

# อภิธาน์นทาการ



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ  
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

สำนักหอสมุด



วาสนา เหมือนมี


สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน..... 5 พ.ย. 2557
เลขทะเบียน..... 16671263
เลขเรียกหนังสือ..... ป RC

344  
.5  
วคตป  
2557

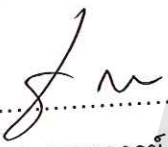
วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
มิถุนายน 2557  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร


วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค  
ความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก" ของ วาสนา เหมือนมี ได้รับการพิจารณาให้นับเป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ  
ชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ดร. วรรณวดี เนียมสกุล)


  
..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ดร. สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์)

  
..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมนาด วรรณพศรี)

  
..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์)

  
..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 'ภายใน'  
(ดร. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์)

อนุมัติ

  
.....  
(ศาสตราจารย์ ดร. รัตนะ บัวสนธ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

27 มิถุนายน 2557

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อยได้ ด้วยความกรุณาจาก ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข ข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และ ข้อปรับปรุง รวมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ อันเป็นการส่งผลให้การวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรง เที่ยงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่าง ดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง บ้านหนองนา บ้านชุมแสง บ้านแหลมมะค่า และตำบลบึงกอก ที่อำนวยความสะดวกรวมทั้งช่วยเหลือในการ ดำเนินการวิจัยทุก ๆ ด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ทุก ๆ ท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอบางระกำ และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา และเป็นกำลังใจ ตลอดจนให้การสนับสนุนอย่างดีที่สุด เสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

วาสนา เหมือนมี



ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	วาสนา เหมือนมี
สถานที่ปรึกษา	ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556
คำสำคัญ	ปัจจัยที่มีอิทธิพล พฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 367 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน คือ 1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ 7) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ความตรงของเนื้อหาทุกเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงมีค่าเท่ากับ 0.80, 0.87, 0.84, 0.91, 0.84, 0.94 และ 0.82 ตามลำดับข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$



Title	FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CEREBROVASCULAR DISEASE AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS INBANGRAKAM DISTRICT, PHITSANULOK
Author	Wassana Muanmee
Advisor	Somluk Tepsuriyanont, Ph.D.
Co – Advisor	Assistant Professor Chommanard Wannapornsiri, Ph.D. Assistant Professor Taweesak Siripornpibul, Ph.D.
Academic Paper	Thesis M.N.S. in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2012
Keywords	Influencing factors, Preventive behaviors, Hypertensive patients

#### ABSTRACT

This study is a descriptive research. It aimed to investigate influencing factors of preventive behaviors for cerebrovascular disease among hypertensive patients aged 35 or over in Bangrakam district, Phitsanulok. The sample was 367 hypertensive patients. In this study, a questionnaire was used, and it consisted of 7 parts: 1) knowledge about cerebrovascular disease, 2) perceived susceptibility of cerebrovascular disease, 3) perceived severity of cerebrovascular disease, 4) perceived benefits of preventive behaviors for cerebrovascular disease, 5) perceived barriers of preventive behaviors for cerebrovascular disease, 6) cues to action of preventive behaviors for cerebrovascular disease, and 7) preventive behaviors for cerebrovascular disease. The value of the content validity was 1.0, and the values of reliability were 0.80, 0.87, 0.84, 0.91, 0.84, 0.94, and 0.82, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that most of hypertensive patients had a high level of preventive behaviors for cerebrovascular disease (64.8%). Influencing factors of preventive behaviors for cerebrovascular disease among hypertensive patients were cues to action of preventive behaviors for cerebrovascular disease, perceived

susceptibility of cerebrovascular disease, and perceived barriers of preventive behaviors for cerebrovascular disease. These are predictors for preventive behaviors for cerebrovascular disease (13.1%). P value was less than 0.05. This shows statistically significant.



## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	4
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
สมมุติฐานของการวิจัย .....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคหลอดเลือดสมอง .....	7
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	14
แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) .....	21
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	40
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	46
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	56
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การรวบรวมข้อมูล .....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	57



## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	59
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	59
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง.....	62
ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง .....	62
ส่วนที่ 4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง .	63
ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง .....	63
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง .....	64
5 บทสรุป .....	66
สรุปผลการวิจัย .....	66
อภิปรายผลการวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	71
บรรณานุกรม.....	72
ภาคผนวก .....	79
ประวัติผู้วิจัย.....	93

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางระกำ .....	49
2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	51
3 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ระดับความดันโลหิต และโรคที่เกิดร่วม .....	59
4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง.....	62
5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....	62
6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสิ่งชักนำให้เกิด การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง .....	63
7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....	63
8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเพิ่มการทำนาย เข้าทีละตัว (Stepwise).....	64

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	23
2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	47





## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (นิตยา พันธเวช และ นุชรี อาบสุวรรณ, 2553, หน้า 1) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) ในปี ค.ศ. 2004 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยครั้งแรกประมาณ 9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จำนวน 1.8 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 5.7 ล้านคน (ร้อยละ 9.7 ของการตายทั้งหมด) (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 1) สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550 – 2555 พบว่า อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 255.8, 140.4, 277.7, 307.9, 330.6 และ 354.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เท่ากับ 20.7, 20.8, 21.0, 27.5, 30.0 และ 31.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษา ประมาณ 100,000 – 1,000,000 บาทต่อคนต่อปี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทำให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เป็นอีกอำเภอหนึ่งที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น จากสรุปผลงานโรคหลอดเลือดสมอง ไตรมาส 1 (ตุลาคม-ธันวาคม 2555) ปีงบประมาณ 2556 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 38 ราย อัตราอุบัติการณ์ 40.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งจัดเป็นอันดับที่สี่ของจังหวัดพิษณุโลก รองมาจากอำเภอดันโบล อำเภอพรหมพิราม และอำเภอวังทอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2556) จากรายงานการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายเก่า และรายใหม่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2,855 คน (ร้อยละ 59) ผลการคัดกรองพบกลุ่มปกติหรือเสี่ยงน้อย ร้อยละ 63 พบกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 28 พบกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง ร้อยละ 7 พบกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 2 และรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 201 คน พบว่าผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 115 คน (ร้อยละ 57.21) รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 58 คน (ร้อยละ



28.85) และมีอัตราการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 18.5 ซึ่งจัดเป็นอันดับที่หนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ, 2556)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-17 เท่า (ปีติการต์ บุรณาภาพ, 2552, หน้า 13) จากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 จัดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในห้าโรคหลักของโรควิถีชีวิตที่สำคัญของคนไทย และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกา (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 2) หลักในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้หลัก 2 ประการ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยา เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 15-18) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ ไม่ควรรับประทานอาหารประเภทที่มีรสเค็ม ไขมันสูง มีแป้งและน้ำตาลมาก ควรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจควรปรึกษาผู้ใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว หรืออ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์และปลูกต้นไม้ ลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ และควบคุมน้ำหนักตัว (สถาบันประสาทวิทยา, 2554, หน้า 30)

โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน เกิดแรงดันหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น หรือมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะต่างๆลดลง ซึ่งพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถ้าเป็นแล้วจะทำให้มีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ประจักษ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551, หน้า 286) เช่น เป็นอัมพาตแขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด บางครั้งเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเนื่องจากมีความรู้สึกด้อยค่าในตัวเองจากโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน จากข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว และรู้สึกตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลให้การเข้าสังคมลดลงและกระทบต่อการทำงานตามมา จากความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ทำให้สูญเสียรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (สถาบันประสาทวิทยา, 2554, หน้า 27-28) ดังนั้น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่ง เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยแนวคิดนี้อธิบายความเชื่อซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้กับ



ปัจจัยหลายประการ ซึ่งเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยแนวคิดนี้อธิบายความเชื่อซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ต่อครอบครัว ต่อสังคมของตนเอง ก็จะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Benefits) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นก่อนผลดีลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Barriers) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก่อให้เกิดความไม่สะดวกหรือมีอุปสรรคขัดขวางน้อย โดยถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เรื่องโรค เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ที่มากระตุ้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้อยากปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในปัจจุบันมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2556) การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีการศึกษา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป



### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอ บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก หรือไม่ อย่างไร

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

### ความสำคัญของการวิจัย

1. บุคลากรด้านสาธารณสุขใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่อื่น
3. ให้เป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นได้

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ระยะเวลาการศึกษาระหว่าง พฤศจิกายน 2556 – มกราคม 2557

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
  2. ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ข้อเท็จจริงต่างๆเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตน
  3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความเป็นไปได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
  4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อผลของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าเกิดแล้วจะรุนแรงมากน้อยแค่ไหน
  5. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อคุณค่า ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง
  6. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อสิ่งทีอาจขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง
  7. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สิ่งกระตุ้นภายนอกที่มีอิทธิพลจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่น สื่อต่างๆ คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่นับถือ
  8. พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งครอบคลุมเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว
- สมมติฐานของการวิจัย
- ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพล  
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ  
จังหวัดพิษณุโลก





## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา 6 ส่วน ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

### โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ (อาคม อารยาวิชานนท์, 2548, หน้า 143) มีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองเกิดตีบ แดก หรือตัน ทำให้เกิดอาการความเจ็บป่วยทางระบบประสาทอย่างทันทีทันใดหรือเฉียบพลัน เนื่องจากมีความบกพร่องในระบบไหลเวียนเลือดในสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลกจนถึงระดับชุมชน จากผลกระทบที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงและเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการได้มาก และสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาระของครอบครัวและสังคม (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 58)

#### 1. ความหมายของหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health organization) (WHO, 2008) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต แต่ National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือด

มาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมีความผิดปกติที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำจำกัดความของ National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ครอบคลุมภาวะ Transient Ischemic Attack (TIA) คือ ได้รวมถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมงไว้ด้วย (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550, หน้า 1)

## 2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ตามลักษณะของการเกิด และตามลักษณะทางคลินิก โดยมีสาระสำคัญดังนี้

### 2.1 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะของการเกิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด หรือ จากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke หรือ Occlusive stroke) และโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

#### 2.1.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) คือมีการอุดตันของหลอดเลือดซึ่งอาจเกิดจากการที่ก้อนเลือดจากหัวใจ หรือก้อนไขมันจากหลอดเลือดที่คอมาอุดที่หลอดเลือดในสมอง หรืออาจเกิดจากโรคหลอดเลือดของสมองเองเกิดการอุดตัน หรือเกิดจากภาวะที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (เลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ ส่งผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือด เนื่องจากการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด ทำให้รบกวนการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง พบร้อยละ 80-85 ของโรคหลอดเลือดสมอง (Michael, Hennerie and Ralph, 2005) ซึ่งแบ่งได้ 2 ชนิด คือ 1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis หรือ Thrombotic stroke) ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด หลอดเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองถูกอุดตันจากการก่อตัวของลิ่มเลือด (Thrombi) จากกระบวนการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการอักเสบของหลอดเลือดแดงที่ผนังถูกทำลาย การเพิ่มการแข็งตัวของเลือด (Coagulation) (McCance and Huether, 2006) นอกจากนี้พบว่าการตีบตันเกิดจากการมีคราบไขมัน (Atherosclerotic Plaque) เกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดรูหลอดเลือดตีบแคบลง พบได้บ่อยบริเวณง่ามแฉก (Bifurcation) และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด ส่วนภาวะสมองอุดตันเกิดจากสิ่งอุดตัน (Embolus) เล็กๆ ที่หลุดออกมาจากหัวใจและหลอดเลือด แล้วเข้ามาอุดตันการไหลเวียนเลือดในสมอง ละจุดหลอดเลือดแขนงเล็กๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง กลไกการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke จาก Atherosclerosis นี้ อาจแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณที่มีพยาธิสภาพ โดยมี Thrombus เกิดขึ้นที่ Atherosclerotic



Plaque เอง และกลุ่มที่เกิดจากการหลุดของ Emboli พบได้บ่อยในวัยกลางคน วัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัด หรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Follin, Millis and Munden, 2006) ผู้ป่วยอาจมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หรืออาการคล้ายภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) หรือมาด้วยปัญหาการมองเห็น เช่น มองไม่ชัด ตามัว ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง (Transient monocular blindness) ลักษณะอาการจะค่อยๆ รุนแรงขึ้น อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง หรือหลายวันจนอาการคงที่ อาการทั่วไปจะดีขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 7 วัน การเฝ้าระวังในช่วงวันแรกๆ ควรติดตามอาการสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 16) และ

2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism หรือ Embolic stroke) คือ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke) ที่เกิดจาก Emboli จากตำแหน่งอื่น หลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มาจากก้อนเลือดหลุดลอยจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง (Cardiac emboli) เกิดได้ในทุกช่วงอายุ การเกิดก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือดทำให้มีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด ภายใน 10-20 วินาที โดยไม่มีอาการเตือนมาก่อน ส่วนใหญ่พบที่หลอดเลือดบริเวณส่วนกลางของสมอง (Middle cerebral artery) นอกจากนั้นก้อนเลือดที่แข็งตัว และหลุดลอยไปอุดตันเส้นเลือดบริเวณอื่น เป็นสาเหตุให้เกิดการขาดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Follin, Millis and Munden, 2006)

2.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดแตก หรือโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง (Hemorrhage stroke) พบได้ประมาณ ร้อยละ 15-20 แบ่งออกเป็น 2 ชนิด แยกโดยอาศัยบริเวณที่เกิดหลอดเลือดแตก คือ 1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบได้ทุกกลุ่มอายุ ทำให้หลอดเลือดสมองแตกทันที เลือดมาเลี้ยงสมองส่วนนั้นลดลง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร้อยละ 56-81 นอกจากนั้นอาจเกิดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (Aneurysm) หลอดเลือดมีลักษณะผิดปกติ (Arteriovenous malformation: AVM) หรือมีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด การมีเลือดออกจากภาวะความดันโลหิตสูง มักพบบริเวณเบซอลแกนเกลีย (Basal ganglia) ร้อยละ 40 บริเวณทาลามัส (Thalamus) ร้อยละ 15 บริเวณพอนส์ (Pons) ร้อยละ 8 และพบในซีรีเบลลัม (Cerebellum) ร้อยละ 10 อาการรุนแรงของการเกิดเลือดออก คือ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจหมดสติได้อย่างรวดเร็ว สมองถูกกดจากก้อนเลือด และสมองบวม ในกรณีมีอาการรุนแรงจะทำให้สมองตายภายใน 2-3 วันแรก ส่วนผู้ที่หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันในบริเวณสมองเล็ก จะมีอาการ



ปวดศีรษะทันทีทันใด ไม่สามารถย่นได้ คลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ (McCance and Huether, 2006) และ 2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) มักมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณก้านสมอง (Ruptured aneurysm) หรือสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแต่กำเนิด พบบริเวณผิวสมอง หรือภายในเนื้อสมอง อาการที่พบคือ ปวดศีรษะรุนแรง ตาไม่ทนต่อแสง (Photophobia) ระดับความรู้สึกตัวลดลง ส่วนใหญ่จะมีอาการ และอาการแสดงทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกจะมีอาการแบบทันที และจะมีอาการเพิ่มขึ้นต่อไปเรื่อยๆ จนอีกหลายนาทีต่อมา หรืออาจนานเป็นเวลา 2-3 ชั่วโมง และทำให้มีน้ำในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ได้หลังเกิดอาการหลายสัปดาห์จากการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดที่โป่งพองแตก การรักษาโดยการทำ Aneurysm clipping อย่างเร่งด่วนสามารถลดอันตราย และลดการเกิดความพิการได้ (Michael, Hennerie and Ralph, 2005)

## 2.2 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทางคลินิก

พยาธิสภาพต่างๆของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วย ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมอง และขนาดที่เกิดพยาธิสภาพ ดังนั้นจึงอาจจำแนกโรคหลอดเลือดสมองตามลักษณะทางคลินิก หรืออีกนัยหนึ่งสามารถแบ่งระยะเวลาดำเนินโรคออกได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 Transient Ischemic Attack หรือ TIA เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราว และสามารถหายเป็นปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง (Michael, Hennerie and Ralph 2005) แต่โดยทั่วไปแล้ว Transient ischemic attack มักกินเวลาไม่เกิน 10-15 นาที เพราะถ้ามากกว่า 4 ชั่วโมง มักจะมีการตายของสมองอย่างถาวร อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการพูดไม่ชัด (Dysarthria) พูดไม่ได้ (Dysphasia) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีกของร่างกาย เห็นภาพซ้อน ขารอบปาก ทรงตัวไม่อยู่ ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง เป็นต้น (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 25-26)

2.2.2 Reversible Ischemic Neurologic Deficit หรือ RIND เป็นภาวะคล้าย TIA แต่มีความผิดปกติเกิดขึ้นเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และสามารถหายได้ปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่กี่วัน หรือภายใน 3 สัปดาห์ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 14)

2.2.3 Stroke In Evolution (SIE) หรือ Progressive Stroke เป็นภาวะที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาท จากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองและมีอาการของโรคดำเนินไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งรุนแรงมาก หรือกล่าวว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังมีอาการมากขึ้น อาจเกิดจากภาวะสมองบวมหรือมีพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 14)

2.2.4 Complete Stroke เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่มีอาการแสดงของโรคคงที่ เป็นอยู่นานกว่า 24-72 ชั่วโมง หรือโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่ไม่มากขึ้น แต่จะต้องสังเกตอาการอย่างน้อย 2-7 วัน หลังจากโรคมีอาการคงที่แล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 15)

2.2.5 Partial stable stroke เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ แต่ยังไม่จัดเป็น Complete Stroke เนื่องจากระยะเวลาในการเฝ้าสังเกตอาการไม่นานพอ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550, หน้า 15)

### 3. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 อาการและอาการแสดงตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2553, หน้า 143) ซึ่งมักเกิดในระบบไหลเวียนของสมองส่วนหน้า (Anterior cerebral circulation) จากการทำลายภายในหลอดเลือด Middle cerebral artery หรือ Internal carotid artery หรือ Anterior cerebral artery และสามารถเกิดบริเวณระบบไหลเวียนของสมองส่วนหลัง ส่วน Vertebral arteries หรือ Basilar artery และ Posterior cerebral artery (Follin, Millis and Munden, 2006) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

3.1.1 หลอดเลือดสมองส่วนกลาง (Middle cerebral artery) จะส่งเลือดเลี้ยงผิวสมองด้านนอกเป็นบริเวณกว้าง ความผิดปกติจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าด้านเดียวกันอ่อนแรง และมีแขนขาตรงข้ามอ่อนแรงเนื่องจากหลอดเลือดสมองส่วนกลางเลี้ยง Internal capsule ส่วน posterior limb ด้วย อาจมีอาการชาครึ่งซีกของร่างกายด้านตรงข้าม อาจมีการเสียการมองเห็นครึ่งซีกของตาทั้งสองข้างในด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ (Homonymous hemianopia) มักมีอาการกลืนลำบาก และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ถ้าความผิดปกติเกิดที่สมองซีกเด่นซึ่งมีบริเวณควบคุมการพูด ผู้ป่วยก็จะพูดไม่ได้ (Aprasia) ด้วย มีปัญหาในการแสดงอารมณ์และน้ำเสียงสีหน้าท่าทาง (Aprosody) ไม่รับรู้อารมณ์ของคู่สนทนา (Affective agnosia) เสียความสามารถในการรับรู้สภาพร่างกายซีกที่อ่อนแรง(จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 44)



3.1.2 หลอดเลือดคาโรติดส่วนในสมอง (Internal carotid artery) การอุดตันบริเวณนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการพร่องทางด้านระบบประสาทสั่งการ หรือระบบประสาทรับความรู้สึกด้านตรงข้าม อาจมีความยากลำบากในการสื่อสาร หรือไม่เข้าใจภาษาที่ใช้สื่อสาร (Follin, Millis and Munden, 2006)

3.1.3 หลอดเลือดสมองส่วนหน้า (Anterior Cerebral Artery) จะส่งเลือดเลี้ยงผิวสมองด้านในของ frontal และ parietal lobe ซึ่งตำแหน่งดังกล่าวเป็นบริเวณที่ควบคุมร่างกายส่วนขา เท้า และหัวไหล่ด้านตรงข้าม การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงของขามากกว่าแขน เท้าและปลายเท้าอ่อนแรงมากกว่าต้นขา หัวไหล่อ่อนแรงมากกว่าปลายแขน และมีอาการชาในบริเวณเดียวกันด้วย (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 43) ส่วนใบหน้าจะปกติ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เดินไม่ได้ (Gait apraxia) เสียการรับความรู้สึกขา และเท้าด้านตรงข้าม พูดไม่ได้หรือพูดลำบาก แต่พูดตามได้ (Motor aprasia) ไม่เข้าใจภาษาแต่พูดตามได้ (Sensory Aphasia) ไม่สามารถใช้แขนขาข้างซ้ายตามคำสั่ง (Dysplexia) (Follin, Millis and Munden, 2006)

3.1.4 หลอดเลือดสมองที่อยู่บริเวณก้านสมอง (Vertebrobasilar Artery) เป็นแขนงที่แยกจาก Subclavian Artery ทอดตัวขึ้นมาในรูของกระดูกสันหลังส่วนคอทั้งด้านซ้ายและขวา เมื่อมาถึงระดับรอยต่อของ Medulla และ Pons จะรวมกันเป็น Basilar Artery ระบบนี้จะเลี้ยงสมองส่วน Cerebellum และ Brain Stem (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 44) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิที่หน้าซีกเดียวกับรอยโรค และร่างกายซีกตรงข้าม อาจทำให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายถึงขั้นหมดสติ ผู้ป่วยมีอาการชารอบปาก มึนงง อ่อนแรง กลืนลำบาก พูดไม่ชัดเจน หลงลืม ทรงตัวไม่ได้ การมองเห็นบกพร่อง เช่น ตาบอดสี มองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น (Follin, Millis and Munden, 2006)

3.1.5 หลอดเลือดสมองส่วนหลัง (Posterior Cerebral Artery) เป็นแขนงแยกจาก Basilar artery และส่งแขนงไปเลี้ยงสมองส่วน Thalamus, Temporal lobe, Occipital lobe และ Lateral geniculate nucleus เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนไปในร่างกายซีกตรงข้าม เช่น เสียการรับรู้ (Hypoesthesia) รับรู้ผิดปกติ (Dysesthesia) รับรู้มากขึ้น (Hyperesthesia) หรือเกิดความเจ็บปวด (Pain) อาจจะสูญเสียการมองเห็น มองเห็นลดลง ความสามารถในการแยกสีลดลง มีการสูญเสียความกว้างของลานสายตา เสียความสามารถในการอ่านแต่ยังเขียนได้ และอาจสูญเสียความจำ (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 44)



#### 4. การรักษา

ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วเท่าไร ความพิการ และอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2554, หน้า 29) หลักการรักษาประกอบด้วย

4.1 การรักษาทางยา สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอเพื่อปรับขนาดยาตามแผนการรักษา

4.2 การรักษาโดยการผ่าตัด ในบางรายโดยเฉพาะรายที่มีเลือดออกในสมองสมองบวม หรือในรายที่มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอมากกว่า 70%

4.3 การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4.4 การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

5. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน เกิดแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น หรือมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะต่างๆลดลง ซึ่งพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถ้าเป็นแล้วจะทำให้มีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ประจักษ์ เรื่องกฏาญจนเศรษฐี, 2551, หน้า 286) และ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2554, หน้า 27-28) ได้กล่าวถึงผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ไม่สามารถสื่อความหมายได้ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยว และการกลืน สูญเสียความรู้สึกสัมผัส สูญเสียความทรงจำ ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ และความต้องการทางเพศลดลง

5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกสูญเสียความภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว และภาวะซึมเศร้า

5.3 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยกับญาติ และบทบาทในสังคมลดลง

5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวและญาติต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานแม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการตายและความพิการถาวรได้ แต่ก่อนเกิดอาการผิดปกติรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการนำเกิดขึ้นก่อน ซึ่งหากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันเวลาจะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการได้แต่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตก โรคหัวใจโคโรนารี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2-5 เท่าของคนปกติ (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 21) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

#### พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลต่อสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ และจากประสบการณ์ (พรศรี ศรีอัมภวาพร และสมเกียรติ โภธิสัจย์, 2555, หน้า 5)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชน ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 มีเป้าประสงค์สูงสุด คือ ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1 ใน 5 โรควิถีชีวิต โดยให้ส่งเสริมวิถีชีวิตที่พอเพียง ได้แก่ การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและขับเคลื่อนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมในด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรค



ความดันโลหิตสูง ต้องปรับเป็นเวลานาน จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

### 1. พฤติกรรมการรับประทานยา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตเป็นส่วนใหญ เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยการรับประทานยา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2552, หน้า 48) ถึงแม้ยาลดความดันโลหิต จะไม่ได้ทำให้อาการหายขาด แต่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง สูงกว่า 105 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสียชีวิต และมีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจ สมอง และไตได้มากขึ้น ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีผลทำให้อาการที่เกิดจากอาการแทรกซ้อนดังกล่าวลดน้อยลง (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2552, หน้า 511) ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรตระหนักและเข้าใจถึงอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งร่วมมือสนับสนุน ทั้งด้านการป้องกัน และการรักษา รวมถึงการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา กระทรวงสาธารณสุข, 2549, หน้า 57) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีพฤติกรรมในการรับประทานยาดังนี้

1.1 รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาในปริมาณ และเวลาให้เหมาะสม ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยา ลดยา หรือลืมรับประทานยา (สุธี เวชระวากยานนท์, 2554, หน้า 159) ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะยาบางตัวอาจทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำ หรือสูงขึ้นได้ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2552, หน้า 19)

1.2 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังจากรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 32)

1.3 เมื่อต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้ (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 32)

1.4 ในผู้ป่วยที่อาจเกิดความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่ายืน ให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน โดยเฉพาะ 1-3 ชั่วโมงหลังรับประทานยา (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2552, หน้า 56-58)



1.5 ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ใน 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยา อาจจะมีอาการง่วงซึมเกิดอุบัติเหตุได้ (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 28)

1.6 หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาอาจถูกเสริมฤทธิ์ ทำให้เกิดการแพ้ยาและอันตรายอื่นๆได้ (คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552, หน้า 28)

## 2. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารมีความสำคัญมากในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยการควบคุมจำนวนแคลอรีและอาหารที่มีไขมันสูง การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม เป็นวิธีที่จำเป็น เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติในการดูดน้ำได้ดี อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม มีการเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังควรรับประทานผักผลไม้ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ก็จะสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยปฏิบัติดังนี้ (พิจารณ์ พิมพชนธไวย, 2552, หน้า 59-61)

2.1 จำกัดปริมาณเกลือแกงในอาหารให้น้อยลง เพราะเป็นตัวการสำคัญ ที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และจัดเป็นต้นเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และซอสชนิดต่างๆ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่นอาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋อง สารปรุงรสต่างๆ เช่นผงชูรส ผงฟู เนยแข็ง อาหารที่มีโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเล น้ำที่มีโซเดียมมาก ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย เป็นต้น

2.3 ลดไขมันในอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารพวกไขแดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน สมองสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น

2.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน ถ้าจะใช้ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ และควรเปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารเป็นนึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน

## 3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การขาดการออกกำลังกายสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 50 (Rosamond, et al., 2008) การออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญ และมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นดีขึ้น มีการลด

การทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ทำให้ลดการหดตัวของหลอดเลือดแดงและลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง หัวใจบีบตัวได้แรงมากขึ้น และนานขึ้น ทำให้จำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง การออกกำลังกายอย่างเป็นประจำ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อวัน ทำต่อเนื่องตลอดเกือบทุกวันก็จะสามารถช่วยทำให้ระบบไหลเวียนของโลหิตดียิ่งขึ้น เป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีมากอย่างหนึ่ง (พิจารณ์ พิมพ์ชนธไว, 2552, หน้า 62) หลักในการออกกำลังกายในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีข้อปฏิบัติดังนี้

3.1 ก่อนเริ่มการออกกำลังกายควรได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ เพื่อให้ทราบศักยภาพ และความพร้อมในการออกกำลังกาย รวมทั้งวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่มีความดันโลหิตระดับรุนแรง ควรงดออกกำลังกายจนกว่าจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกายเสมอ

3.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน และควรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้านวัตถุ จะมีผลทำให้มีแรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากมีผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นการออกกำลังกายที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

3.2.1 ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (Warm-up phase) เป็นการอบอุ่นร่างกาย และปรับตัวของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อมีการประสานงานดีขึ้น เลื่อนไหลคล่องแคล่ว และลดการบวมและเจ็บของกล้ามเนื้อ และข้อต่อจากการออกกำลังกาย โดยให้เกิดการเคลื่อนไหว และยืดเหยียดกล้ามเนื้อของร่างกายทุกส่วนอย่างช้า ๆ เช่นการเดินช้า ๆ กายบริหาร เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3.2.2 ระยะเวลาออกกำลังกาย (Exercise phase) เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ การออกกำลังกายที่ทำให้มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ โดยทำอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 20-40 นาทีขึ้นไป



3.2.3 ระยะเวลาผ่อนคลาย (Cool down phase) เป็นช่วงหลังออกกำลังกาย ควรค่อยๆผ่อนคลายการออกกำลังกายลงทีละน้อย โดยไม่หยุดออกกำลังกายทันที เพื่อให้เลือดมีการไหลเวียนกลับคืนสู่หัวใจ และเพียงพอไปเลี้ยงส่วนต่างๆทั่วร่างกาย และเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ปรับการทำงานของร่างกายให้สู่สภาวะปกติ อาจเป็นการเดิน และกายบริหารเหมือนช่วงอบอุ่นร่างกาย และควรใช้เวลาอย่างน้อย 5-10 นาที

3.2.4 ควรประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกายถ้ามีอาการต่อไปนี้ไม่ควรออกกำลังกาย ได้แก่ มีไข้ หรือฟื้นไข้ในระยะแรกๆ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย มีอาการปวดหรืออักเสบของร่างกาย ปวดแน่นหรือเจ็บหน้าอก หรือหัวใจเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยเล็กน้อยขณะพัก ปวดศีรษะหรือมีเมื่อย

3.2.5 ขณะออกกำลังกาย ถ้ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยมาก หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ ตามัว คลื่นไส้ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น แขนขาอ่อนแรงหรือควบคุมไม่ได้ พุดไม่ชัดตะกุกตะกักไม่ต่อเนื่อง ต้องหยุดการออกกำลังกายทันที พักสักครู่แล้วไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุ และรับการรักษาที่เหมาะสม

3.2.6 เครื่องแต่งกาย ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่พืดหรือรัดรูปมากเกินไป เพื่อให้สะดวกสบายต่อการเคลื่อนไหว ชุดมีการระบายอากาศได้ดี และมีความอบอุ่นเพียงพอในเวลา ที่อากาศหนาวเย็น การสวมใส่รองเท้าควรเป็นรองเท้าที่กระชับ สบายเท้า พื้นรองเท้านุ่ม สามารถพยุ่งข้อเท้า และเท้าได้ดี เช่นรองเท้าว้าใบ รองเท้ารัดส้น เป็นต้น

3.2.7 ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกายที่มีอากาศปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อบอ้าว และควรเป็นพื้นราบ ไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้เกิดอันตราย

3.2.8 ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย อาจเป็นช่วงเช้า กลางวัน หรือเย็น และควรเป็นเวลาก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3.2.9 ควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป เพิ่มความหนักขึ้นทีละเล็กทีละน้อยให้รู้สึกที่หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ไม่หักโหมจนเหนื่อยมากเกินไป แต่ไม่เบาจนถึงกับไม่รู้สึเหนื่อย

3.2.10 ควรนั่งพักก่อนหลังการออกกำลังกาย และดื่มน้ำหรือน้ำผลไม้เล็กน้อย ก่อนเริ่มทำกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป



#### 4. พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด

ความเครียดเรื้อรัง การแยกตัวออกจากสังคม และความวิตกกังวล สามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Mackay and Mensah, 2004) การจัดการกับความเครียด จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนฟริน (Epinephrine) จากต่อมหมวกไต มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด มีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และความเครียดกระตุ้นให้มีการดูดกลับของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียน มีผลเพิ่มความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552, หน้า 137) การจัดการกับความเครียด จึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนมีการปรับตัว และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (พิจารณ์ พิมพ์ชนไว้อย, 2552, หน้า 62) ซึ่งได้เสนอวิธีปฏิบัติดังนี้

4.1 ควรวางแผนจัดการความเร่งด่วนของงาน มีสติ ไม่เร่งร้อนในการทำงาน แบ่งเวลาให้เหมาะสม

4.2 คิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี รู้จักให้อภัย

4.3 ใช้วิธีแก้ไขและขจัดความเครียด ได้แก่ การระบายความไม่สบายใจให้บุคคลอื่น รับฟัง การพักผ่อน การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การไปเที่ยว การออกกำลังกาย การจัดเวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ผู้อื่น

4.4 การหาวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การทำสมาธิ และการฝึกการหายใจโดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาทส่วนกลางบริเวณซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (Cerebral cortex) และไปยับยั้งไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ให้อับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท (Norepinephrine and epinephrine) ที่หลั่งมาจากอดรีนัล เมดูลลา (Adrenal medulla) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการตอบสนองต่อภาวะเครียด และลดความดันโลหิต

#### 5. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว มีข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้

5.1 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน การจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยในผู้ชายไม่ควรดื่มเบียร์มากกว่า 720 มิลลิลิตรต่อวัน ดื่มไวน์ไม่เกิน 240 มิลลิลิตรต่อวัน ดื่มวิสกี้ไม่เกิน 60 มิลลิลิตรต่อวัน และในผู้หญิงให้ถือเกณฑ์

ลดปริมาณครึ่งหนึ่งของผู้ชาย แต่อัตราส่วนอาจเปลี่ยนแปลงไปสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักน้อย (พิจารณ์ พิมพ์ชนธไวย์, 2552, หน้า 61) เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มของระดับคอร์ติซอล และแคทีโคลามีนในกระแสเลือด ซึ่งประกอบด้วยอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้แรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552, หน้า 137)

5.2 การงดสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคติน เมื่อสูบบุหรี่หรือดมควันเข้าไป สารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หลังฮอร์โมนอดรีนาลิน มีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น และสารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยที่รูหลอดเลือดค่อยๆ ตีบลงจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือด จนเกิดการตีบตันของเส้นเลือด หากเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็จะทำให้สมองขาดออกซิเจนหรือมีความจำเสื่อมลง เป็นผลให้สมองเสื่อมสภาพนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549, หน้า 14-15) การไม่สูบบุหรี่นอกจากจะช่วยป้องกันไม่ให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เพราะจะไม่ทำอันตรายต่อหลอดเลือดของร่างกาย ยังสามารถหลีกเลี่ยงโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อีกด้วย (พิจารณ์ พิมพ์ชนธไวย์, 2552, หน้า 45) การหยุดสูบบุหรี่ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพราะการสูบบุหรี่ถือเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่แต่หากได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ พบว่ามีอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 21) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรหลีกเลี่ยงหรือเลิกสูบบุหรี่ โดยมีข้อปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ดังนี้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549, หน้า 58-81)

5.2.1 ค้นหาแรงบันดาลใจ ขั้นตอนนี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดให้ได้ว่าเพราะเหตุใดจึงควรเลิกบุหรี่ เพราะเหตุผลที่จะเลิกบุหรี่จะเป็นเครื่องมือสำคัญให้เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาต้องการเลิกสูบบุหรี่ เพศ วัย ฐานะ เศรษฐกิจ สถานะทางครอบครัว และสังคมของผู้สูบบุหรี่

5.2.2 วางแผน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการวางแผนเลิกสูบบุหรี่ที่ดีจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำความเข้าใจเรื่องสารนิโคติน รู้ทันเหตุผลที่ทำให้สูบบุหรี่



บุหรื วางแผนรับมืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการหยุดสูบ และกำหนดวันเลิกสูบ ไม่ควรเกิน 2-3 วัน หรือสูงสุดไม่เกิน 14 วัน

5.2.3 ลงมือปฏิบัติ เตรียมตัวเผชิญกับอาการถอนยา เขียนสิ่งดี ๆ ที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรื กำหนดรางวัลให้ตนเอง จัดอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายมากขึ้น ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว บอกคนใกล้ชิดเพื่อเป็นกำลังใจ

5.2.4 ไม่กลับไปสูบอีก บอกตนเองเสมอว่าเป็นคนไม่สูบบุหรืแล้ว มีสิ่งดี ๆ ในชีวิตที่ดีกว่าการสูบบุหรื ใช้เวลาที่เคยเสียไปกับการสูบบุหรืไปทำสิ่งอื่นที่มีประโยชน์กับชีวิตและสุขภาพ เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรื ให้เบี่ยงเบนความสนใจ หายใจเข้าออกลึก ๆ ประวิงเวลา ทำสิ่งอื่นแทน เช่น การดื่มน้ำชา ๆ อมน้ำไว้ในปากสักครู่ก่อนดื่มลงคอ และอยู่ให้ไกลจากสิ่งกระตุ้น เช่น กลุ่มคนสูบบุหรื ถ้ามีคนชวนให้สูบบุหรื พูดให้ติดปากว่า "ขอบคุณฉันเลิกสูบบุหรืแล้ว"

5.3 การควบคุมน้ำหนักตัว คณะกรรมการจากสมาคมหลอดเลือดและหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา เสนอแนะให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและอ้วนกำหนดเป้าหมายสำหรับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ คือลดน้ำหนักลง 15 เปอร์เซ็นต์จากน้ำหนักปัจจุบัน การลดน้ำหนักต้องอาศัยการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การลดปริมาณอาหาร และเลือกอาหารที่ควรรับประทานในช่วงลดน้ำหนัก (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2553, หน้า 29) โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัว ดังนี้

5.3.1 ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อย ไขมันต่ำ และรับประทานผักผลไม้ระหว่างมื้อ ควรดื่มนมหวาน ของขบเคี้ยว และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

5.3.2 ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การเดิน ว่ายน้ำ ซี่จักรยานอย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ และเพิ่มกิจกรรมทางกายเป็นประจำทุกวัน เช่น เดินมากขึ้น โดยการเดินขึ้นบันไดแทนการขึ้นบันไดเลื่อนหรือลิฟท์

5.3.3 มีความตั้งใจที่จะลดน้ำหนัก โดยมีความคิดเชิงบวกในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ซึ่งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปีมาแล้ว ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เนื่องจากในขณะนั้นพบว่า การจัดบริการด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคมักจะไม่ค่อยได้ผล

กล่าวคือ มีประชาชนจำนวนน้อยที่ไปรับบริการทั้ง ๆ ที่การไปรับบริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายบ้างเล็กน้อย นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน บุคคลที่มีส่วนในการพัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีหลายคน ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal and Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค เนื่องจากนโยบาย สาธารณสุขในระยะนั้น (ค.ศ.1950-1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker and Maiman, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552, หน้า 85) โดยมีข้อสมมติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ(ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ) ภายใต้อาณัติเฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อสภาวะการณ์เจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรค ไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรักษา

องค์ประกอบพื้นฐานระยะแรกของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบาย และทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค และได้นำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค (Becker, 1974) ดังภาพ 1





ภาพ 1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Becker, 1974

1. องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้ จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะเป็นโรคต่างๆแบบแผนความเชื่อทางด้าน

สุขภาพ ถือเป็นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไสตะ, 2552, หน้า 87)

### 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบาก และ การต้องใช้เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อฐานะทางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อ และความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ Janz and Becker (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่าง ปี ค.ศ.1974-1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึง ร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เพียง ร้อยละ 36 (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไสตะ, 2552, หน้า 87)

### 1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย Janz and Becker (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา





16671263

โรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกัน เช่นเดียวกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ใสตะ, 2552, หน้า 87)

#### 1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือการการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับ อาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง บุคคลจึงต้องประเมินระหว่าง ประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค จึงเป็นปัจจัย สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ใสตะ, 2552, หน้า 88)

#### 1.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิด พฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความ สมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทาง สื่อมวลชน คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สิ่งชักนำให้มีการ ปฏิบัติจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพ การวัดสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ โดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความ ต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ใสตะ, 2552, หน้า 88)

#### 1.6 ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และ

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552, หน้า 88) ได้แก่

1.6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

1.6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

จากการศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Becker จะเห็นได้ว่าก่อนที่บุคคลใดๆ ก็ตามจะยอมรับ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองนั้น ขึ้นกับว่าเมื่อทำแล้วจะต้องไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) หรือถ้ามีก็เพียงเล็กน้อย (Less Severity) และผลที่ได้รับต้องมีผลดีมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพ (Benefits) โดยปราศจากผลข้างเคียง หรือความยุ่งยากใด ๆ (Barriers) นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าบุคคลเหล่านั้น จะทราบดีว่าประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติดังกล่าว มีมากเพียงใดก็ตาม แต่ถ้าการปฏิบัติ นั้น มีความยุ่งยาก เช่น ไม่สะดวก มีราคาแพง มีความเจ็บปวด หรือไม่เป็นที่น่าพอใจ การปฏิบัติ นั้น เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นก็อาจจะไม่เป็นผล นอกจากนี้ ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง สังคมจิตวิทยา และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมซึ่งบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างกัน จัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยโรคความดัน



โลหิตสูงอายุนั้น ทำให้มีโอกาสในการเรียนรู้ มีความสามารถในการตัดสินใจ แผลความหรือให้เหตุผลได้ดีขึ้น เนื่องจากมีโอกาสในการสะสมประสบการณ์ต่างๆมากกว่าวัยรุ่น เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นการรับรู้ที่แสดงออกมา สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (ขวัญฟ้า ทาอินคำ, 2554, หน้า 10) แต่ในทางตรงข้าม เมื่ออายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการรับรู้ แผลความหมายและการตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเชื่อมโยงตามโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้การรับรู้เป็นไปได้ไม่ดี ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดีตามไปด้วย (บุญศรี บันตีบ, 2549, หน้า 21) แต่การศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.9 ซึ่งเป็นโรคที่จะต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเช่นเดียวกับโรคเบาหวาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.2 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุมีความพร้อมที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสุขภาพที่ดี มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรค จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูงด้วย (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 78-79) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุรักษ์ มลิजार, (2553) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35 ปี, 40 ปี, 45 ปี, 50 ปี, 55 ปี, 60 ปี ที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว จำนวน 220 คน ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางด้านทางด้านประชากร กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (อนุรักษ์ มลิजार, 2553)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกอายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. เพศ ความแตกต่างในด้านร่างกายและจิตใจระหว่างเพศชายและเพศหญิงทำให้การแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน และพฤติกรรมการป้องกันโรคบางอย่างมีความแตกต่างระหว่างเพศ ดังการศึกษาของยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย



ความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นอยู่เสมอ โดยการเลือกบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากในสังคมไทย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เหมาะสมในเพศหญิง (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550, หน้า 56-57) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฟ้า ทาอินคำ (2554) ศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และญาติศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 398 คน พบว่าเมื่อเจ็บป่วย ผู้หญิงจะมีการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ และต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย เพศชายจะได้รับการดูแลสุขภาพจากเพศหญิง และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และอิทธิพลของเพศยังมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคแตกต่างกันเนื่องจากพื้นฐานเดิม หรือประสบการณ์เดิม หรือความสามารถในการตีความต่างกัน พบว่าเพศหญิงมีความสนใจในการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยในสถานที่ทำงานมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย (ขวัญฟ้า ทาอินคำ, 2554, หน้า 10)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. อาชีพ ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน (รับราชการ ทำงานบริษัท หรือรัฐวิสาหกิจ) จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่ไมแน่นอน (ทำนา ทำไร่ หรือรับจ้างรายวัน) เนื่องจากกลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดกระทบต่องานประจำ ดังการศึกษาของ บุญศรี ปันตีบ พบว่าอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างเป็นอาชีพที่ต้องอาศัยกำลังออกแรงมาก ต้องตรากตรำทำงาน ขาดเวลาเอาใจใส่สุขภาพ ส่งผลให้การดูแลตนเองลดลง อดวัยจะต่าง ๆ จึงมีความเสื่อมได้มากกว่าอาชีพอื่น (บุญศรี ปันตีบ, 2549, หน้า 20) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรประกอบอาชีพตามความเหมาะสมกับสภาพของโรค โดยหลีกเลี่ยงจากงานที่ส่งเสริมความรุนแรงของโรค เช่นงานที่ต้องแบกหามหรือยกของหนัก งานที่ย่งยากซับซ้อนหรือต้องมีความรับผิดชอบสูง เพราะจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย นอกจากนั้นควรมีเวลาพักผ่อนในระหว่างการทำงาน สอดคล้องกับ การศึกษาของ ณัฐภรณ์ มลิजार (2553) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35 ปี, 40 ปี, 45 ปี, 50 ปี, 55 ปี, 60 ปี ที่ไม่มารับบริการ



ตรวจมะเร็งปากมดลูก ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว จำนวน 220 คน ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางด้านทางด้านสังคมกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกอาชีพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำเลือกใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการดูแลตนเองให้เป็นผลสำเร็จตามความต้องการในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (บุญศรี บันต๊ะ, 2549, หน้า 22) เนื่องจากการรักษาโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ย่อมต้องสิ้นเปลืองเงิน และเวลา ถ้าผู้ป่วยมีรายได้น้อยอยู่แล้วย่อมไม่มีเวลาและรายได้พอที่จะดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงได้ และผู้ที่มีรายได้น้อยมักสนใจในการหาเงินเลี้ยงชีพและถนัดในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดร.ณ บุญบันดาล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางพื้นฐาน ได้แก่ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ารายได้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 32.8

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกรายได้ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับต่อเดือน ซึ่งหมายถึงจำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับในแต่ละเดือน เป็นปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. โรคที่เกิดร่วม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีเป็นเวลานานๆ มักมีโรคที่เกิดร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (สุรเกียรติ์ อาชานานูภาพ, 2555, หน้า 68) แนวทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กล่าวถึงการประเมินโรคที่เกิดร่วม เช่น โรคไขมันในเลือดสูง



ผู้ป่วยมักต้องรับประทานยา simvastatin ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (คณะกรรมการป้องกัน รักษาและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2554, หน้า 21) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมรับประทานยา เช่น การหยุดยาเอง แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบางรายที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก มักต้องการใช้ยาปริมาณมาก และจะมีพฤติกรรมเข้มงวดในการควบคุมอาหาร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าปกติ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553, หน้า 48) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมทางด้านระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มักมีพฤติกรรมตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี พบแพทย์ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีประสบการณ์ว่าหากมีระดับความดันโลหิตสูงแล้ว สิ่งที่จะกลับมาป่วยซ้ำได้ (ภัทรา อังสุวรรณ และนฤพัชร์ สนวนประเสริฐ, 2555, หน้า 39-52) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมทางด้านหัวใจ เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัว เนื่องจากมีความเชื่อว่าเป็นแล้วถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เสียชีวิตได้ง่าย (พรวิไล ประบักร์ชาม, 2555, หน้า 59-68) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มักมีโรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูงตามมา จะมีความเข้าใจว่าเมื่อตนเองมีโรคมากขึ้นก็ต้องรับประทานยาเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ไตเสื่อมได้ และโรคไตเป็นโรคที่ทรมาณ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ผู้ป่วยจึงตระหนักและมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (อุดม ไกรฤทธิชัย, 2555, หน้า 53-58)

ดังการศึกษาของ สุรีย์ คำพอง ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 88 ราย พบว่าร้อยละ 43.18 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 35.23) โดยพบว่าในกลุ่มนี้มีการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 45.45 มีปัญหา และข้อจำกัดด้านสุขภาพ ความพร้อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก เหนื่อยง่าย จึงเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (สุรีย์ คำพอง, 2549, หน้า 55)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกโรคที่เกิดร่วม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6. ระดับความดันโลหิตสูง เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ดังการศึกษาของ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง



ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เช่น การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือที่มีแป้งและน้ำตาลมาก ที่มีรสเค็ม และไม่เติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว มีการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550, หน้า 53-57)

สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์ ศึกษาการใช้ยา และการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเชียงใหม่ ดาบพล เชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 54 คน พบว่า กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นโรคอ้วนและมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่มีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับคะแนนการใช้ยาโดยรวม และการใช้ยาถูกต้องตามหลักการอยู่ในระดับดี ทั้ง ส่วนการป้องกันอันตรายและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้ ทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีความคิด การรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มเหมือนกัน อีกประการหนึ่งคือ ประชากรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือนจึงได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เหมือนกัน ประกอบกับประชากรอาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันขณะรอรับบริการจึงทำให้ระดับการปฏิบัติการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน (สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์, 2551, หน้า 56-59)

ส่วนการศึกษาของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการป่วยและได้รับการรักษาโดยการให้ยามานาน 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการมาตรวจตามนัดที่คลินิกความดันโลหิตสูงทำให้ได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยกับบุคคลอื่นที่เป็นโรคเดียวกัน และได้รับการสอนสุขภาพศึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรที่มสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.13 เชื่อว่าการ



รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานยาดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ศศิธร อุตตะมะ, 2549, หน้า 61-62)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกระดับความดันโลหิต เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญา และความรู้สึที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติในทุกด้าน สำหรับด้านสุขภาพบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974) บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้บุคคลรู้จักคิดไตร่ตรอง และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา รวมทั้งผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสารมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากตลอดจนรู้จักใช้บริการทางการแพทย์ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังการศึกษาของส่วนการศึกษาของนันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 87.5 และเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากถึง ร้อยละ 92.5 โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 53.8 ซึ่งการได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่มหรือรายบุคคล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถที่จะซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่า โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน เช่นขนมหวาน น้ำหวาน ผลไม้ที่มีรสหวาน น้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มบำรุง ร้อยละ 94.4 มีความเชื่อว่าการควบคุมปริมาณของอาหาร โดยการรู้จักเลือกกินอาหารในปริมาณที่เหมาะสมจะป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 93.8 และมีความเชื่อว่าการหลีกเลี่ยงอาหารมัน เช่นแกงฮังเล แคบหมู หมูสามชั้น แกงกะทิ อาหารทอด และการปรุงอาหารด้วยน้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เป็นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 91.9 (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 75-76)



สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการ รับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 แต่การศึกษาของ สมชาย โลกคำลือ (2549) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลวังซิ่น อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือ ผู้แทน จำนวน 300 ครอบครัวยุค ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = .011, r = .146$ ) (สมชาย โลกคำลือ, 2549, หน้า 50)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยส่วนบุคคล มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง

8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคล เหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาส ของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้น เบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไสตะ, 2552, หน้า 87) จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ดังการศึกษาของการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.05 ( $SD = 6.70$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53)

ส่วนการศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสอบถามใน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p\text{-value} < .001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) เท่ากับ .309 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 35.0$ ,  $SD = 3.6$ ) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับแจ้งข้อมูลจากแพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 85.0 (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 72) เป็นไปตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่งๆหรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

9. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Severity) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือกระทบกระเทือนต่อบทบาทฐานะทางสังคมของตน การรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามเป็นสิ่งที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีแนวโน้มเพียงที่จะหลีกเลี่ยง แต่ถ้าความเชื่อและความวิตกกังวลสูงเกินไป ก็จะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ (Janz and Becker, 1984 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไสตะ, 2552, หน้า 87) ดังการศึกษาของการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองจาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.05 ( $SD=4.55$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย



โรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 'ได้ร้อยละ 27.20 (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภรณ์ มลิजार, (2553) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35 ปี, 40 ปี, 45 ปี, 50 ปี, 55 ปี, 60 ปี ที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ต.บ้านใหม่หนองไทร อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 220 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ( $r = .133$ ) แต่การศึกษาของ การศึกษาของ ปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย (2548) ศึกษาการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคกระดูกพรุน และพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะโรคกระดูกพรุนและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = .48$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวัน แลบุญมา (2551) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่สูบบุหรี่ จำนวน 171 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับน้อยมาก ( $r = -0.16$ ,  $p < 0.03$ )

ส่วนการศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 33.5$ ,  $SD = 2.4$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p\text{-value} = .001$ ,  $r = .318$ ) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง เนื่องจากอำเภอเกาะคามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดที่สุดในจังหวัดลำปาง และมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 23.8 จึงทำให้มีความคุ้นเคยและพบเห็นคนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน รวมทั้งเห็นความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่เสมอ จึงทำให้มีความเชื่อว่าการเป็นโรคเบาหวานจะทำให้เป็นแผลเรื้อรังง่ายแต่หายยาก และบางคนแผลอาจลุกลามมากจนถึงต้องตัดอวัยวะส่วนนั้นทิ้ง ร้อยละ 96.3 รองลงมา มีความเชื่อว่าการป่วยเบาหวานมีโอกาสพิการหรือตายได้ ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับ



น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 93.8 การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออย่างนี้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปี 2550 ผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอเกาะคา มีภาวะแทรกซ้อนโดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตา โรคระบบประสาทส่วนปลายและตัดอวัยวะ คิดเป็นร้อยละ 21.75 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวอย่างความรุนแรงของโรคจากผู้ป่วยจริง และพบว่าอัตราตายจากโรคเบาหวานของอำเภอเกาะคาเท่ากับ 24.50 ต่อแสนประชากร ดังนั้นจากการไปร่วมงานศพ จึงทำให้มีการเล่าถึงถึงความรุนแรงของโรคว่าหากเป็นแล้วทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง (นันทวี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 74-75) สนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้โรคที่มีความรุนแรงต่อตนเองก็ต่อเมื่อโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการ หรือความเจ็บปวด เกิดผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

10. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived benefits) เป็นความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าที่บุคคลจะได้รับจากการร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ (Becker, 1974) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย (จุฬารัตน์ ไชตะ, 2552, หน้า 87)

ดังการศึกษาของ สุมาลี วังธนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 90 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ( $R^2=0.16$ ,  $F=5.518$ ,  $p<0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ( $p<.001$ )

สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดร.บุญบันดาล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็น



ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

การศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม, (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองจาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 28.91 (SD=4.27) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53) สนับสนุนแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัติตัวนั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.11 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Barriers) เป็นความเชื่อ หรือความนึกคิดของบุคคลต่อปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความกลัว การมารับบริการการตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ความยากลำบาก ความไม่แน่ใจของผลการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) พฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วย และสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไสตะ, 2552, หน้า 88) ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางในการแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องจะทำให้การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคลดลงและมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป



ด้การศึกษาของ สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 90 ราย พบว่ามีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาได้ร้อยละ 16 ( $R^2=0.16$ ,  $F=5.518$ ,  $p<0.01$ ) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=-0.347$ ,  $t=-3.425$ ,  $p<0.01$ ) สอดคล้องกับ วาสนา ครุฑเมือง (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ( $p<.001$ )

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองจาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.62 ( $SD=5.32$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อรุณลดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53) เป็นไปตามแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้นๆ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.12 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่มากระตุ้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้อยากปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรณรงค์ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน บัตรนัดจากเจ้าหน้าที่การป่วยของสมาชิกในครอบครัว และหนังสือพิมพ์หรือวารสาร ด้การศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ



0.01 ( $p$ -value < .001,  $r = .306$ ) สิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 24.1$ ,  $SD = 1.5$ ) โดย เชื่อว่าคำแนะนำของแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจน อสม. ทำให้อยากดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 96.3 และเชื่อว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ โปสเตอร์ ทำให้มีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.7 นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 93.1 สนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ส่วนสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสาร หรือ การเตือนจากบุคคล (นันทวดี ดวงแก้ว, 2551, หน้า 77)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ สมชาย โลกคำลือ (2549) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังซัน อำเภอวังซัน จังหวัดแพร่ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทน จำนวน 300 ครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ส่วนมากแหล่งที่ได้รับคือ จากโทรทัศน์ ร้อยละ 73.3 รองลงมา คือ เสียงตามสายในเขตเทศบาล จากการอ่านหนังสือพิมพ์ วารสาร และจากคำแนะนำของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย ไม่ได้เคลื่อนย้ายหรือออกจากพื้นที่บ่อย และกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเป็น อสม. ได้มีโอกาสฝึกอบรมทางด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ ส่วนมากคือ 15-34 ปี จึงได้รับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกซ้่าๆบ่อยๆ อีกทั้งในพื้นที่เองมีการเกิดโรคขึ้นในพื้นที่ทุกปี จึงมีการจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกบ่อยๆ จึงก่อให้เกิดการรับรู้ในด้านต่างๆสูงขึ้น (สมชาย โลกคำลือ, 2549, หน้า 50-51)

สอดคล้องกับ การศึกษาของ ชูชาติ เจริญสอน (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 139 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก โดยแหล่งที่มาของข่าวสารมากที่สุด คือ จากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 97.1 รองลงมา คือ จากโทรทัศน์ ร้อยละ 95.7 การรับรู้ที่ถูกต้อง คือ การรับประทานเนื้อหรือไข่ของสัตว์ปีกแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดนกสูงที่สุด ร้อยละ 89.2 อาจเนื่องมาจากการรณรงค์ในการบริโภคเนื้อไก่โดย

ปรุให้สุกผ่านทางสื่อต่างๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในส่วนนี้สูง (ชูชาติ เจริญสอน, 2549, หน้า 67)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยร่วม และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขวัญฟ้า ทาอินคำ (2554) ศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 398 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติมีระดับการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=3.62$ ,  $SD = 0.73$ ,  $\bar{X} = 33.75$ ,  $SD = 0.53$ ) ตามลำดับแต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ มีระดับการรับรู้อาการเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางที่ไม่แตกต่างกันในเรื่องของอาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งอย่างค่อยเป็นค่อยไป ( $\bar{X} = 2.26$ ,  $SD = 1.13$ ,  $\bar{X} = 2.16$ ,  $SD = 1.20$ ) ตามลำดับ และอาการตามัวเรื้อรังของตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือสองข้าง ( $\bar{X} = 2.86$ ,  $SD = 02.89$ ,  $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = 1.53$ ) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีการรับรู้ในระดับปานกลาง เรื่องอาการพูดอะละเวียวยาว สับสน ซึมลงอย่างทันทีทันใด ( $\bar{X} = 2.86$ ,  $SD = 1.37$ )

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดร.ณ บุญบันดาล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนราธิวาส มีการรับรู้ วัน เวลา บุคคล และสถานที่ปกติ จำนวน 400 คน



ซึ่งได้รับการสุ่มแบบหลายขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยทางพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01, .01, .01 และ .05 ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ารายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และลักษณะครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 32.8 และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

บุญศรี ปันตีบ (2549) ทำการวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านแท่นดอกไม้ ตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

ปานชีวัน แลบุญมา (2551) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปุ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่สูบบุหรี่ จำนวน 171 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์ของความเชื่อด้าน



สุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ( $r = -0.25$ ,  $p < 0.00$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับน้อยมาก ( $r = -0.18$ ,  $p < 0.02$  และ  $r = -0.16$ ,  $p < 0.03$ ) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ( $r = -0.21$ ,  $p < 0.01$ )

ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นอยู่เสมอ โดยการเลือกบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากในสังคมไทยพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เหมาะสมในเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมาก จะมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายได้เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รัตนภรณ์ ศุภษร (2554) ศึกษาการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.22 มีความเห็นว่า อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง อย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีความเห็นว่าอาการของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.45 ไม่คิดว่า อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด และร้อยละ 62.27 การมองไม่ชัดตามัวหนึ่งหรือสองข้างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.02 มีการรับรู้วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการมาตามนัด ส่วนการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.43 มีการรับรู้การจัดการอาการต่อไปนี้ในภาวะ



ฉุกเฉิน คือ อาการของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใดต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที ขณะที่ร้อยละ 73.45 เห็นว่ากรณีกลืนน้ำลายไม่ได้หรือลำบากอย่างทันทีทันใดไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินรอดูอาการก่อน

วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 200 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ขณะที่ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ และการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ( $p < .001$ )

ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 91.16$ ,  $SD = 6.77$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ( $\bar{X} = 24.01$ ,  $SD = 3.50$ ) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ( $\bar{X} = 19.32$ ,  $SD = 2.74$ ) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 16.84$ ,  $SD = 2.22$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $\bar{X} = 31.01$ ,  $SD = 3.72$ ) มีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 54.32$ ,  $SD = 3.46$ )

สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์ (2551) ศึกษาการใช้ยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเชียงดาว ตำบลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 54 คน พบว่า กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นโรคอ้วนและมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่มีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับคะแนนการใช้ยาโดยรวม และการใช้ยาถูกต้องตามหลักการอยู่ในระดับดี



ทั้งส่วนการป้องกันอันตรายและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้ ทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีความคิด การรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มเหมือนกัน อีกประการหนึ่งคือ ประชากรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือนจึงได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เหมือนกัน ประกอบกับประชากรอาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันขณะรอรับบริการจึงทำให้ระดับการปฏิบัติการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 90 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรู้ แรงและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ( $R^2=0.16$ ,  $F=5.518$ ,  $p<0.01$ ) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=-0.347$ ,  $t=-3.425$ ,  $p<0.01$ )

สุรีย์ คำพอง (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2548 ถึงมกราคม 2549 จำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.90 มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 46.60 เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและต่อเนื่องช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 52.27 เชื่อว่าจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ และร้อยละ 48.86 เชื่อว่าสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติได้หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ร้อยละ 56.82 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.23 โดยพบว่าในกลุ่มนี้มีการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 45.45 มีปัญหาและข้อจำกัดด้านสุขภาพ ความพร้อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก เหนื่อยง่าย จึงเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

หัตสยาพร มะโน (2552) ศึกษาการรับรู้อาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 226 คน โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.22 มีความเห็นว่า อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ



60-65 มีความเห็นว่าอาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน ที่สำคัญพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.45 และร้อยละ 62.27 ไม่คิดว่า อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใดและการมองไม่ชัด ตามัวหนึ่งหรือสองข้างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86.28-96.02 มีการรับรู้วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยาและการตรวจตามนัด ส่วนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.99 -77.43 มีการรับรู้การจัดการอาการต่อไปในภาวะฉุกเฉิน คือ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.45 ไม่เห็นด้วยกับการจัดการในภาวะฉุกเฉิน กรณีการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด

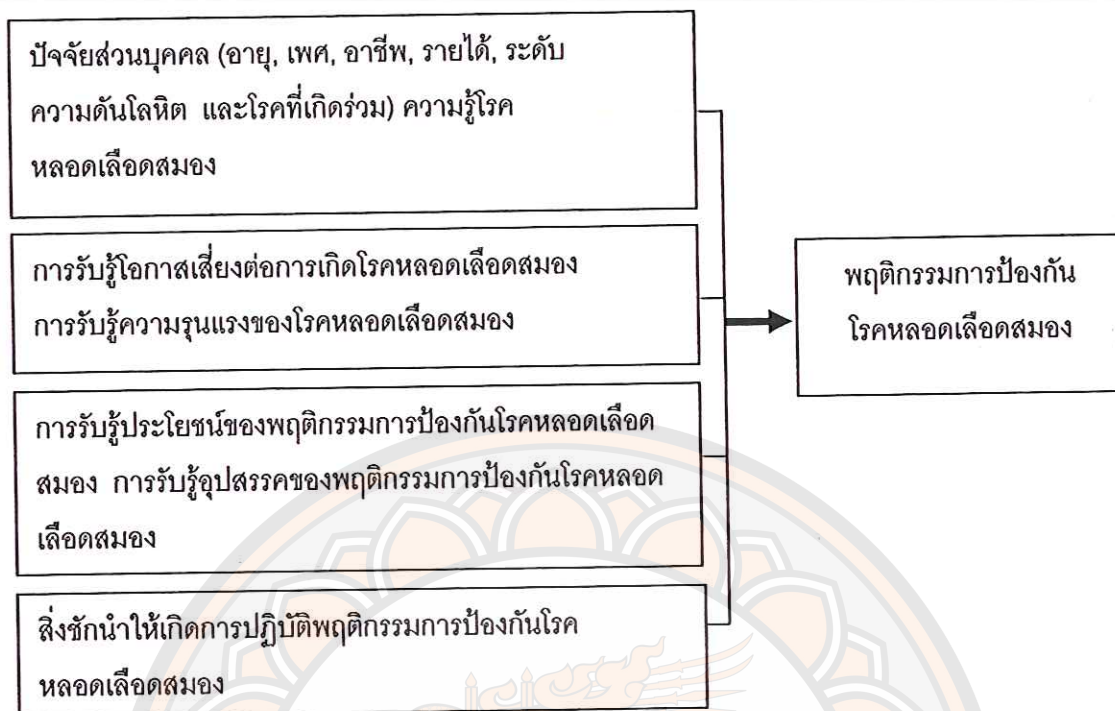
อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

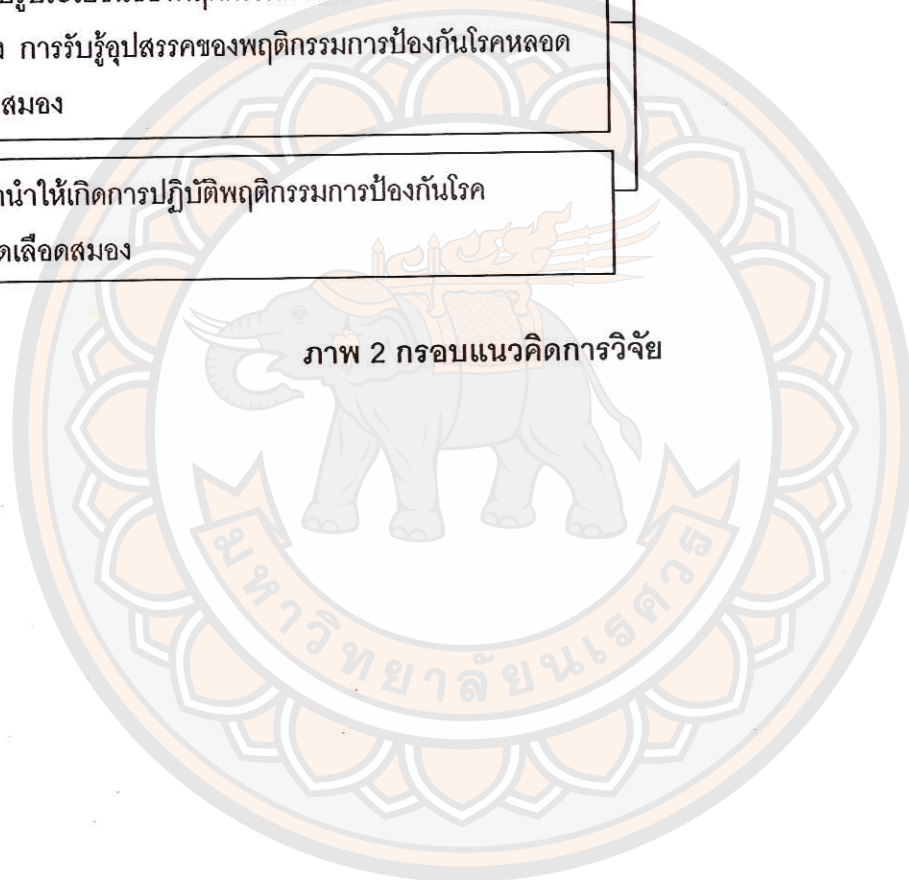
#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งกล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Barriers) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังภาพ 2





ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสิ้น 20 แห่ง และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ทั้งสิ้น 4,423 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ, 2556) โดยประชากรมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

##### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นตัวแทนประชากรได้มาจากการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

##### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยในครั้งนี้ มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม 0.05 (Taro Yamane, 1973 อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547, หน้า 207) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 367 คน มีวิธีการดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$



เมื่อ  $n$  แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  แทน จำนวนประชากรทั้งหมดที่ต้องการศึกษา 4,423 คน  
 $e$  แทน ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 5  
 เมื่อนำค่ามาแทนในสูตรข้างต้น ได้ผลดังนี้

$$\text{แทนค่า } n = \frac{4,423}{1+4,423 \times (0.05)^2}$$

$$= 366.83$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 367 คน  
 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 2 ขั้นตอน  
 (Stratified Two-stage Sampling) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบางระกำ  
 จังหวัดพิษณุโลก มีการจัดโซนการบริหารสถานบริการสาธารณสุขออกเป็น 5 โซน ๆ ละ  
 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมเป็น 20 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางระกำ

ลำดับ	โซน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(คน)
1	1	วังอิทก	206
2	1	กรับพวง	106
3	1	ทำนงงาม	212
4	1	ป่อทอง	273
5	2	ในนิคมบางระกำ	152
6	2	หนองกุลา	172
7	2	หนองไผ่	137
8	2	หนองนา	164
9	3	ชุมแสงสงคราม	229
10	3	บ้านชุมแสง	240
11	3	หนองอ้อ	152

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับ	โซน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(คน)
12	3	ดงคู่ม่วง	222
13	4	บึงกอก	284
14	4	ปรือกระเทียม	227
15	4	นิคมพัฒนา	216
16	4	บ้านใหม่เจริญผล	110
17	5	ปลักแรด	696
18	5	ดงโคกขาม	152
19	5	พันเส้า	280
20	5	แหลมมะค่า	193
รวม			4,423

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ, 2555

#### การสุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 1 (stage1)

เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยวิธีจับสลากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในแต่ละโซน ๆ ละ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ข้อมูลที่จัดเก็บมีการกระจายอย่างทั่วถึงในเขตอำเภอบางระกำ ได้จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชุมแสง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงกอก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมมะค่า

#### การสุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 2 (stage2)

กำหนดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามสัดส่วนจำนวนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในกลุ่มตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง โดยให้ผลรวม เท่ากับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ในขั้นตอนที่ 1 เป็นการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสุ่มเป็นช่วง ๆ โดยดำเนินการดังนี้ กำหนดหมายเลขประจำหน่วยตามบัญชีรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Sampling frame) คำนวณช่วงของการสุ่ม ( $n/N$ ) ทำการสุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้น (Random start) และนับหน่วยของ



ตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่ม (Random interval) (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2547, หน้า 123 - 131) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

โซน	พื้นที่(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ)	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอทอง	273	87
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา	164	52
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชุมแสง	240	76
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงกอก	284	90
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมมะค่า	193	62
	รวม	1,154	367

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ, 2556

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต และโรคที่เกิดร่วม จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ข้อที่ตอบถูกให้คะแนน เท่ากับ 1 ข้อที่ตอบผิดให้คะแนน เท่ากับ 0 ค่าพิสัย เท่ากับ 18 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง เท่าๆกัน (ประคองภรณ์สูตร, 2542) ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับมาก ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับน้อย ดังนี้

ความรู้ระดับมาก	ได้คะแนน	13-18	คะแนน
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนน	7-12	คะแนน
ความรู้ระดับน้อย	ได้คะแนน	0-6	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6 ข้อ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 6 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

การให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนดิบ กำหนดอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย ซึ่งคำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2552, หน้า 51-52) แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน (ประคอง กรรณสูตร, 2542) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย จัดแบ่งเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

เกณฑ์ระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			
ระดับมาก	มีคะแนน	23 – 30	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	15 – 22	คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนน	6 – 14	คะแนน



เกณฑ์ระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับมาก	มีคะแนน	23 – 30	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	15 – 22	คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนน	6 – 14	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ข้อ และข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 6 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

การให้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อความด้านบวก และข้อความด้านลบ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนดิบ กำหนดอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย ซึ่งคำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2552, 51-52) แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน (ประคอง กรรณสูตร, 2542) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย จัดแบ่งเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

เกณฑ์ระดับคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับมาก	มีคะแนน	23 – 30	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	15 – 22	คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนน	6 – 14	คะแนน

เกณฑ์ระดับคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับมาก	มีคะแนน	23 – 30	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	15 – 22	คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนน	6 – 14	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

การให้คะแนนสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนดิบ กำหนดอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย ซึ่งคำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2552, หน้า 51-52) แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง กรวรรณสูตร, 2542) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย จัดแบ่งเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้



ระดับมาก	มีคะแนน	111 – 150	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	71 – 110	คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนน	30 – 70	คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การตอบคำถามจะมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางวัน และไม่ปฏิบัติเลย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติทุกวัน
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งที่มีโอกาส
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้งที่มีโอกาส
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย

การให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	ให้	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนดิบ กำหนดอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย ซึ่งคำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2552, หน้า 51-52) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ คือ ระดับเหมาะสมมาก ระดับเหมาะสมปานกลาง และระดับเหมาะสมน้อย จัดแบ่งเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับเหมาะสมมาก	มีคะแนน	61 – 80	คะแนน
ระดับเหมาะสมปานกลาง	มีคะแนน	41 – 60	คะแนน
ระดับเหมาะสมน้อย	มีคะแนน	20 – 40	คะแนน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

### 1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์สาขาอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ(ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:APN) 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทุกเครื่องมือมีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.0

### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอบางระกำ ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson (สมประสงค์ เสนารัตน์, 2555, หน้า 7) ได้ เท่ากับ 0.80 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, W.G., 1997 อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553, หน้า 236-238) มีค่า เท่ากับ 0.87, 0.84, 0.91, 0.84, 0.94 และ 0.82 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการทำหนังสือขอรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับบอกเกี่ยวกับข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการได้โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีผลต่อการรักษาและจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น



### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการพิจารณา และรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขอำเภอ บางระกำ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์และเนื้อหาของ การวิจัยครั้งนี้ สร้างความเข้าใจในการสอบถาม โดยอ่านข้อความแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยฟัง และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้ซักถามในแต่ละข้อคำถามที่สงสัย พร้อมกับสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ช่วยวิจัยได้สังเกตวิธีการทำแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เหตุผลที่ต้องขอความร่วมมือ พร้อมแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ และชี้แจงถึงการรักษาความลับของข้อมูล
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแจกให้กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจสามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง
5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่แบบสอบถามไม่ครบถ้วนผู้วิจัยซักถามถึงเหตุผล อธิบายเพิ่มเติม และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน
6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี
7. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์และความถูกต้องตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงรหัสคะแนน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อการวิจัยต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรมคำนวณทางสถิติ คำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลประชากร ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต และโรคที่เกิดร่วม โดยใช้สถิติพรรณนาในการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression analysis)





## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 367 ราย จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับความดันโลหิต และโรคที่เกิดร่วม ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับความดันโลหิต และโรคที่เกิดร่วม (n=367)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	29.2
หญิง	260	70.8

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
36 – 43	32	8.7
44 – 51	39	10.6
52 – 59	94	25.6
60 – 67	184	50.2
68 ปีขึ้นไป	18	4.9
$(\bar{X} = 57.89, S.D. = 12.66, \text{Min} = 36, \text{Max} = 95)$		
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรรวม	190	51.8
รับราชการ	1	0.3
รับจ้าง	54	14.7
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	105	28.6
ค้าขาย	17	4.6
<b>รายได้ (ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน)</b>		
ต่ำกว่า 5,000	176	48.0
5,001 – 10,000	174	47.4
10,001 – 15,000	15	4.1
15,001 – 20,000	1	0.3
20,001 – 25,000	1	0.3
25,001 – 30,000	1	0.3
$(\bar{X} = 5,720.44, S.D. = 3,092.03, \text{Min} = 700, \text{Max} = 20,000)$		
<b>ระดับความดันโลหิต (ครั้งสุดท้ายในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)</b>		
<b>ค่าบน</b>		
< 140 mmHg	272	74.1
> 140 mmHg	95	25.9
$(\bar{X} = 131.22, S.D. = 12.02, \text{Min} = 97, \text{Max} = 177)$		



ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิต (ครั้งสุดท้ายในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)		
ค่าล่าง		
< 90 mmHg	324	88.3
> 90 mmHg	43	11.7
$(\bar{X} = 76.30 \text{ S.D.} = 9.20, \text{Min} = 51, \text{Max} = 100)$		
โรคที่เกิดร่วม*		
โรคเบาหวาน	203	55.3
โรคไขมันในเลือดสูง	258	70.3
โรคหัวใจ	6	1.6
โรคไต	1	0.3
โรคเก๊าท์	2	0.5
ไม่มีโรคที่เกิดร่วม	48	13.1

\* กลุ่มตัวอย่างบางรายมีโรคประจำตัวหลายโรค

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.8) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 60 - 67 ปี (ร้อยละ 50.2) คิดอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.89 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 51.8) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.0) รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 5,720.44 บาท ระดับความดันโลหิต ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตค่าบนน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 74.1) ความดันโลหิตเฉลี่ยค่าบน 131.22 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตค่าล่างน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 88.3) ความดันโลหิตเฉลี่ยค่าล่าง 76.30 มิลลิเมตรปรอท และโรคที่เกิดร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 70.3)

## ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (n=367)

ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย (0-6 คะแนน)	4	1.1
ปานกลาง (7-12 คะแนน)	27	7.4
มาก (13-18 คะแนน)	336	91.5

จากตาราง 4 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 91.5)

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=367)

การรับรู้	ระดับการรับรู้					
	น้อย (6-14 คะแนน)		ปานกลาง (15-22 คะแนน)		มาก (23-30 คะแนน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โอกาสเสี่ยง	71	19.3	107	29.2	189	51.5
ความรุนแรง	14	3.8	82	22.4	271	73.8
ประโยชน์	37	10.1	189	51.5	141	38.4
อุปสรรค	46	12.5	191	52.1	130	35.4



จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.5) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 73.8) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.5) และมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.1)

#### ส่วนที่ 4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=367)

ระดับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย (30 – 70 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (71 – 110 คะแนน)	56	15.3
มาก (111 - 150 คะแนน)	311	84.7

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.7)

#### ส่วนที่ 5 พฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=367)

ระดับพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหมาะสมน้อย (20 – 40 คะแนน)	4	1.1
เหมาะสมปานกลาง (41 – 60 คะแนน)	125	34.1
เหมาะสมมาก (61 - 80 คะแนน)	238	64.8

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเพิ่มการทำนายเข้าทีละตัว (Stepwise) (n=367)

ตัวแปร	β	B	T	Sig
CONSTANT		45.979	11.262	0.000
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.226	0.126	4.563	0.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	-0.168	-0.227	-3.354	0.001
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.157	0.207	3.131	0.002

(F = 18.30, Sig = 0.000, Adjusted R<sup>2</sup> = 0.124, R<sup>2</sup> = 0.131, Std.Error = 4.083)

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้สูงสุด รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  โดยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.226 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.168 และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.157 ค่าคงที่ เท่ากับ 45.979 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.126 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



เท่ากับ 0.227 และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.207 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 4.083

ดังนั้นผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ สามารถนำมาสร้างสมการทำนาย ได้ดังนี้

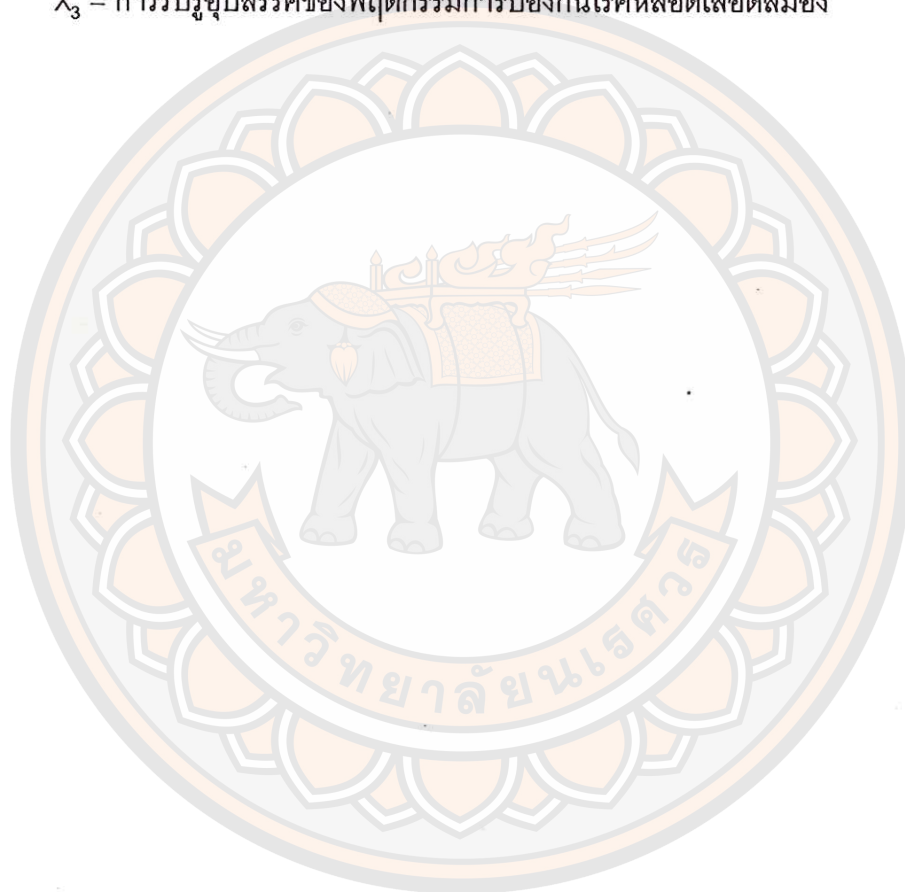
$$Y' = 45.98 + 0.126X_1 - 0.227X_2 + 0.207X_3$$

$X_1$  = สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหอดเลือดสมอง

$Y'$  = พฤติกรรมการป้องกันโรคหอดเลือดสมอง

$X_2$  = การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอดเลือดสมอง

$X_3$  = การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหอดเลือดสมอง



## บทที่ 5

### บทสรุป

#### สรุปผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชาย และหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งหมด 367 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ค่าคงที่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression analysis)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.8) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 60 - 67 ปี (ร้อยละ 50.2) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.8 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 51.8) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.0) รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 5,720.44 บาท ระดับความดันโลหิต ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตค่าบนน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 74.1) ความดันโลหิตเฉลี่ยค่าบน 131.22 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตค่าล่างน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 88.3) ความดันโลหิตเฉลี่ยค่าล่าง 76.30 มิลลิเมตรปรอท และโรคที่เกิดร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 70.3) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 91.5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.5) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 73.8) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.5) และมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.1) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.7) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8)



## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถแยกอภิปรายตามคำถามการวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอ บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับใด

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8) อาจเป็นเพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ (อาคม อารยาวิชานนท์, 2548, หน้า 143) เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลกจนถึงระดับชุมชน จากผลกระทบที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงและเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการได้มาก และสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาระของครอบครัว และสังคม (จรรยา สันตยากร, 2554, หน้า 58) ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชน ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 มีเป้าประสงค์สูงสุด คือ ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1 ใน 5 โรควิถีชีวิต โดยให้ส่งเสริมวิถีชีวิตที่พอเพียง ได้แก่ การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและขับเคลื่อนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมในด้านการรับประทาน ยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องปรับเป็นเวลานานจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก สอดคล้องกับเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยกล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยแนวคิดนี้อธิบายความเชื่อ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ดังเช่น การศึกษาของ สุรีย์ คำพอง (2549) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.9 มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 46.6 เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และต่อเนื่องช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 52.3 เชื่อว่าจะช่วยป้องกัน



ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ และร้อยละ 48.9 เชื่อว่าสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติได้ หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 ซึ่งเพศหญิงต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฟ้า ทาอินคำ (2554) พบว่าเพศหญิงมีความสนใจในการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยในสถานที่ทำงานมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ย 57.8 ปี) ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ดังการศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 59.2 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสุขภาพที่ดี มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 91.5) บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้บุคคลรู้จักคิด ไตร่ตรอง และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา รวมทั้งผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสารมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากตลอดจนรู้จักใช้บริการทางการแพทย์ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.2 จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสามารถสนับสนุนผลการศึกษาดังกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก หรือไม่ อย่างไร



จากการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 3 ปัจจัยมีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ผลการวิจัยนี้ สนับสนุนแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์บางส่วน โดยพบว่าตัวแปรนี้สามารถ ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้สูงสุด คือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง Becker (1974) ได้กล่าวว่า การกระตุ้นของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น ซึ่งสิ่งชักนำนี้จะป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.7) การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านทางสื่อมวลชน เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว หนังสือพิมพ์หรือวารสาร จะทำให้เกิด พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจน อสม. ทำให้ อยากรดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 96.3 และเชื่อว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก สื่อต่างๆ ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ โปสเตอร์ ทำให้มีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.7 นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอจะช่วยป้องกันการ เกิดโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 93.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิราวดี พันธ์ (2556) พบว่า ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหอบหืด สูงสุด ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม



ไม่ได้เคลื่อนย้ายหรือออกจากพื้นที่ป่วย และมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยๆ

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไสตะ, 2552, หน้า 87) กล่าวว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.1) ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ที่ตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม (2550) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 27.20 (อรุณดา นางแย้ม, 2550, หน้า 53) และการศึกษาของ นันทวดี ดวงแก้ว (2551) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p\text{-value} < .001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) เท่ากับ .309

2.3 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคเป็นความเชื่อ หรือความนึกคิดของบุคคลต่อปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความกลัว การมารับบริการการตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ความยากลำบาก ความไม่แน่ใจของผลการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) พฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคของผู้ป่วย และสามารถทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (Becker, 1974 อ้างอิงใน จุฬารัตน์ ไสตะ, 2552, หน้า 88) การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่มีอุปสรรค หรือก่อให้เกิดความไม่สะดวกหรือมีอุปสรรคขัดขวางน้อย ดังการศึกษาของ สุมาลี



วังธนกร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) พบว่ามีการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ( $R^2=0.16$ ,  $F=5.518$ ,  $p<0.01$ ) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=-0.347$ ,  $t=-3.425$ ,  $p<0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา คุรุเมือง (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ( $p<.001$ ) และการศึกษาของอรุณลดา นางแย้ม (2550) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### ข้อเสนอแนะการวิจัย

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ด้านการบริหารจัดการ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงได้เห็นความสำคัญของสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น สื่อต่าง ๆ คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่นับถือมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ด้านการปฏิบัติการ ควรมีการประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงหรือความเป็นไปได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคหรือสิ่งที่ยกขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอุปสรรคที่จะขัดขวางพฤติกรรมและให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการหรือยังขาดอยู่ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 ด้านการศึกษาวิจัย เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ตัวแปรทั้ง 3 มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

#### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2.2 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกเท่านั้น และการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายการศึกษาในระดับจังหวัดให้ครอบคลุมมากขึ้น



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์



## บรรณานุกรม

- กรองจิต วาที่สาธกกิจ. (บรรณารักษ์). (2549). พยาบาลกับบุหรี. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- กระทรวงสาธารณสุข. (8 มีนาคม 2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2555 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/THLSP2011-2020/cabinet8march2011/index.html>
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากร. (2553). ประสาทวิทยาทันสมัย Modern Neurology. กรุงเทพฯ: พรวาเพรส (2002).
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2552). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 7). ปทุมธานี: สกายบุ๊กส์.
- ขวัญฟ้า ทาอินคำ. (2554). การรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- คณะกรรมการการป้องกัน รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก. (2554). แนวทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา กระทรวงสาธารณสุข. (2549). ยากับโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์ (1996).
- คณาจารย์สาขาวิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2552). ความรู้เรื่องยา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วี ฟันท์.
- จรรยา สันตยากร. (2554). การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน. พิษณุโลก: ทรกุลไทย.
- จุฬารณณ์ ไสตะ. (2552). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ Concepts Theories and Application for Health Behavioral Development. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชูชาติ เจริญสอน. (2549). ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกำป้องกันโรค ไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัด สิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2552). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์ โปรดักส์.

- ณัฐภรณ์ มลิजार. (7 มิถุนายน 2553). แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2555, จาก [http://team.sko.moph.go.th/index.php/index\\_phpview=article&id=818&tmp=component&print=1&task=printblog&option=com\\_myblog&Itemid=67](http://team.sko.moph.go.th/index.php/index_phpview=article&id=818&tmp=component&print=1&task=printblog&option=com_myblog&Itemid=67)
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดร.ดร. นุญบันดาล. (2547). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2555, จาก <http://library.pi.ac.th/searching.php?MAUTHOR=%20%B4%C7%A7%E3%A8%20%20%E0%BB%C5%D5%E8%C2%B9%BA%D3%C3%D8%A7%20%20%20>
- นันทวี ดวงแก้ว. (2551). ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิตยา พันธเวช และนุชรี อาบสุวรรณ. (2553). ประเด็นสารวันอัมพาตโลกปี 2552. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นิราวดี พัทธนี. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัย ทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บุญศรี บันดึบ. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านแท่นดอกไม้ ตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประคอง กรวรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเชษฐ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2551). Hypertensive Crisis. ใน จันทราภา ศรีสวัสดิ์, อัมพา สุกิจจำรูญ, ประเชษฐ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และวิชัย ประยูรวิวัฒน์ (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน (หน้า 286-304). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2552). คู่มือยา (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.



- ปานชีวัน แลบุญมา. (2551). ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ปิติกานต์ นุรณภาพ. (2552). คู่มือดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสถาน.
- ปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย. (2548). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรวลี ปริกษัษาม. (2555). ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงด้านโรคหัวใจ. ใน ไยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โภทิสต์ย์, สิทธิชัย อาชาโยนดี และสุวีพร คนละเอียด. (บรรณาธิการ). คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยตนเอง (หน้า 59-68). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิจารณ์ พิมพ์ชนไว. (2552). คุณความดันโลหิตสูงให้อยู่ สู้โรคร้าย. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส.
- ภัทรา อังสุวรรณ และนฤพัชร สอนประเสริฐ. (2555). ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง ด้านระบบประสาท. ใน ไยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โภทิสต์ย์, สิทธิชัย อาชาโยนดี และสุวีพร คนละเอียด (บรรณาธิการ), คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะ ความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. (หน้า 39-52). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- ยุทธพงษ์ พรหมเสนา. (2550). ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รัตนภรณ์ ศุภสร. (2554). การรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองแตก หรือตีบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์: เครื่องหมายบริการสุขภาพ.
- รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2553). ความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ แรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอ ชนบท จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2547). หนังสือสถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย (Applied Statistics To Behavioral Research) (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- สภาการพยาบาล. (2556). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.tnc.or.th/diploma/page-3.html>
- สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณารักษ์). (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมชาย โลกคำลือ. (2549). ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังซัน อำเภอวังซัน จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมประสงค์ เสนารัตน์. (2555). เอกสารประกอบการสอนวิชาสถิติ และการวิจัยเบื้องต้น. ร้อยเอ็ด: มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: อีวอเตอร์พรินต์ติ้ง.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ. (2555). รายงานอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2556). รายงานอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข ปี 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.



- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ  
 ดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). ข้อมูลและสถิติ.  
 สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2556, จาก [http://thaincd.com/information-statistic/  
 non-communicable-disease-data.php](http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php).
- สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์. (2551). การใช้ยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดัน  
 โลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุมาลี วัจนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อ  
 พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร,  
 26(6), 539-547.
- สุรีย์ คำพอง. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มี  
 ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม.,  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุรเกียรติ อาชานภาพ. (2553). ดำรงการตรวจรักษาโรคทั่วไป :350 โรคกับการดูแลรักษา  
 และป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- สุรเกียรติ อาชานภาพ. (27-31 สิงหาคม 2555). แนวทางการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวาน  
 ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง). ใน อบรมพื้นฟูวิชาการ ประจำปี 2555  
 เรื่อง การรักษาพยาบาลขั้นต้นในการให้บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ:  
 สร้างสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (หน้า 65-94). กรุงเทพฯ:  
 กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เตชัสหงส์ (บรรณาธิการ). (2551).  
 พยาธิสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์  
 (กรุงเทพ).
- สุทธิ เวศวากยานนท์. (2554). รู้ไว้ ไข้ยา (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หัตถยาพร มะโน. (2552). ศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย  
 โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ ส.ม.,  
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค  
 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

อุดม ไกรฤทธิชัย. (2555). ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงทางโรคไต. ใน ไยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สิทธิชัย อาชวยินดี และสุวีพร คนละเอียด. (บรรณาธิการ). คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง (หน้า 53-58). กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.

Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Quarterly*, 2, 175-183.

Janz, N.K. and Becker, N.M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(Spring), 1-47.

Mackay, J. and Mensah, G. A. (2004). The atlas of heart disease and stroke. Retrieved September 28, 2010, from [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en.htm](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm).

Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., et al. (2008). Heart disease and stroke statistics-2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. Retrieved November 5, 2008, from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18086926.html](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18086926.html)

World Health Organization. (2008). Cardiovascular disease. Retrieved January 16, 2009, from [http://www.who.int/cardiovascular\\_disease/en.htm](http://www.who.int/cardiovascular_disease/en.htm)





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรัตนนคร

ภาคผนวก ก รายชื่อบุคคลผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ ตำแหน่งอาจารย์  
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง  
จังหวัดพิษณุโลก
2. ดร.สุภาพร แนวนบุตร ตำแหน่งอาจารย์  
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง  
จังหวัดพิษณุโลก
3. นายแพทย์วงศ์ชยุตม์ มินิพันธ์ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบางระกำ  
จังหวัดพิษณุโลก
4. นางชรัตน์ ตันติอำนาจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลท่านางงาม อำเภอบางระกำ  
จังหวัดพิษณุโลก
5. นางนวรรตน์ ชูดีปัญญาภรณ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาล  
คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางระกำ  
จังหวัดพิษณุโลก



**แบบสอบถาม**

**เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก**

**คำชี้แจง**

ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านตอบคำถามทุกข้อ และ แสดงความคิดเห็นให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	6	ข้อ
ส่วนที่ 2	ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	18	ข้อ
ส่วนที่ 3	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 4	การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 5	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง	จำนวน	30	ข้อ
ส่วนที่ 6	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	20	ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

นางวาสนา เหมือนมี

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่หน้าข้อความตามความเป็นจริงในแต่ละข้อ และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้

	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	SEX <input type="checkbox"/>
2. อายุ.....ปี	AGE <input type="checkbox"/>
3. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 4. แม่บ้าน/พ่อบ้าน <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ .....	OCC <input type="checkbox"/>
4. รายได้ต่อเดือน .....บาท	INC <input type="checkbox"/>
5. ระดับความดันโลหิต .....มิลลิเมตร /ปรอท (ระดับความดันโลหิต ครั้งสุดท้ายในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)	BP <input type="checkbox"/>
6. โรคที่เกิดร่วม <input type="checkbox"/> 1. โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> 2. โรคไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> 3. โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> 4. โรคไต <input type="checkbox"/> 5. โรคอื่นๆ ระบุ.....	DIS <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ใช่ หรือ ไม่ใช่

โดยเลือกตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง			
1.โรคหลอดเลือดสมอง คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตก			K1 <input type="checkbox"/>
ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
.....			.....
18.การออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้			K18 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง  
และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด  
เพียงหนึ่งช่อง

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด  
เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก  
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง  
เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย  
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						S1 <input type="checkbox"/>
.....						.....
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						S6 <input type="checkbox"/>

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด สมอง 7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือด สมองแล้วจะทำให้ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น						S7 <input type="checkbox"/>
.....						.....
12. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรค หลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้ระยะเวลานานใน การรักษา ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง						S12 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงหนึ่งช่อง

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง 1. การรับประทานอาหารจัดหรือลดเค็ม จะช่วย ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้						B1 <input type="checkbox"/>



ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
.....						.....
6. การรับประทานยาลดความดันโลหิต สม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด เสื่อมสมองได้						B6 <input type="checkbox"/>
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบัง โรคหลอดเลือดเสื่อมสมอง						
7. ท่านรับประทานอาหารเช้าหรือลดเค็มไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารเอง						B7 <input type="checkbox"/>
.....						.....
.....						
12. ท่านไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเป็น การผ่อนคลายความเครียดที่ดีที่สุด						B12 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำบัง  
โรคหลอดเลือดเสื่อมสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด  
เพียงหนึ่งช่อง

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
1.เมื่อท่านอ่านแผ่นพับ โปสเตอร์ แนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดัน โลหิต ท่านจะปฏิบัติตาม						C1 <input type="checkbox"/>
.....						.....
30.เมื่อเพื่อน แนะนำเกี่ยวกับการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การ งดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว ท่านจะปฏิบัติตาม						C30 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด  
เพียงหนึ่งช่อง

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติทุกวัน
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งที่มีโอกาส
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้งที่มีโอกาส
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	สำหรับ ผู้วิจัย
ด้านการรับประทานยา 1.ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง					P1 <input type="checkbox"/>
.....					.....
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 20.ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่ม ขึ้นอยู่เสมอ					P20 <input type="checkbox"/>



## ภาคผนวก ค เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 86/2013  
IRB No. 204/56



### คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจับที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ผู้วิจัยหลัก : นางวาสนา เหมือนมี  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์  
วิธีหวน : แบบเร่งรัด  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

#### เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 สิงหาคม 2556
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 สิงหาคม 2556
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 กันยายน 2556
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 กันยายน 2556
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 กันยายน 2556
6. โครงการวิจัยฉบับเต็ม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 สิงหาคม 2556
7. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 สิงหาคม 2556
8. สรุปโครงการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 18 กันยายน 2556
9. จบประมาณที่ได้รับ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 สิงหาคม 2556
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 สิงหาคม 2556

ลงนาม



(พอ. นฤเบศร์ งามวิจิตร) (นพ.นเรศวร)  
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 4 ตุลาคม 2556  
วันหมดอายุ : 4 ตุลาคม 2557

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขซึ่งระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ง เอกสารที่ใช้สำหรับการวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๒.๐๑/ว ๔๔๔๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางสาวสนา เหมือนมี รหัสประจำตัว ๕๒๐๖๑๔๔๓ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา  
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำ  
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน  
โลหิตสูง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ดร.สมลักษณ์  
เทพสุริยาภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงาน  
ของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวม  
ข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่ง  
ว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณิง นิง กุฬพัฒน์วิบูลย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ

โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๙

โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖

๒. นางสาวสนา เหมือนมี

โทร ๐๘๙-๖๔๗-๒๘๙๒





ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๒.๐๗/ว ๔๔๙๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางวาสนา เหมือนมี รหัสประจำตัว ๕๒๐๖๑๔๔๓ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา  
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำ  
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน  
โลหิตสูง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ดร.สมลักษณ์  
เทพสุริยานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงาน  
ของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวม  
ข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่ง  
ว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ ภูพัฒน์วิบูลย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ

โทร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๙

โทรสาร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๖

๒. นพวาสนา เหมือนมี

โทร ๐๘๙-๖๔๗-๒๘๙๒

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๒.๐๓/ว ๔๔๔๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชุมแสง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางวาสนา เหมือนมี รหัสประจำตัว ๕๒๐๖๑๔๔๓ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา  
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำ  
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน  
โลหิตสูง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ดร.สมลักษณ์  
เทพสุริยาภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงาน  
ของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวม  
ข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่ง  
ว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณิณี กุทัตเมธีวิบูลย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๓. งานวิชาการ

โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๙

โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖

๖. นางวาสนา เหมือนมี

โทร ๐๘๙-๖๔๗-๒๘๙๒





ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๒.๐๗/ว ๔๔๔๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงกอก

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางवासนา เหมือนมี รหัสประจำตัว ๕๒๐๖๑๔๔๓ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา  
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำ  
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน  
โลหิตสูง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ดร.สมลักษณ์  
เทพสุริยานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงาน  
ของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวม  
ข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่ง  
ว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณิง กุฑ์เต็มวิบูลย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ

โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๙

โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖

๒. นางवासนา เหมือนมี

โทร ๐๘๙-๖๔๗-๖๘๙๖

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๒.๐๑/ว ๔๔๔๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมมะค่า

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางวาสนา เหมือนมี รหัสประจำตัว ๕๒๐๖๑๔๔๓ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี คร.สมลักษณ์ เทพรสุริยานนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณิง ภัทน์นวิบูลย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ

โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๔

โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖

๒. นางาสภา เหมือนมี

โทร ๐๘๙-๖๔๗-๒๘๙๒