ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

The Relationship Between Health Belief Model for Stroke Prevention Among Patients with Uncontrolled Hypertension

ชุติมา ทองบ้านทุ่ม[1], อัจฉรา เดชขุน[1], นงนุช จิตร์นิวรณ์[2], จริยา ทรัพย์เรือง[1],
ณัฐรดา แฮคำ[3], รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์[4]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,
[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองด่าน หมู่ 1,
[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, [4]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Chutima Thongbantum[1], Adchara Dejkun[1], Nongnut Jitniwon[2], Jariya Supruang[1],
Natrada Haekham[3], Romthanika Faimuenwai[4]
[1]Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University,
[2]Khlong Dan Moo 1 of Tambon Health Promoting Hospital,
[3]Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University,
[4]School of Nursing, Rangsit University

Corresponding Author: supruang@gmail.com
Received 2026 Mar 29, Revised 2026 Apr 28, Accepted 2026 Apr 29
DOI:

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 196 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ 0.89-0.93 และรายฉบับระหว่าง 0.85-0.98 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รายด้านเท่ากับ 0.86-0.89 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.58, S.D.= 0.55) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (r= 0.76, r= 0.58, r= 0.54, r= 0.52 และ r= 0.45, p<.001) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -0.68, p<.001)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine related to Health Belief Model for Stroke Prevention Among Patients with Uncontrolled Hypertension. The sample consisted of 169 cases were obtained by random sampling. The Data were collected by using a questionnaire created by the researcher with item content validity index between 0.89-0.93 and all item between 0.85-0.98 and reliability between 0.86-0.89. Data collection were carried out from June until November 2024. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were used to analyze data. The result of this research revealed that the sample group had overall, it was at a moderate level (M= 2.58, S.D.= 0.55). Perceived self-efficacy, perceived benefits of action, perceived severity, cues to action, and Perceived Barriers had a positive correlation with Stroke Preventive Behaviors with statistical significance (r= 0.76, r= 0.58, r= 0.54, r= 0.52, and r= 0.45, p<.001, respectively). Perceived susceptibility had a negative correlation with Stroke Preventive Behaviors with statistical significance (r= -0.68, p<.001).

Keywords: Stroke Preventive Behaviors, patients with uncontrolled hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่สมองขาดเลือด [1] ไปหล่อเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตกส่งผลให้เซลล์สมองตาย [2] ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลกและ ปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า [3] สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2564-2568 อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 38.6 ต่อประชากรแสนคน [4] ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 43.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยจังหวัดสมุทรปราการพบว่า ในปี พ.ศ. 2568 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดลือดสมอง 8.02 ต่อประชากรแสนคน [5]

โรคหลอดเลือดสมองจะพบมากในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ (adjusted OR 8.94;95% CI 1.47-54.34) โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยิ่งทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 9 เท่า [6-7] มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวได้ [8] ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เนื่องจากจากโรคนี้มีผลทำให้เกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการตีบ อุดตัน หรือแตกได้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 2,230 เท่า [9] เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองอาจ

ส่งผลให้เกิดระดับความรู้สึกตัวลดลง สูญเสียการรับรู้หรือการรับรู้บกพร่อง เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและทุพพลภาพเร็วขึ้น [8-9] จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบอย่างรุนแรง ดังนั้นถ้าหากมีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะได้ช่วยลดผลกระทบดังกล่าว [10]

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยการปฏิบัติหรือมีการดำเนินชีวิต (life style) ที่เหมาะสม [11] ได้แก่การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายที่พอเพียง และการจัดการความเครียด [12] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ลดอาหารที่มีโซเดียมสูง ไขมันสูง อาหารหรือผลไม้รสหวานจัด งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การทำจิตใจให้แจ่มใส และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตามแผนการรักษาจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ [13] นอกจากนี้การออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ จะสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ [12-13] การที่บุคคลปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคนั้น นอกจากบุคคลจะมีความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับโรคแล้ว ความเชื่อหรือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจ่อโรคนั้น ๆ ยังมีความสำคัญโดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) [14] กล่าวว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยในการกระตุ้นให้บถคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของคน ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อของการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อป้องกันโรคได้

จากการศึกษาข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ พ.ศ. 2564-2567 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 6.72, 4.53, 15.85, และ 26.98 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบสาเหตุอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีมากถึง 1,850 คน (ร้อยละ 68.75) และควบคุมความดันโลหิตได้เพียง 841 คน (ร้อยละ 31.25) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต [15] จากการสำรวจข้อมูลวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ในชุมชนบางบ่อ พ.ศ. 2566-2567 พบว่าปัจจัยที่ทำให้คนในชุมชนบางบ่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาจากพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับด้านการบริโภคอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ของหมักดอง กะปิ น้ำปลา ร้อยละ 35.68 พฤติกรรมการรับปประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 32.68 ความเครียด ร้อยละ 22.45 พฤติกรรมการไม่มาตามนัด ร้อยละ 21.10 และพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 20.45 [16] จากปัญหาดังกล่าวพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้นๆ แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความนึกคิด ความเข้าใจจนเกิดเป็นความเชื่อ (Belief) ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเรื่องนั้น ๆ จากครอบครัวขยายสู่สังคมเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่มีทั้งที่ถูกต้องและที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย สอดคล้องกับ

การศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนภาคกลาง พบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างออกไปในแต่ละพื้นที่ ร่วมกับวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และขาดความตระหนักในการรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง [17] ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคของบุคคล คือ บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องมีประโยชน์ และรับรู้ว่าตนไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นนั้นด้วยเหตุใด การรับรู้เหล่านี้เป็นแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของบุคคล ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะคุกคามของโรคเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น

ดังนั้นการศึกษาโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่ยัง พบงานวิจัยที่ศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวนน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

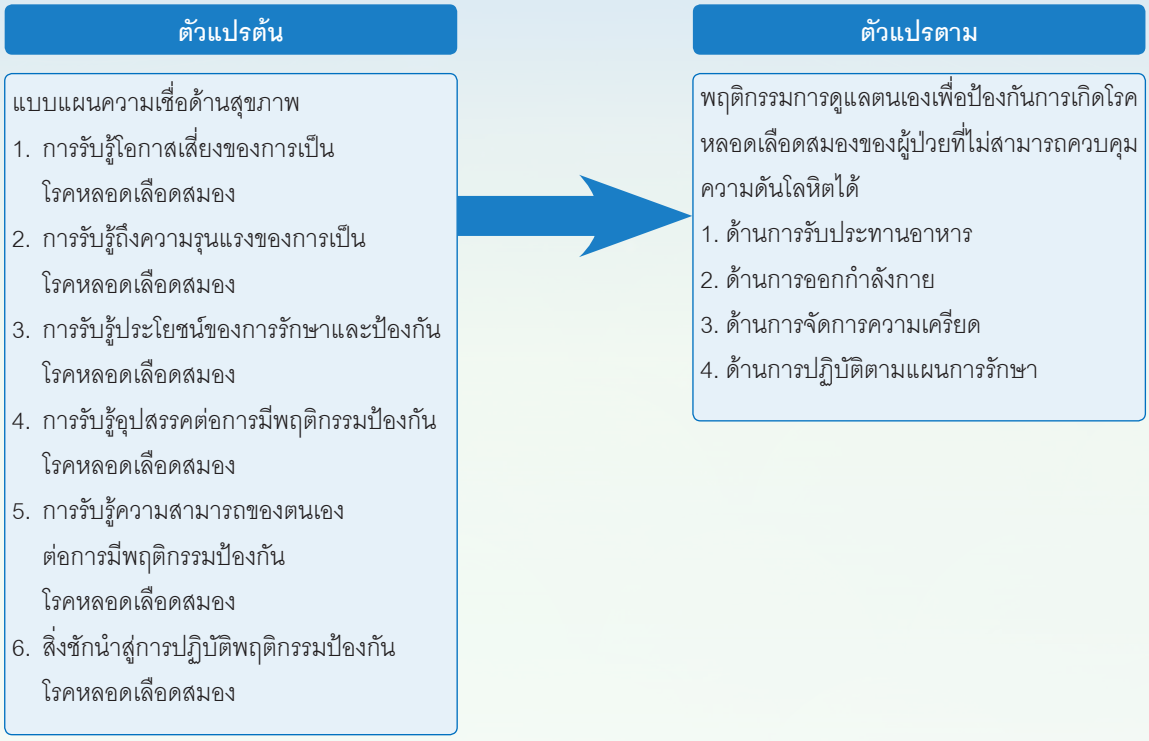
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต๊อก [14] ซึ่งอธิบายว่าความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของบุคคลในพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวสามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านจัดการความเครียด ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังภาพ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทั้งเพศชายและ เพศหญิงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่าง เดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 2,691 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 35-70 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินความเสี่ยงด้วย Thai CV Risk Score [18] ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (≥140/90 มม.ปรอท ต่อเนื่อง ≥3 เดือน) แม้ได้รับการรักษา มีระยะเวลาป่วย ≥1 ปี มีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะรุนแรงหรือมีปัญหาทางจิตเวชที่กระทบการให้ข้อมูล ผู้ป่วยในช่วงนอนโรงพยาบาล ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน หรือมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารอย่างรุนแรง [4]

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณด้วยโปรแกรม G power version 3.1.9.7 สำหรับ Correlation: Bivariate normal model กำหนดระดับนัยสำคัญ effect size 0.15 ตามเกณฑ์ของ Cohen [19] α error = 0.05, power = 0.95, number of predictors = 11 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้[13] นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G power ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 คน และผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.00 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 196 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประชากรของการศึกษานี้ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งมารับบริการ คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 2,691 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักสถิติ พบว่าจำเป็นต้องมีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 196 คน จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)[20] โดยจัดทำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (without replacement) จนครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสถานะทางสุขภาพผู้วิจัยได้สร้างเอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนการออกกำลังกาย อาการผิดปกติของร่างกาย และสิทธิการรักษาพยาบาล

2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ[14] จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกได้เป็น 6 ด้านลักษณะข้อคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) ใช้มาตราวัดลิเคิร์ท [21]

การแปลผลคะแนนจะเป็น คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตาม Best[22] คือ

3.01-4.00 = ระดับการรับรู้สูง
2.01-3.00 = ระดับการรับรู้ปานกลาง
1.01-2.00 = ระดับการรับรู้ต่ำ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ถึงไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ใช้มาตราวัดลิเคิร์ท [21] การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนจะเป็น คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ [22] คือ

3.01-4.00 = ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดี
2.01-3.00 = ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปานกลาง
1.01-2.00 = ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และด้านการพยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงได้ค่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ 0.89-0.93 และรายฉบับระหว่าง 0.85-0.98 และนำไปหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 30 รายได้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รายด้านเท่ากับ 0.86-0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยจะสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

3. การตอบแบบสอบถามการวิจัย ใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบและรวบรวมไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งประกอบด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดย Pearson's product moment correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้เลข HCU-E1491/2567 วันที่รับรอง 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.61 โดยมีอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.63 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.72 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 54.54 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.60 มีรายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.34 ปี (S.D.= 2.25) โดยมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอยู่ระหว่าง 5-9 ปี ร้อยละ 59.33 มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 55.91 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 42.52

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำแนกเป็นรายด้าน (n=196)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้	M	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการบริโภคอาหาร	2.45	0.65	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.68	0.52	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการความเครียด	2.43	0.61	ปานกลาง
4. ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	2.76	0.59	ปานกลาง
โดยภาพรวม	**2.58**	**0.55**	**ปานกลาง**

จากตาราง 1 พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.58, S.D.= 0.55) โดยด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับปายกลาง (M= 2.76, S.D.= 0.59) และรองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย (M = 2.68, S.D.= 0.52)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ณ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำแนกเป็นรายด้าน (n=196)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับพฤติกรรม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.68	0.81	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเลือดสมอง	2.54	0.59	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.42	0.66	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.62	0.65	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ	2.40	0.45	ปานกลาง
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.77	0.78	ปานกลาง
ภาพรวม	**2.57**	**0.59**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.57, S.D.= 0.59) ส่วนรายด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (M= 2.77, S.D.= 0.78) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (M= 2.68, S.D.= 0.81) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง		
	r	*p*-value	ระดับความสัมพันธ์
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	-0.68	<.001**	ปานกลาง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.54	<.001**	ปานกลาง
3. การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.58	<.001**	ปานกลาง
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	0.45	<.001**	ต่ำ
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.76	<.001**	สูง
6. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	0.52	<.001**	ปานกลาง
ภาพรวม	**0.56**	**<.001****	**ปานกลาง**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r= 0.76) ต่อมาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อของโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง (r= -0.68) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรค (r= 0.54, r= 0.58 และ 0.52) สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (r= 0.45) และภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรค (r=0.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.58, S.D.= 0.55) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.61 โดยมีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.63 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและคนในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างนี้จะมุ่งเน้นการทำงานเพื่อหารายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ขาดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง [10-13]

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและต้องรักษาโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ภาวะหลอดเลือดสมองภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อร่างกาย จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ [10, 23]

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรค (r= 0.58, p=0.001) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและต้องรักษาโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและจะดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งตรงกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ [14] พบว่าบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ภาวะหลอดเลือดสมองภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง และเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อร่างกายจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ [10]

2.3 การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของการรักษาและป้องกันโรค เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ จะยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เช่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และการพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ไม่เกิดโรคจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา วิจัย พบว่า การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษา การลดปัจจัยเสี่ยงเช่น งดการสูบบุหรี่ จะช่วยการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (r=.249, p=.009) ซึ่งตรงกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งกล่าวไว้ว่าการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ หายจากโรค

หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค [13-14]

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r= 0.45) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจไม่รู้สึกว่าการไปพบแพทย์ตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคหรือการสูญเสียเวลาเมื่อต้องมาพบแพทย์ตามนัดเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรค สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผลเสียพบแพทย์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง [14-15]

2.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r= 0.76) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะจัดการความดันโลหิตและพฤติกรรมตนเองอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อการปฏิบัติมากขึ้น ยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นจะป้องกันโรคได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนทางบวกและนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรคตามมา เช่น การที่บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคล ในครอบครัวได้ครอบครัวมีการกระตุ้นให้ไปพบ แพทย์ตามนัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น [17]

2.6 การรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r= 0.52) อยู่ระดับปานกลาง คือ ไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดความเจ็บป่วย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังรับรู้ไม่เพียงพอว่าการไปพบแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ดีกว่าปล่อยให้เป็นโรคที่รุนแรงแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่าสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาระดับความสนใจสุขภาพ โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก คือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม [15-19]

2.7 ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r= 0.56) อยู่ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าองค์ประกอบ 5 ภาพรวมของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้

ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคช่วยลดความรุนแรงของโรค การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะมีผลทำให้เกิดความตระหนักหรือรับรู้ว่าปัญหาทางสุขภาพของตนในขณะนี้เป็นเรื่องที่สำคัญจึงต้องแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะ คุกคามเหล่านั้นอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13]

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาสามารถนำมาวางแผนกับบุคลากรทางสุขภาพครอบครัว และชุมชน ในการนำไปออกแบบระบบการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำ และร่วมกันหาแนวทางการป้องกันโรคผ่าน แอปพลิเคชัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

2. นำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นตามผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ต้องขังชายกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ชุติมา ทองบ้านทุ่ม, กิษรา มาศโอสถ, นงนุช จิตร์นิวรณ์, จริยา ทรัพย์เรือง, ณัฐรดา แฮคำ, รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2569;11(2):163-176.

Suggested citation for this article

Thongbantum C, Masosat K, Jitniwon N, Supruang J, Haekham N, Faimuenwai R. The Relationship Between Health Belief Model for Stroke Prevention Among Patients with Uncontrolled Hypertension. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2026;11(2):163-176.

เอกสารอ้างอิง

1. Hinkle JL, Cheever KH, Overbaugh K. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 15th ed. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2021.
2. World Stroke Organization. Annual Report 2021. Geneva: World Stroke Organization; 2021.
3. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2025. Cardiovascular diseases (CVDs); 2025 [cited 2026 March 15]; [about 1 screens]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. HDC Health Data Center [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; c2025. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2568]; [ประมาร 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
6. กาญจนา โม่มาลา, พิสุทธิ์ คงขำ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเก่า อำเภอโพธิ์ธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2563 24(2):172-85.
7. ชูชาติ กลิ่นสาคร, สุ่ยถิน แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(2):62-77.
8. ณัฐดนัย สดคมขำ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2565;2(2):25-36.
9. ปริศนา อัครธนพล, ธมกร อ่วมอ้อ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, นพนัฐ จำปาเทศ, ดิเรก ภู่แจ้ง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาวะ. 2567;28(1):92-101.
10. สิรีรักษ์ วาโยบุตร, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารสภาการพยาบาล. 2568;40(2):191-209.
11. ตวงพร พิกุลทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยงในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร [ปริญญานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
12. สรัญธร ทองวิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):290-98.

13. บุบผา วิริยรัตนกุล, จริยา ทรัพย์เรือง, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(2):199-207.
14. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988 Summer;15(2):175-83. doi: 10.1177/109019818801500203.
15. โรงพยาบาลบางบ่อ. รายงานผลข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2564-2567. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลบางบ่อ; 2567.
16. นรินทร์ จงหารเจริญ, วลี เพชรสุธา. รายงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน เรื่อง สำรวจพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางบ่อ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการประจำปี พ.ศ. 2566-2567. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2567.
17. ชฎาภรณ์ บุตรบุรี. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2566;3(3):13-24.
18. CV Risk Score [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; c2025. CV Risk Score Score (CAPRE); 2025 [cite 2025 Dec 20]; [about 1 screen]. Available from: https://caprecvdrisk.com/CVDRiskScore/index.php
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.
20. Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5th ed. California: Sage Publications; 2018.
21. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. New York: The Science Press; 1932.
22. Best JW, Kahn JV. Pearson New International Edition Research in education. 10th ed. London: Pearson Education Limited; 1977.
23. พิทยา ธรรมวงศา, วงศา เล้าหศิริวงศ์. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. 2561; 34(3):119-32.