

# แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

## Health Belief Model and The Risk of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension

บุปผา วิริยรัตนกุล\*<sup>1</sup> จริยา ทรัพย์เรือง<sup>2</sup> พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน<sup>1</sup> ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์<sup>1</sup>

Buppar Viriyaratnakul\*<sup>1</sup> Jariya Supruang<sup>2</sup> Phornsawan Chuajedton<sup>1</sup> Natchayaporn Tangdomrongsin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 57100

<sup>1</sup> School of Nursing, Maefahluang University, Chaingrai, Thailand 57100

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

<sup>2</sup> Faculty of Nursing Huachiew Chalemprakiet University, Samut Prakan, Thailand 10540

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ อายุ 40 ปี ที่ขึ้นที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะค่า จำนวน 180 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแงะ จำนวน 170 คน อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 ทดสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าระหว่าง 0.85-0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson product moment ที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติ  $< .05$

ผลการวิจัย พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r = 0.633, p < .001$  และ  $r = 0.654, p < .001$  ตามลำดับ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.503, p < .001$ ) สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.505, p < .001$ ) และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมากกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r = -0.853, p < .001$ ) พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ การรับรู้สิ่งชักนำ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

**คำสำคัญ:** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

\*ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: buppar.vir@mfu.ac.th

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ประจำปีงบประมาณ 2564

## Abstract

This study aimed to examine the association of health belief model with preventive behavior and risk of stroke among patients with uncontrolled hypertension. Sample is patients with uncontrolled hypertension aged 40 years and above at San Makha Tambon Health Promotion Hospital, number of 180 people, and Pa ngae Tambon Health Promotion Hospital, number of 170 people. Data were collected by using a questionnaire created by the researcher. Content validity of the questionnaire was verified by the 3 experts and the CVI was 0.89. Reliability was using Cronbach's alpha coefficient and the reliability was 0.85 – 0.88. Data analysis were frequency, percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation, and Pearson Product Moment ( $p < .05$ ).

The results show that health belief model and the risk of stroke among patients with uncontrolled hypertension prevention behavior ( $r = 0.633$ ,  $p < .001$  และ  $r = 0.654$ ,  $p < .001$  respectively). Perceived disease severity was lowly positive correlated with the prevalence of stroke among patients with uncontrolled hypertension ( $r = 0.503$ ,  $p < .001$ ) and what conducive to practice has a very low positive relationship with stroke among patients with uncontrolled hypertension ( $r = 0.505$ ,  $p < .001$ ). Perceived barriers to behaviors for disease prevention were significantly negatively correlated with stroke among patients with uncontrolled hypertension prevention behaviors ( $r = -0.853$ ,  $p < .001$ ) Anyhow, Perceived induction was statistically significant associated with a low level of body mass index, waist circumference, total cholesterol, blood pressure ( $p < .001$ ).

**Keywords:** Health Belief Model, stroke, Prevention behavior, The risk of stroke, uncontrolled hypertension

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วยโดยตรงมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความพิการให้หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ องค์การอนามัยโรค รายงานว่า พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง<sup>1</sup>

สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจากโรคเบาหวาน และสาเหตุ

หลักของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ<sup>2</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยทั่วประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดย พ.ศ. 2559 พบ 451.39 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 506.20 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2561<sup>3</sup> สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2554-2556) พบว่า อัตราตายเฉลี่ยจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 38.1 ต่อประชากรแสนคนแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง<sup>4</sup>

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ คือ (1) อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 10 ปีของอายุเพิ่มขึ้น (2) เพศ เพศชายเสี่ยงต่อการเป็นโรค 15 เท่า ของเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเป็นปัจจัยสำคัญ แต่เมื่ออายุมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงเพศชาย และพบว่าเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (3) ชาติพันธุ์ คนผิวดำเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า คนผิวขาวทั้งเพศชายและเพศหญิง (4) พันธุกรรม บุคคลที่มีบิดา

หรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้ และพบว่าปัจจัยด้านบิดามีความเสี่ยงเท่าของด้านมารดา ทั้งนี้ผู้ที่มีการตรวจพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าบุคคลทั่วไป<sup>6</sup>

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้มีหลักฐานชัดเจนว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ จะทำให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดต่ำลง ได้แก่ (1) ความดันโลหิตสูงเป็นความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติ<sup>7</sup> (2) การสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดต่ำลงเพิ่มขึ้นสองเท่าในกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (3) โรคอ้วนโดยเฉพาะที่มีไขมันสะสมบริเวณลำตัว (Obesity and body fat distribution) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25 ถึง 29.9 ถือว่ามีน้ำหนักตัวเกิน และถ้ามีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน โดยความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.6 เท่าของคนปกติ (4) การไม่ออกกำลังกาย (Physical inactivity) กลุ่มประชากรที่ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มประชากรที่ออกกำลังกายเป็นประจำประมาณ 2.7 เท่า ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและ โปแทสเซียมต่ำร่วมกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง<sup>8</sup>

ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ด้วยการควบคุมระดับความดันโลหิตที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง<sup>9</sup>ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม<sup>10</sup>

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเน้นที่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพนี้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานเค็ม รับประทานอาหารที่มีผักเป็นหลัก ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ควบคุมระดับไขมันในเลือด และมีการออกกำลังกาย<sup>11</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การป้องกัน โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดนั้นสำคัญอย่างยิ่ง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง อย่างถูกต้อง กระทำอย่างสม่ำเสมอจึงจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้<sup>12</sup>

สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเกือบทั้งหมดมาจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเค็มและการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ<sup>13</sup> มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้น ๆ แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความนึกคิดความเข้าใจจนเกิดเป็นความเชื่อ (Belief) ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเช่นนั้น ๆ ในครอบครัวหรือขยายสู่สังคมเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่มีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา<sup>15</sup> โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคเมื่อบุคคลมีการรับรู้และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคที่สำคัญ ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนภาคเหนือ พบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างออกไปในแต่ละพื้นที่ ร่วมกับวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและขาดความตระหนักในการรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดโรคเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง<sup>16</sup> การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคของบุคคล คือ บุคคลนั้น ๆ รับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องมี

ประโยชน์ และรับรู้ว่าคุณไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นนั้นด้วยเหตุใด การรับรู้เหล่านี้เป็นแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีการกระทำ/การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคนั้น ๆ การรับรู้ดังกล่าวสามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง<sup>11,16</sup> การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติของสังคมใดสังคมหนึ่ง นอกจากได้รับการส่งเสริมทบทวนแล้ว บริบทของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสังคมนั้น ๆ ยังเป็นตัวกำกับให้คนในสังคมมีการปฏิบัติตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ที่เชื่อมโยงถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือ ในการป้องกันโรคนั้น และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติดังนั้นก็จึงจำเป็นต้องสร้างให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตำบลป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อมูลผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คือ การป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคกับประชาชนจึงให้ความสำคัญกับผลกระทบที่จะเกิดจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและระบบสุขภาพ<sup>15,16</sup>

การศึกษาครั้งนี้อยู่บนกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>14,16</sup> (Health Belief Model : [HBM]) 24 ม.ค 2565 ซึ่งกล่าวว่า นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นตัวที่จะกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ แล้ว ปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการรับรู้ของบุคคลยังมีผลต่อการป้องกันโรคทำให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรม ในการป้องกันโรคได้ด้วย ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>13,16</sup> จึงมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying factors) ซึ่งการประเมินแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้ น่าจะช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทที่สำคัญ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต ได้ดี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ กับพฤติกรรมป้องกันและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

### คำถามการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพศชายและเพศหญิงที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะค่า จำนวน 180 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแงะ จำนวน 170 คน อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติซึ่งทั้งหมดมีจำนวน 350 คน ผู้วิจัยจึงศึกษาทั้งหมด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสถานะทางสุขภาพ เป็นคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติของร่างกาย และสิทธิการรักษาพยาบาล รวม 10 ข้อ นอกจากนี้มีการสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีทั้งหมด 5 ด้าน เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด รวม 30 ข้อ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 ด้าน คือ 1. การรับประทานอาหาร และ 2. การออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติ เป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติ นานๆครั้ง และไม่เคย ปฏิบัติรวม 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากเครื่องมือแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. เครื่องมือแบบบันทึกการตรวจร่างกายที่แสดงค่าความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89 และนำไปหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 30 รายได้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตั้งแต่ 0.85-0.88

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะค่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแงะ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ์ วัตถุประสงค์ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบอย่างละเอียด โดยให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยและเซ็นชื่อในหนังสือแสดงความยินยอม ตรวจร่างกายเพื่อหาค่าความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับบันทึกผล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งประกอบด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson Product Moment ที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลและสถานะทางสุขภาพ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือร้อยละ 46.5 : 35.4 มีอายุ 40-49 ปีมากที่สุดร้อยละ 32.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 44.6 การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าร้อยละ 41.9 ทำงาน ร้อยละ 61.5 มีรายได้ของตนเอง เฉลี่ยต่อเดือน 18,500 บาท มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 35.9 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดคืออาการปวดศีรษะร้อยละ 32.5

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน (n = 350)

| แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ |
|----------------------------------------------------|-----------|------|--------------------------------|
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง     | 3.38      | 0.61 | ปานกลาง                        |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง             | 3.68      | 0.55 | มาก                            |
| การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม             | 3.28      | 0.72 | ปานกลาง                        |
| การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง                         |           |      |                                |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม              | 3.45      | 0.61 | ปานกลาง                        |
| เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง                       |           |      |                                |
| สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ                             | 3.88      | 0.45 | มาก                            |
| โดยภาพรวม                                          | 3.53      | 0.49 | ปานกลาง                        |

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 350)

| พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ระดับพฤติกรรม |
|-------------------------------------------|-----------|------|---------------|
| ด้านการรับประทานอาหาร                     | 3.18      | 0.37 | ปานกลาง       |
| ด้านการออกกำลังกาย                        | 3.09      | 0.67 | ปานกลาง       |
| โดยรวม                                    | 3.14      | 0.52 | ปานกลาง       |

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหารระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 350)

| การมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง                                 | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| ดัชนีมวลกาย BMI มากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>                  | 200        | 57.1   |
| เส้นรอบเอว - เพศชายเส้นรอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร                     | 180        | 51.4   |
| - เพศหญิงเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร                               | 170        | 48.6   |
| ความดันโลหิต ความดัน Systolic ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป          | 183        | 52.3   |
| หรือความดัน Diastolic มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างใดอย่างหนึ่ง       |            |        |
| หรือทั้งสองอย่าง                                                       |            |        |
| มีความเสี่ยง (ระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป) | 180        | 51.5   |

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการคำนวณค่าดัชนีมวลกายร้อยละ 57.1 จากเกณฑ์ความยาวเส้นรอบเอวในเพศชาย ร้อยละ 51.4 เพศหญิงร้อยละ 48.6 จากเกณฑ์ ค่าความดันโลหิต ร้อยละ 52.3 ระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ร้อยละ 51.5 และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและโดยรวม (n = 350)

| แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ              | พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง |         |                |         |        |         |
|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|----------------|---------|--------|---------|
|                                        | การรับประทานอาหาร                      |         | การออกกำลังกาย |         | โดยรวม |         |
|                                        | r                                      | p-value | r              | p-value | r      | p-value |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค      | 0.645                                  | < 0.001 | 0.620          | < 0.001 | 0.633  | < 0.001 |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค              | 0.585                                  | < 0.001 | 0.420          | < 0.001 | 0.503  | < 0.001 |
| การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม | 0.658                                  | < 0.001 | 0.650          | < 0.001 | 0.654  | < 0.001 |
| การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง             |                                        |         |                |         |        |         |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม  | -0.866                                 | < 0.001 | -0.840         | < 0.001 | -0.853 | < 0.001 |
| เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง           |                                        |         |                |         |        |         |
| สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ                 | 0.524                                  | < 0.001 | 0.485          | < 0.001 | 0.505  | < 0.001 |

จากตารางที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

#### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางและระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง<sup>15</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี<sup>16</sup> อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีความแตกต่างกัน โดยพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้เป็นภาคเหนือตอนบน ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นไปตามแนวคิดของ Becker and Maiman<sup>3</sup> ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผลเสีย การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมาก (r = -0.866 p < .001) กับ

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง<sup>13</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง<sup>14</sup>

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบอยู่ 2 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย จากผลการศึกษาพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าการศึกษาสอดคล้องกับการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางจึงพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงมาก ( $r = -0.853, p < .001$ ) ผู้วิจัยจึงควรส่งเสริมและหาแนวทางให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของทหารประจำการที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าควรส่งเสริมสุขภาพและหาแนวทางในทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรวมด้วย<sup>14</sup>

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก./ม.2 ร้อยละ 57.1 ความยาวเส้นรอบเอวในเพศชายและเพศหญิงเกิน มาตรฐานร้อยละ 51.4 และร้อยละ 48.6 ตามลำดับ มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 52.3 และระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 51.5 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นไปทั้ง 4 อย่างซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกคือ มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเลือดสูงกว่ามาตรฐานตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคความดันโลหิตสูง ประเทศไทย กำหนดไว้ใน พ.ศ. 2563 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กัน

อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางก็ตาม เนื่องจากการควบคุมความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ช่วยสร้างแรงจูงใจ ให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าวและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำการวิจัย

1. ผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้วางแผนการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นกิจกรรมให้ความรู้ ให้การสนับสนุนเพื่อนบ้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะเรื่องอาการเตือน และด้านอาหาร เพื่อสามารถนำไปใช้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ได้อย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบของการสร้างเสริมสนับสนุนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข
2. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

## References

1. Sikaew C. Public health predict Thai people suffer with stroke almost 5 million in the next 8 years. Thairath. 14 Oct 2021; 12. (in Thai)
2. Jaikhamwang N. Risk behaviors of diabetes and hypertension risk groups: A case study in Ban Pak Ka Yang sub-district health promoting hospital, Sukhothai province. Journal of community development and quality of life. 2018; 32(3): 51-66. (in Thai)
3. Becker, M. H., Maiman, L.A. sociobehavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. Medical care. 1975; 13: 10-24.
4. Yuerak K, Limchiarunreung S, Singhchangchay P. Promoting Islamic exercise in housewives, Pattani province. Journal of graduate school of Islamic university of Yala. 2018; 5: 83-96. (in Thai)
5. Phaitrakoon J, Chulakarn N. Cultural Understanding of Health in Thai Elderly Muslims Journal of Princess Naradhiwas University. 2016; 8: 142-152. (in Thai)
6. Hmadsa S. Effects of self-management program on glycemic control behaviors and a1c in Muslim women with stroke. Bangkok: Rangsit university; 2018. (in Thai)
7. Sahaphan A. Factors predicting diabetes prevention behaviors among those at risk For stroke. Bangkok: Mahidol university. 2017. (in Thai)
8. Jindawattanawong A, Peiysue N, Nintajan P. Relationship between perceived health beliefs and protective behaviors of Stroke in high school students. Journal of ramathibodi nursing. 2018; 18: 58-69. (in Thai)
9. Joychoo N, Pinyopasakul W, Chareonkitkarn V. Relationships among Age, Perceived Benefits of Health Behaviors, Perceived Barriers of Health Behaviors and Health Behaviors in Patients with Ischemic Stroke. Ramathibodi Nursing Journal. 2018; 20: 236-248. (in Thai)
10. Buapum P, Kulrattanawiroj P. Health promoting behaviors of patients with chronic illness in Chainat province. Journal of Thaksin university. Issup 2020; 14(3): 199-205 (in Thai)
11. Tangthanapongsa A. Factors affecting health promoting behaviors of Stroke. Nakhon Pathom: Christian university. 2018. (in Thai)
12. Annesi J, Gorjala S. Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. Biopsychosocial medicine. 2018; 10: 12-28. (in Thai)
13. Khamtanod S, Kengkanpanich T, Tansakul S, Kengkanpanich M. Application of self-efficacy theory to behavior modification diet and physical activity of women with obesity Samkoh hospital, Ang-Thong province. Journal of health education. 2018; 36: 30-44. (in Thai)
14. Kessin J, Wiruchagool P, Lohnil A. Self-management knowledge, quality of life in new cases with, of Stroke patients self-management program in urban areas, Uthaitani province. Journal of nursing prince of songkhla university. 2018; 40: 84-103. (in Thai)
15. Intrarwichian S. Changing health behavior by participate to sustainable in the Stroke risk group, Kasetwisai district, Roi-et province. Journal of disease prevention and control. 2018; 19(2): 65-75. (in Thai)
16. Silangin P. Factors Related to Self-care Behaviors among Elderly of Phayao Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 17(3): 54-62. (in Thai).