการสนับสนุนมีความหลากหลายทั้งทางด้าน การให้ความรู้ การพัฒนาทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันโรค การกระตุ้นเตือน การให้รางวัลในการมีพฤติกรรมที่ดี รวมถึงการให้คำปรึกษาปัญหา

ทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียดจากการเจ็บป่วย ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความเครียดนำมาสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสตาพรม (2563) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรนำข้อมูลผลการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานในการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนในพื้นที่จังหวัดตาก
2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดตาก
3. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการพัฒนาสื่อและเทคโนโลยี และช่องทางในการสื่อสารการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหมาะสมกับเพศ อายุและสิทธิของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย
4. บุคลากรสุขภาพควรได้รับการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
5. สถานบริการสาธารณสุขควรพัฒนาความรู้ญาติและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเรื่องการประกอบอาหารและกินอาหารที่ลดหวาน มัน เค็มเน้นอาหารยอดนิยมในพื้นที่จังหวัดตากเพื่อลดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย
6. สถานบริการสาธารณสุขควรฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการคลายเครียดด้วยตนเองที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
7. สถานบริการสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือน ช่องทางการส่งต่อ การช่วยเหลือเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดตาก ในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางด้านครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากบุคคลกลุ่มดังกล่าว มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. อาร์ต ควอลิไฟท์.
- กฤษฎา จอดนอก, และณิตชาธร ภาโนมัย. (2563). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 13(2), 38-55.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-13 กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ. 2555-2560*. โรงพิมพ์ชินอักษรการพิมพ์.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาด้านความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. อักษรกราฟิค แอนด์ดีไซน์.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ*. กระทรวงสาธารณสุข. <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด*. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. <http://hed.go.th/linkHed/341>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561ก). *การเสริมสร้างและประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. <https://www.scribd.com/document/406967113/220120180914085828-linkhed-pdf>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561ข). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด*. <http://hed.go.th/linkHed/341>
- กัญญารัตน์ สมบัติธีร, และยุพา ถาวรพิทักษ์. (2562). อัตราตอบกลับแบบสอบถามและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการตอบแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ในสภานิติบัญญัติด้านการพยาบาลศาสตร์และสาธารณสุข. *วารสารวิจัย มช. (บค.)*, 15, 105-113.
- กัลยา ต้นสกุล. (2561). พฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาลในพื้นที่ตำบลเกาะหมาก อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง. *สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ งานประชุมวิชาการระดับชาติ (UTCC Academic Day) ครั้งที่ 2 (น. 1670-1685)*. สงขลา.

- กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). สามลดา.
- กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, และจิตติมา กัตัญญ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15* (น. 13-23). นครสวรรค์.
- กาญจนา โม่มมาลา, และพิสุทธิ์ คงขำ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 24(2), 172-185.
- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์. (2559). *ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช]. นนทบุรี.
- จรรยา สันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- จอมขวัญ รัตนพิบูลย์. (2566). *การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในครัวเรือนตำบลควบขุ่น อำเภอควบขุ่น จังหวัดพัทลุง ปี 2566*. วิชาการ สสจ.พัทลุง.
https://ptho.moph.go.th/ptvichakarn66/index_doc.php?docgroup = 03
- จักรพันธ์ เท็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- จิตติมา แสงสุวรรณ. (2560). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. .
- จิราวรรณ เจนจบ, และสุพัฒนา คำสอน. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกตุการ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2552). *แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ* *Concepts Theories and Application for Health Behavioral Development*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ฉัตรกมล ประจวบลาภ, และฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในหญิงวัยหมดประจำเดือน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 27-45.
- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และวิลาวัลย์ เสนารัตน์. (2553). *การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพ*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 62-77.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, และปิ่นมณฑิต บณฺฑนท. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 6-15.
- ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 22, 55-69.
- ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, หทัยชนก ไชยวรรณ, อลิสรา อยู่เลิศลพ, และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. (2560). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ณัฐนันท์ จันทพานิช, สุนีย์ ละกะปิ่น, และปาหนัน พิษยภิญโญ. (2561). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(3), 101-114.
- ดวงธิดา โสดาพร. (2563). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- เทิดไทย ทองอ่อน. (2554). *สรีรวิทยาระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด*. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ธนเทพ วณิชยากร. (2561). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย*. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option = article_detail&subpage = article_detail&id = 557
- ธัญญารัตน์ เสนาธรรม, ณรงค์ ใจเที่ยง, ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง, กิตติยา ไทยธวัช, สุนันทา ตั้งนิพนธ์, เทพนฤมิตร เมธนาวิณ, และวิชัย เทียรถาวร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแพ่ง จังหวัดแพร่. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 6(ฉบับเพิ่มเติม 2563), 1-14.

- นภาศรี ชัยสินอนันต์กุล, และนิจศรี ชาญณรงค์. (2553). *Hypertension and acute stroke* ใน *Basic and Clinical Neuroscience 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). *เอกสารคำสอนการสร้างเสริมสุขภาพ*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ, รัชนิกานต์ กล่องพุดชา, วรางคนนา สัตบุษ, และวิภาวรรณ รัชมี. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองบัว อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย. *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ครั้งที่ 2* (น. 163-170). กำแพงเพชร.
- นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, และชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 63-74.
- ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริทากุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 28-40.
- ประภัสสร โชคไพศาล. (2557). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ.
- ปรารณา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลัปลา. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233.
- ปรีดี ยศดา. (2561). *ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช]. นนทบุรี.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และศิริพันธ์ สาสัต์ย์. (2554). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีประสาทสัมผัสการรับรู้ และการเคลื่อนไหวผิดปกติจากประสาทส่วนกลาง*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรสวรรค์ คำพิพย์. (2556). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ.

- พัสดรารณ ปัญญาประชุม. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งช่องทางด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ.
- พิชญพร สายคำทอน. (2559). ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 12(2), 44-53.
- พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. หมอชาวบ้าน.
- ยุทธนา ชนะพันธ์, และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109-119.
- วรางคณา ผลประเสริฐ. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากร*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วริยา บุญทอง, และพัชรา พลเยี่ยม. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย.
- วสุนธรา รตโนภาส, และตรรกพร สุขเกษม. (2565). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลคลองพิไกร อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 16(1), 58-65.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2559). *ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วาสนา เหมือนมีว. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก.
- วิทวัส ศิริยงค์. (2561). ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 32(1), 863-870.
- ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่, วิณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรสุกุล, และธัญชนก กองทอง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(พิเศษ), 573-582.
- ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช. (2564). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. <https://www.si.mahidol.ac.th/center/sirirajstrokecenter/>.

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ฉบับปรับปรุง. โรงพิมพ์ทริค ดิงค์.
- สายสุณี เจริญศิลป์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ. (2566). การสูญเสียปีสุขภาวะ. เดอะ แชนดี เพรส.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2564). กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ. https://tak.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี. (2556). ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ ฉบับสรุปสาระสำคัญ. ธนาเพรส.
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน]. นครปฐม.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). วารสารควบคุมโรค, 43(4), 379-390.
- สุภา เกตุสถิตย์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี]. เพชรบุรี.
- สุนนี วัชรสินธุ์. (2560). หลักสูตรพยาบาลผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง). ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สุรินธร กลัมพากร. (2554). การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน. คลังน่านาวิทยา.
- อรุณ นุรักษ์เข. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองใหญ่. โอ กรุปเพรส.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model. สุขุมวิทการพิมพ์.
- อาณัติ วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชณี นามจันทร์. (2563). ศึกษาการรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. APHEIT Journal of Nursing and Health, 2(1), 30-44.

- Best, J. W. (1987). *Research in education* (2nd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. McGraw-Hill.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health science* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, & practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Ko, E. (2017). Factors Influencing Stroke Prevention Behaviour in Middle-aged Adults. *Journal of Korean Biological Nursing Science*, 22(4), 297-307. <https://doi.org/https://doi.org/10.7586/jkbns.2020.22.4.297>
- Larki, A., Tahmasebi, R., & Reisi, M. (2018). Factors Predicting Self-Care Behaviors among Low Health Literacy Hypertensive Patients Based on Health Belief Model in Bushehr District, South of Iran. *International Journal of Hypertension*, 2018, 9752736. <https://doi.org/10.1155/2018/9752736>
- Parappilly, B. P., Field, T. S., Mortenson, W. B., Sakakibara, B. M., & Eng, J. J. (2019). Determinants influencing the prestroke health behaviors and cardiovascular disease risk of stroke patients: a Cross-Sectional Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(6), 1509-1518.
- Ross, L. V. (2013). An Exploration of the Relationships between Health Promoting Behaviors and Stroke in African Americans.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). *On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity*. Tijdschrift Voor Onderwijs Research.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J., Culebras, A., Elkind, M. S., George, M. G., Hamdan, A. D., & Higashida, R. T. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089.

- 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 Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), 336-339.
- Wan, L.-H., Zhao, J., Zhang, X.-P., Deng, S.-F., Li, L., He, S.-Z., & Ruan, H.-F. (2014). Stroke prevention knowledge and prestroke health behaviors among hypertensive stroke patients in mainland China. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(2), E1-E9.





การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

สรุปลำดับชั้นความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1	เพศ	0	+1	+1	0.67
2	อายุ	+1	+1	+1	1.00
3	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	+1	+1	+1	1.00
4	ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
5	การศึกษา	+1	+1	+1	1.00
6	อาชีพ	+1	+1	+1	1.00
7	ท่านเป็นกลุ่มชาติพันธุ์	+1	+1	0	0.67
8	สิทธิการรักษา	+1	+1	0	0.67
9	สถานภาพสมรส	+1	+1	+1	1.00
10	รายได้ของครอบครัว	+1	+1	+1	1.00
11	น้ำหนักและส่วนสูง	+1	+1	0	0.67
12	ระดับความดันโลหิต	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	โรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เกิดที่หลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง	+1	0	+1	0.67
2.	โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดสมองในสมองตีบ อุดตันหรือแตก	+1	+1	+1	1.00

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
3.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ	+1	+1	+1	1.00
4.	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	+1	+1	+1	1.00
5.	ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00
6.	ผู้ที่มีอายุมากจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	+1	+1	+1	1.00
7.	อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปากเบี้ยวมุมปากตก แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง	+1	+1	+1	1.00
8.	เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด ภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที	+1	+1	+1	1.00
9.	เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดขึ้นในกรณีฉุกเฉินให้โทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	+1	+1	+1	1.00
10.	หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเสียชีวิตได้	+1	0	+1	0.67
11.	เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หากได้รับการรักษาภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที สามารถช่วยให้ป้องกันการเสียชีวิตและการพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	0	+1	0.67
12.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร หรือการจัดการความเครียด	+1	+1	+1	1.00

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
13.	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วอาจเกิดความรู้สึกได้	+1	+1	+1	1.00
14.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 30 นาทีต่อวัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	0	+1	0.67
15.	การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
2.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
3.	ผู้ที่มีประวัติญาติในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มียาติในครอบครัวป่วย	+1	+1	+1	1.00
4.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่ร่วมด้วยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
5.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00

3.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	การรับประทานอาหารรสจืดหรือลดเค็มทำได้ยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง	+1	+1	+1	1.00
2.	การลดอาหารไขมันสูง เป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง	+1	0	+1	0.67
3.	การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก เพราะการสูบบุหรี่เป็นวิธีการเดียวจะช่วยให้ท่านผ่อนคลายความเครียดได้	+1	+1	+1	1.00
4.	การเลิกหรือหยุดดื่มสุรทำได้ยาก เนื่องจากเป็นมารยาทในการเข้าสังคม	+1	0	+1	0.67
5.	การออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจากไม่มีเวลา	+1	0	+1	0.67
6.	ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต เนื่องจากมีอาการผิดปกติเช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ไอ คอแห้ง เป็นต้น	+1	0	+1	0.67

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดความพิการได้	+1	+1	+1	1.00
2.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน	+1	0	+1	0.67
3.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มภาระการดูแลให้กับคนในครอบครัว	+1	0	+1	0.67
4.	การสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่มือสองจะเพิ่มความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	+1	0	+1	0.67
5.	การดื่มสุรจะเพิ่มความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	+1	0	+1	0.67

3.4 การรับรู้ประโยชน์

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	การรับประทานอาหารจี๊ดหรือลดการรับประทาน อาหาร หวาน มัน เค็ม จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้	+1	+1	+1	1.00
2.	การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดบุหรี่ การงด เหล้าและควบคุมน้ำหนักตัวจะช่วยป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
3.	การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขแดง เครื่องใน สัตว์ เนื้อติดมัน จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้	+1	+1	+1	1.00
4.	การออกกำลังกายโดยการวิ่ง เดินเร็ว ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้	+1	+1	+1	1.00
5.	การผ่อนคลายความเครียดโดยการฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ ทำสมาธิ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้	+1	+1	+1	1.00
6.	การรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ไม่ หยุดยาเองจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ
นโยบายส่งเสริมสุขภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	สถานที่ตั้งสถานพยาบาลอยู่ในที่สามารถ เดินทางเข้ารับบริการได้สะดวก	+1	0	+1	0.67
2.	ระยะเวลาในการรอตรวจรักษาไม่นานเกินไป	+1	0	+1	0.67
3.	ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมายังสถานพยาบาล ราคาไม่แพง ยอมรับได้	+1	0	+1	0.67
4.	บุคลากรในสถานพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการ	+1	0	+1	0.67
5.	บุคลากรในสถานพยาบาลมีความเพียงพอในการให้บริการ	+1	0	+1	0.67

4.2 การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อความรู้ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	+1	+1	+1	1.00
2.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจาก อสม.	+1	+1	+1	1.00
3.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน	+1	+1	+1	1.00

ข้อ	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
4.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโทรทัศน์ วิทยุ	+1	+1	+1	1.00
5.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากแผ่นพับ ป้ายไวนิล บอร์ดประชาสัมพันธ์ หรือป้ายอื่น ๆ	+1	+1	+1	1.00
6.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในหมู่บ้าน	+1	+1	+1	1.00
7.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ เฟสบุค	+1	+1	+1	1.00

4.3 นโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	ในชุมชนของท่านมีสถานที่ในการออกกำลังกายสำหรับคนในชุมชน	+1	+1	+1	1.00
2.	ในชุมชนของท่าน มีการสนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกายในพื้นที่สาธารณะ	+1	+1	+1	1.00
3.	ในชุมชนของท่าน มีการประกาศนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยง จากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น งานศพปลอดเหล้า	+1	+1	+1	1.00
4.	ในชุมชนของท่าน มีการประกาศนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดการสูบบุหรี่ เช่น สวนสาธารณะปลอดบุหรี่	+1	+1	+1	1.00
5.	ในชุมชนของท่าน มีการสนับสนุนให้ประชาชนปลูกผักกินเอง ทุกครัวเรือน	+1	+1	+1	1.00

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์อัมพาต	+1	+1	+1	1.00
2.	เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยและขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวได้	+1	+1	+1	1.00
3.	สมาชิกในครอบครัวปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันจากเมล็ดทานตะวัน	0	+1	+1	0.67
4.	บุคคลใน ครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการออกกำลังกาย	0	+1	+1	0.67
5.	สมาชิกในครอบครัวท่านจัดทำอาหารรสชาติไม่หวาน มัน เค็ม ให้ท่านรับประทาน	0	+1	+1	0.67
6.	บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การชมเชย เมื่อท่านมีการปฏิบัติตัวที่ดีเช่น การออกกำลังกาย สม่่าเสมอ การลดอาหารเค็ม อาหารมัน	0	+1	+1	0.67
7.	บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลและกระตุ้นเตือนในเรื่องการพามาพบแพทย์ตามนัด	1	+1	+1	1.00
8.	บุคคลในครอบครัว/ญาติของท่านให้การ ช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมารักษา	0	+1	+1	0.67

5.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	เพื่อนบ้านของท่านแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง	+1	+1	+1	1.00
2.	เพื่อนบ้านของท่านสนับสนุนและชักชวนท่านไป ออกกำลังกาย	+1	+1	+1	1.00

5.3 การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	ผู้นำชุมชนสนับสนุนให้มีกิจกรรมออกกำลังกายใน ชุมชน เช่น สร้างสถานที่ออกกำลังกาย การจัด แข่งขันกีฬาในชุมชน	+1	+1	+1	1.00
2.	ชุมชนมักจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลมใน งานเลี้ยงต่าง ๆ	+1	+1	+1	1.00
3.	ชุมชนมักจัดเลี้ยงอาหารรสชาติหวาน มัน เค็ม ใน งานเลี้ยงต่าง ๆ	+1	+1	+1	1.00

5.4 การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกให้บริการตรวจคัดกรอง เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	+1	0	+1	0.67
2.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออก กำลังกายในชุมชน	+1	0	+1	0.67

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
3.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการจัดกิจกรรมเฉพาะ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ที่ยังเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	+1	1	+1	1.00
4.	ท่านสามารถติดต่อสื่อสารหรือพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี	+1	0	+1	0.67
5.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับท่าน	+1	0	+1	0.67

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร				
1.	ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอส ก่อนชิมอาหาร	+1	+1	+1	1.00
2.	ท่านกินอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำพริกกะปิ ปลาเค็ม เนื้อเค็ม	+1	+1	+1	1.00
3.	ท่านกินอาหารทอด เช่น ไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋	+1	+1	+1	1.00
5.	ท่านกินอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้	+1	+1	+1	1.00
6.	ท่านดื่มชาหรือกาแฟ โดยมีการเติมน้ำตาลและหรือครีมเทียม (คอฟฟี่เมต)	+1	+1	+1	1.00
7.	ท่านกินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงคั่ว กุ้งยวชชี บัวลอย ลอดช่อง	+1	+1	+1	1.00
8.	ท่านกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ปิ้ง	+1	+1	+1	1.00

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
	พฤติกรรมกรออกกำลังกาย				
9.	ท่านกินผักอย่างน้อยสามสี เช่น ผักสีเขียว ผักสีแดง และผักสีเหลือง	+1	0	+1	0.67
10.	ท่านกินขนมกรุบกรอบเป็นถุง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง หรืออื่น ๆ	+1	+1	+1	1.00
11.	ท่านออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น เดินเร็ว รำไม้พอง แกว่งแขน	+1	0	+1	0.67
12.	ท่านมีรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมเป็นการนั่งเป็นส่วนใหญ่	+1	0	+1	0.67
13.	ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย	+1	0	+1	0.67
14.	ท่านออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที/วัน	+1	0	+1	0.67
	พฤติกรรมกรงดสารเสพติดและการงดบริโภคแอลกอฮอล์				
15.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	+1	+1	+1	1.00
16.	ท่านสูบบุหรี่	+1	+1	+1	1.00
17.	ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด	+1	0	+1	0.67
	พฤติกรรมกรรับประทานยา				
18.	ท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	+1	+1	+1	1.00
19.	ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยไม่มีการปรับยารับประทานเอง	+1	+1	+1	1.00
20.	เมื่อท่านลืมกินยา ท่านรับประทานยาทันที	+1	+1	+1	1.00
	พฤติกรรมกรจัดการกับความเครียด				
21.	ท่านนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ หรือปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อผ่อนคลายความเครียด	+1	+1	+1	1.00

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			IOC
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
22.	เมื่อท่านไม่สบายใจหรือกังวลท่านจะหากิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น ฟังเพลง ดูทีวี ปลูกต้นไม้	+1	+1	+1	1.00
23.	ท่านผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการนวดกดจุดตามร่างกาย	+1	+1	+1	1.00
24.	เมื่อท่านมีเรื่องเครียด ท่านจะพูดคุยกับบุคคลที่ท่านไว้วางใจ เช่น เพื่อนสนิท พ่อแม่	+1	0	+1	0.67
พฤติกรรมมาตรวดตามนัด					
25.	ท่านมาตรวดตามนัดทุกครั้ง	+1	0	+1	0.67
26.	ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์นัด	+1	0	+1	0.67
พฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไป					
27.	ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือปลายเท้า เพื่อมาพบแพทย์ทันที	+1	+1	+1	1.00
28.	ท่านชั่งน้ำหนักหรือสังเกตการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก	+1	0	+1	0.67