



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS AND STROKE

PREVENTIVE BEHAVIORS IN DIABETES MELLITUS PATIENTS

WITH HYPERTENSION

พรรณทิพย์ คำภีชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2564

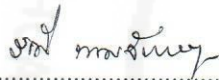
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง
THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS AND STROKE
PREVENTIVE BEHAVIORS IN DIABETES MELLITUS PATIENTS
WITH HYPERTENSION

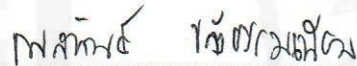
พรรณทิพย์ คำภีชัย

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2564



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



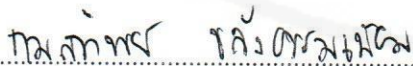
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์
กรรมการ



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



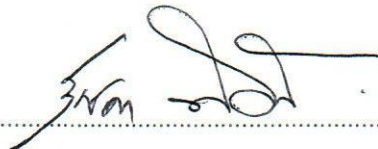
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม
กรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



อาจารย์ ดร.นพณัฐ จำปาเทศ
กรรมการ



อาจารย์ ดร.รัชดา พ่วงประสงค์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

พรรณทิพย์ คำภิชัย 616113

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม ปร.ด. (การพยาบาล)

จรรย์วัตร คมพยัคฆ์, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 110 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ระหว่าง 0.875-1.000 และนำไปทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ .867, .753, .718, .726, .768 และ .700 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Spearman Rank Correlation Coefficient Mann-Whitney Test และ Kruskal-Wallis Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.35, S.D.=.333) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สถานภาพสมรส (Kruskal-Wallis Test=9.688, p=.021) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (r_s =.303, p=.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (r_s =.267, p=.005) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (r_s =.228, p=.017) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (r_s =.249, p=.009) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ร่วมกับความดันโลหิตสูง

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS AND STROKE
PREVENTIVE BEHAVIORS IN DIABETES MELLITUS PATIENTS
WITH HYPERTENSION

PANTIP COMPICHAJ 616113

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KAMONTRIP KHUNGTUMNEUM, Ph.D. (NURSING)

JARIYAWAT KOMPAYAK, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH NURSING)

ABSTRACT

This research aimed to study were to the relationship between health beliefs and stroke preventive behaviors in diabetes mellitus patients with hypertension. The sample consisted of diabetes mellitus patients with hypertension Who come to receive services in Nongprue of Tambon Health Promoting Hospital, Bang Phli District, Samutprakan, collected 110 people. Data were collected by using questionnaires consisting of stroke prevention behaviors, perceived susceptibility of stroke, perceived severity of Stroke, perceived benefits to stroke prevention behaviors, perceived barriers to stroke preventive behaviors and perceived self-efficacy to stroke preventive behaviors. Pass the validation check content oriented from 3 experts and CVI = .0875-1.000 The Cronbach's alpha coefficient is equal to .867, .753, .718, .726, .768 and .700 The data is analyzed by mean, standard deviation, Spearman Rank Correlation Coefficient Coefficient, Mann-Whitney Test and Kruskal-Wallis Test and Cramer s' V Coefficient.

The results showed that the sample group had overall stroke preventive behaviors at a moderate level (\bar{X} =3.35, S.D.=.333). There were significant factors associated with stroke prevention behaviors, marital status (Kruskal-Wallis Test = 9.688, p=.021) perceived severity of stroke (r_s =.303, p=.001) perceived susceptibility of stroke (r_s =.267, p=.005) perceived benefits to stroke preventive behaviors (r_s =.228, p=.017) perceived self-efficacy to stroke preventive behaviors (r_s =.249, p=.009)

Keywords: Health beliefs, Stroke preventive behaviors, Diabetes mellitus patients with hypertension

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำและข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนา แนวคิดและการดำเนินการแก่ผู้วิจัยตลอดจนช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องรวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจ ตลอดเวลา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา ประธานกรรมการสอบป้องกัน วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.นพนัฐ จำปาเทศ กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น อันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งขอขอบคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่กรุณา ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด อำเภอบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ ที่ให้ความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลและที่สำคัญขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุน อำนวยความสะดวก รวมถึงญาติมิตรที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อนนักศึกษา ปริญญาโทในรุ่นที่คอยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดี ของทุกท่านจึงขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ในโอกาสนี้

พรรณทิพย์ คำภิชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	8
2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับความดันโลหิตสูง	12
2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	14
2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	20
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	24
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	25
3.4 การรวบรวมข้อมูล	26
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 จริยธรรมในการวิจัย	28
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ลักษณะส่วนบุคคล	29
4.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	32
4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ	36
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	41
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	43
5.2 อภิปรายผล	44
5.3 ข้อเสนอแนะ	49
บรรณานุกรม	50
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	58
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย	60
ภาคผนวก ค หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent From)	61
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	62
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
ประวัติผู้เขียน	71

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัว (n=110)	29
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=110)	30
3 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (n=110)	32
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจำแนกเป็นรายข้อเรียงจากสูงไปต่ำในแต่ละด้าน (n=110)	32
5 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (n=110)	36
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้แต่ละด้านของความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ (n=110)	37
7 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิต	41
8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ กับพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	42
9 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรสและรายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	42

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

22



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลให้เซลล์สมองตาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน ทั่วโลก และปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization. 2014) สำหรับประเทศไทยจากรายงานของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562 : ออนไลน์) พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 38.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 43.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 8.02 ต่อประชากรแสนคน (กรมการแพทย์. 2562 : ออนไลน์)

โรคหลอดเลือดสมองมักจะพบได้มากในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โดยมีการศึกษา พบว่า 2 โรคนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ (adjusted OR 8.94 ; 95%CI 1.47-54.34) ไขมันในเลือดสูง (adjusted OR 5.93 ; 95%CI 1.11-31.52) (Bandasak R et al. 2011 : 1241-1248) โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงยิ่งทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (ณัฐกร นิลเนตร. 2562 : 51-57) มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวได้ (Chandratheva A et al. 2010 : 851-856) อ้างถึงใน จุก สุวรรณโณ และจอม สุวรรณโณ. 2560 : 160-177) ซึ่งผู้ที่เป็โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เนื่องจากทั้ง 2 โรคมีผลทำให้เกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการตีบ อุดตัน หรือแตกได้ (ปราณี ทุ้ไพเราะ. 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัตน์ บุญยืน (2559 : 256-266) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพและโรคร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตมีความสูงเสี่ยงเป็น 2.230 เท่า ของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (OR=2.203, p=0.006) เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองอาจส่งผลให้เกิดระดับความรู้สึกตัวลดลง สูญเสียการรับรู้หรือการรับรู้บกพร่อง เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและทุพพลภาพเร็วขึ้น (บวรลักษณ์ ทองทวิ และคณะ. 2561 : 179-191) จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ที่เป็โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบอย่างรุนแรง ดังนั้น ถ้าหากมีการป้องกัน

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะได้ช่วยลดผลกระทบดังกล่าวที่ตามมา

การที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น ต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยการปฏิบัติหรือดำเนินชีวิต (Life style) เพื่อป้องกันการเกิดโรค เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม (WHO. 2015 : Online) ประกอบด้วย

1. การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดอาหารรสเค็มที่มีโซเดียม รสหวานจัด อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (สันติชัย ศรีปณิธาน. 2560 : 1-12)

2. การออกกำลังกายที่พอเพียง พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 17.8 เท่า (วิไลพร พุทรวงศ์ และคณะ. 2557 : 30-45) และพบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน จะมีผลให้ระดับไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) ลดลง และระดับไขมัน High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มขึ้น ทำให้ไม่เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Sarnowski B et al. 2013 : 119-125 อ้างถึงใน ธรรมนูญ นิลเนตร. 2562 : 51-57)

3. การรับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนกว่าแพทย์จะบอกให้หยุดและการแจ้งให้แพทย์ทราบถึงยาบางอย่างที่รับประทานอยู่ เช่น ยาคุมกำเนิด ยาแก้ปวด เป็นต้น ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562) ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะได้รับยาเพื่อการรักษาที่มีผลหลายเม็ด อาจรู้สึกเบื่อและหยุดยาเอง ส่งผลให้ความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดกลับสูงขึ้นอีกครั้งและอาจสูงมากจนหลอดเลือดในสมองแตกเกิดอัมพาตอัมพฤกษ์ (จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร ผลดงนอก และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุท. 2558)

4. การจัดการความเครียดจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง การปรับตัว การได้พูดและการได้ระบาย การจัดการทางอารมณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยผ่านกระบวนการจัดการ แก้ไข ต่อสู้ และปรับปรุงตนเองเพื่อให้อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ ได้ (รุ่งนภา อินทจักร์ และพิษณุ อภิสมมาตรโยธิน. 2561 : 198-217)

การที่บุคคลปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคได้นั้น นอกจากบุคคลจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแล้ว ความเชื่อหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อโรคนั้น ๆ ยังมีความสำคัญ โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ซึ่งโรเซนสต็อก Rosenstock I.M. 1974 : 328-335) กล่าวว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติ

พฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของตน ทั้งนี้ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of action) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิต ถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำเพื่อป้องกันโรค (Perceived barriers) เป็นการเรียนรู้ว่าตนไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำได้จะหลีกเลี่ยงอุปสรรคนั้น ๆ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อป้องกันโรคได้ (Rosenstock I.M. 1974 : 328-335 อ้างถึงใน อภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. 2556)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัว ดังนั้น เพศเป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 14.8 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าเพศชาย 2.23 เท่า (ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. 2561 : 109-119) อายุเป็นปัจจัยด้านประชากรซึ่งมีผลต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรม (Rosenstock I. M. 1974 : 328-335) วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงเวลาที่กำลังสนใจอยู่กับการเรียนหรือการทำงานสร้างฐานะจึงอาจไม่สนใจกับสุขภาพมากนัก ส่วนผู้สูงอายุเป็นช่วงที่มีความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้นเนื่องจากแรงกดดันและความยุ่งยากในชีวิตเริ่มลดลงจึงมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค จากการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชดา เจริญกิจการ (2557 : 236-248) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน ($r=.38, p<.01$) ส่วนสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล ผู้ที่มีคู่สมรสจะสามารถช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่าง ๆ คอยให้คำปรึกษาแนะนำให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพซึ่งผู้ที่สมรสแล้วจะมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ รายได้ครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป มีระดับความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคมากที่สุดและ

กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีระดับความตระหนักรู้ในการป้องกันต่ำที่สุด (สุรียา หล้ากำ และ ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. 2560 : 85-94)

จังหวัดสมุทรปราการ พบอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ถ้าเทียบเป็นอัตราป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีอัตราการป่วย 1,624.90, 1,534.11 และ 1,590.22 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน พบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 อัตราผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 984.26, 1,518.91 และ 1,442.24 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562 : ออนไลน์) และจากการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ของผู้วิจัยในช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2562 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 135 คน พบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 6 คน ทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงซึ่งเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมตามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญ และมีความรุนแรงขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจำนวนน้อยมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ ลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
2. ลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพด้านใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง
2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงดังนี้

3.1) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

3.4) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

3.5) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Descriptive research โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 – 31 มกราคม พ.ศ. 2564

1.6 คำนิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2015 : Online) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการจัดการความเครียด ประเมินโดยแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การจำกัดอาหารจำพวกข้าว แป้ง อาหารรสหวาน รสเค็มหรืออาหารที่มีเกลือโซเดียมผสมอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวสูง

2.2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ชนิดของการออกกำลังกาย ความถี่ของการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และระยะเวลาของการออกกำลังกายแต่ละครั้งต่อสัปดาห์

2.3) พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ ถูกเวลา ถูกขนาด ถูกวิธี

2.4) การจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ใช้ในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสวดมนต์ ทำสมาธิ การเข้าวัดทำบุญ การชื้อยานอนหลับรับประทาน

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสโตก สเตรชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock I.M, Strecher V.J & Becker M.H. 1988 : 175-183) ประกอบด้วย การรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่

3.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงถึงความรุนแรงที่เกิดจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิต ในสังคม

3.3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และเกิดผลดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง

3.4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด

3.5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงถึงความสามารถของตนเองหรือความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด

4. ลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัว

4.1) เพศ หมายถึง เพศชาย เพศหญิง

4.2) อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

4.3) สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น โสด หม้าย หย่าร้าง สมรสอยู่ด้วยกัน และสมรสไม่ได้อยู่ด้วยกัน

4.4) รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้ต่อเดือนของสมาชิกในครอบครัวรวมกันแล้ว ประเมินจากพอใช้ ไม่พอใช้ไม่เป็นหนี้ และไม่พอใช้เป็นหนี้

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2.1.1 อุบัติการณ์และความชุกของโรคหลอดเลือดสมองจากโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2.1.2 พยาธิสภาพโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2.3.1 ลักษณะส่วนบุคคล

2.3.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

1) ความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ โรเซนสตีค สเตชเชอร์ และเบคเกอร์

2) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหลอดเลือดที่มีความสำคัญอย่างมากและเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน ทั่วโลก และปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization. 2014) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562 : ออนไลน์) พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 38.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 43.5 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2560

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายปัจจัย ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ เช่น อายุ พบว่า ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี (ณัฐกร นิลเนตร 2562 : 51-57) เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 1.2 ต่อ 1 เท่า (Piravej K & Wiwatkul W. 2003 : S291-S298) เป็นต้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ เช่น การมีโรคร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 1.6 ถึง 6 เท่า (Hajat C et al. 2004 : 1562-1567) มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวได้ (Chandratheva A et al. 2010 : 851-856 อ้างถึงใน จุก สุวรรณโณ และจอม สุวรรณโณ. 2560 : 160-177)

2.1.1 อุบัติการณ์และความชุกของโรคหลอดเลือดสมองจากโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ (2559 : ออนไลน์) รายงานสถิติโรคหลอดเลือดสมองของคนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2555-2557 คือ 354.54, 366.81 และ 352.30 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง พ.ศ. 2555-2557 คือ 31.69, 36.13 และ 38.66 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนทั่วไปถึง 2-17 เท่า พ.ศ. 2556-2560 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 14,926.47 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 และจากการศึกษาของ Thai Stroke Registry พบว่า มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 53 (ณัฐกร นิลเนตร. 2562 : 51-57) และพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี เป็น 4.55 เท่า (ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. 2561 : 62-75) จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าโรคเรื้อรังอื่นเพราะมีความเสื่อมของหลอดเลือดมากขึ้น (ยุทธนา ชนะพันธ์ และดารีวรรณ เศรษฐีธรรม. 2561 : 109-119)

ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Lastra G et al. 2014 : 103-122) สอดคล้องกับการศึกษาของ โซเวอร์ (Sowers JR. 2013 : 943-947) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากกว่าบุคคลทั่วไป 3 เท่า ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยทำให้มีโอกาสมีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น (Passarella P et al. 2018 : Online) และผู้ป่วยโรคเบาหวานจะพบสัดส่วนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันได้มาก (สมศักดิ์ เทียมเก่า.

2557 : 59-71) และพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขาดการควบคุมดูแลนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 3-4 เท่า (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัตน์ บุญยืน (2559 : 256-266) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร >130 mg/dl (OR=1.708, p=0.010) และเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยเป็นโรคร่วมโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงหากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

2.1.2 พยาธิสภาพโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ได้แก่ หลอดเลือดสมองแตก (Cerebral hemorrhage) ตีบตันและมีลิ้มเลือดมาอุดหลอดเลือดสมอง (Cerebral ischemia หรือ Ischemic stroke) ทำให้ส่วนของสมองในบริเวณนั้นไม่ได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือขาดเลือดไปเลี้ยงจนทำให้สมองเฉพาะที่หรือทั้งหมดทำหน้าที่บกพร่อง (ปราณี ทุ์ไพเราะ. 2558) ซึ่งการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะมีผลทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด จากการศึกษาของ พิษณุพร สายคำทอง และคณะ (2559 : 44-53) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 2.30 เท่า ของผู้ที่ไม่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เพราะเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง (Chronic hyperglycemia) จะกระตุ้นให้เกิด Reactive Oxygen Species (ROS) เพิ่มมากขึ้น ส่งผลยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Glyceraldehyde 3-phosphate Dehydrogenase (GADPH) ซึ่งมีผลต่อกระบวนการไกลโคไลซิส (Glycolysis) การเกิดอนุมูลอิสระดังกล่าวจะเหนี่ยวนำให้เกิดการสลายดีเอ็นเอ (DNA strand break) โดย ROS จะกระตุ้นเอนไซม์ Poly (ADP-ribose) Polymerase (PARP) ซึ่งทำหน้าที่ในการซ่อมแซมดีเอ็นเอเอนไซม์ PARP จะเปลี่ยนแปลงและยับยั้งการทำงานของ GADPH ทำให้เกิดการสะสมของ Glycolytic intermediates ส่งผลให้เกิดภาวะเซลล์บุผิวหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (Endothelial dysfunction) นอกจากนี้ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (Vasculopathy) และเกิดการทำลายเยื่อภายในหลอดเลือด (Endothelial damage) ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) เร็วขึ้น (สมศักดิ์ เทียมเก่า. 2557 : 59-71)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็น 5.23 เท่า ของผู้ที่ไม่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (พิษณุพร สายคำทอง และคณะ. 2559 : 44-53) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการมีแรงต้านทานการไหลเวียนโลหิตในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในขณะที่ปริมาณโลหิตที่ส่งออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทียังคงปกติ บุคคลกลุ่มนี้เมื่ออายุมากขึ้นปริมาณเลือดที่ถูกส่งออกมาจากหัวใจต่อนาทีลดลงแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นจากผนังหลอดเลือดเกิดการแข็งตัวและตีบแคบซึ่งเกิดจากการสะสมของแคลเซียม

และเส้นใยคอราเจนเพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการไหลเวียนของเลือดลดลงส่งผลให้เกิดแรงต้านทานบริเวณหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้นเมื่อแรงต้านทานเพิ่มขึ้นจากการตีบแคบลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กส่วนปลายอาจมีส่วนจากการลดจำนวนของหลอดเลือดฝอยด้วยกลไกแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มขึ้นแล้วส่งผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นนั้นส่วนใหญ่เกิดจากการตีบแคบลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กส่วนปลายเส้นเลือดเปราะจึงส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดเส้นเลือดแตกในจุดต่าง ๆ และหากเป็นจุดสำคัญ ๆ เช่น สมอง ทำให้เส้นเลือดสมองแตกได้ในที่สุด (Rong chen, Bruce Ovbiagele & Wuwei Feng. 2016 : 380-386)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงและเมื่อเกิดจะมีผลกระทบตามมามากมายต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

2.1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองผลกระทบจะเกิดขึ้นหลายด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกาย

เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือเกิดความพิการ (กาญจนา สิงห์ภู และคณะ. 2552 : 54-59) อาจมีปัญหาคอแข็งตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป เมื่อเป็นจะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกร่างกายทำให้เกิดข้อติดยึด แผลกดทับได้ ประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หิตอักษร. 2560 : 236-248) นอกจากนี้ ผลต่อความจำ ความเข้าใจ การตัดสินใจและความผิดปกติของการสื่อสาร พูดไม่ชัด เกิดความผิดปกติของการพูด เช่น เข้าใจภาษาแต่ไม่สามารถพูดได้หรือพูดได้แต่ไม่รู้เรื่อง (Silverman, I.E & Rymer, M.M. 2012 : 1-15) อาการเหล่านี้ทำให้มีการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีการพึ่งพาครอบครัวและผู้อื่น

2) ด้านจิตใจและอารมณ์

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเองไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองจากการเสียหายที่ของร่างกาย การสูญเสียบทบาทในครอบครัว เช่น บทบาทในการหารายได้ของครอบครัว การทำบทบาทบิดา มารดา สามีหรือภรรยาได้เช่นเดิม ต้องพึ่งพาครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หิตอักษร. 2560 : 236-248) และพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าโดยพบความชุกของโรคซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 72.5 และผู้ป่วยอายุน้อยเพียงจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะการพึ่งพารุนแรงจะมี

ระดับของความเข้มข้นที่รุนแรง (จุฑารัตน์ สติรปัญญา, พรชัย สติรปัญญา และจามรี ไตรจันทร์. 2557 : 275-282)

3) ด้านเศรษฐกิจ

เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือทำหน้าที่ได้ลดลงมีผลต่อการประกอบอาชีพและรายได้ บางรายอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เช่น ค่าเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะในการเดินทาง เป็นต้น หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด เช่น ฝ้าอำม ที่นอนลมสำหรับป้องกันแผลกดทับ (ณัฐกร นิลเนตร. 2562 : 51-57) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนาสิงห์ และคณะ (2552 : 54-59) พบว่า จำนวนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ ประกอบด้วย ค่าอาหาร รวมเฉลี่ย 173 บาท/วัน ค่าเดินทางไปกลับ เฉลี่ย 518 บาท/วัน ค่าที่พัก เฉลี่ย 626 บาท/วัน

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO. 2016 : Online) แนะนำว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลัก ๆ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดดังนี้

2.2.1 การรับประทานอาหาร

เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การศึกษาของ ณัฐกร นิลเนตร (2562 : 51-57) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บริโภคอาหารไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 18.3 เท่า ซึ่งอาหารที่เหมาะสมในการรับประทานอาหารต้องเป็นอาหารที่ไม่เค็ม ไม่หวาน เน้นอาหารจำพวกผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิตและอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (ชลธิรา กาวโรสง และรุจิรา ดวงสงค์. 2557 : 295-303 ; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2562) อาหารที่เหมาะสมควรจัดตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) เน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน ประมาณ 2 ทัพพี (1 ถ้วยตวง) หรือผักสุก 1 ทัพพี (1/2 ถ้วยตวง) ผลไม้ 4 ส่วน (เท่ากับผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผล) นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน ต้องรับประทานให้เหมาะสมทั้งจำนวนอาหาร ความถี่ และเวลาของมื้ออาหาร (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2559 : ออนไลน์ อ้างถึงใน

ณัฐกร นิลเนตร. 2562 : 51-57) งตการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะตัวของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับคลอเลสเตอรอล ปริมาณของคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่เพิ่มขึ้นในเลือด มีผลต่อการทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย (ณัฐกร นิลเนตร. 2562 : 51-57) โดยพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (OR=1.08, 95%CI=1.073-2.632) (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา และจามรี ไตรจันทร์. 2557 : 275-282) และควรงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน เพราะการดื่มในปริมาณมาก ๆ จะส่งผลให้หลอดเลือดอ่อนตัว เลือดออกง่ายแต่หยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดในสมองประกอบกับความดันโลหิตสูง และภาวะเลือดออกง่ายจะเกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น จากการศึกษาของ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา และจามรี ไตรจันทร์ (2557 : 275-282) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ดื่มสุรา เป็น 17.09 เท่า (mOR adj=17.09, 95%CI=4.40-66.38)

2.2.2 การออกกำลังกาย

เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตภายในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายยังมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายระดับปานกลางสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 10 มิลลิเมตรปรอท นอกจากการออกกำลังกายยังช่วยลดระดับความดันโลหิตแล้ว และยังจะช่วยชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (นฤมล โชว์สูงเนิน. 2561 : 9-16) สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA. 2016 : Online) แนะนำว่า ควรมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคระดับออกแรงปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ รวมเป็น 150 นาที หรือแอโรบิคแบบแข็งแรงอย่างน้อย 25 นาทีเป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ รวมเป็น 75 นาที

2.2.3 การรับประทานยา

ควรรับประทานยาลดความดันโลหิตและยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำของแพทย์ให้ถูกต้องตามเวลาและขนาดอย่างเคร่งครัดต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานยาที่ต้องปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจสอบชื่อ-สกุล บนซองยา ตรวจสอบชนิดยา วิธีการใช้ยา ทั้งนี้ เพื่อการรับประทานยาที่ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธีการ ไม่หยุดรับประทานยาเองหรือลดขนาดยาเอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการล้มรับประทานยา เช่น นำยาไปวางไว้ในที่ที่มองเห็นได้ชัดเจนหรือใช้วิธีการตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งที่ได้รับประทานยาหรือใช้แผงหรือกล่องบรรจุยา ชนิดที่มีวันที่ติดอยู่เพื่อป้องกันการล้มรับประทานยา เป็นต้น (กัตติกา วังทะพันธ์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรพินท์ สีขาว. 2563 : 422-430)

2.2.4 การจัดการความเครียด

เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) กระตุ้นให้มีการหลั่งอะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความดันโลหิตรวมทั้งเพิ่มการใช้พลังงานจากน้ำตาลของร่างกายเมื่อร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อความเครียดทำให้ต่อมหมวกไตชั้นนอกกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอลมีผลกระตุ้นไมโครเกลีย ชนิด M1 (M1 microglia) กระตุ้นการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบส่งผลกระตุ้นการอักเสบที่สำคัญ คือ การอักเสบของหลอดเลือด (Vascular inflammation) ทำให้เกิด Atherosclerosis ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการลดความเครียดน่าจะเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (พุทธิวัฒน์ ทองวงศ์ และจินตนาภรณ์ วัฒนธร. 2561 : 45-50)

การจัดการความเครียดอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้หลายวิธี เช่น การหยุดพักจากการทำงาน การทำงานอดิเรก เล่นดนตรีฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เป็นต้น (ขวัญตา กลิ่นหอม, วิไลวรรณ มุสิกเจริญพันธ์ และพิศสมร เดชดวง. 2559 : 21-33) นอกจากนี้ อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการลดภาวะเครียดได้แก่ การนวด การรักษาด้วยน้ำมันหอม การใช้ดนตรีบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2557)

การที่จะให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องเป็นไปตามแผนการรักษาและคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งในตัวของผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วย เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทาง การแพทย์ สื่อต่าง ๆ ที่สำคัญมาก คือ ปัจจัยความเชื่อหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อโรคนั้น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวเองที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก สเตชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock I.M, Strecher V.J & Becker M.H. 1988 : 175-183) ทั้งนี้ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบร่วมด้วย

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงดังนี้

2.3.1 ลักษณะส่วนบุคคล

1) เพศ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเพศเป็นคุณลักษณะเฉพาะของตัวบุคคลที่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน เพศหญิงส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้และรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย (ปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย. 2560 : 217-233) จากการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม (2561 : 109-119) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าเพศชาย 2.23 เท่า OR=2.23, 95%CI of OR=1.46-3.40, p-value<.001) และจากการศึกษาปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560 : 217-233) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปัจจัยเอื้อจากสื่อและเพศ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 14.8 (R²=.148) โดยเพศที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์ (β =.154, p<.01 แตกต่างจากการศึกษา ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (χ^2 =.056, p=.813)

2) อายุ พฤติกรรมของบุคคลจะแตกต่างกันออกไปตามวัยพัฒนาการทางร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ (2557 : 236-248) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.38, p<.01) แตกต่างจากการศึกษาของ ศิราณี อินทรหนองไผ่ และคณะ (2561 : 573-582) พบว่า อายุไม่มีอิทธิพลในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (β =-.223, p=.071)

3) สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคลผู้ที่มีคู่สมรสจะสามารถช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่าง ๆ คอยให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ จากการศึกษาของ อนุกร นิลเนตร, ชันัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล (2561 : 62-75) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีคู่ (mOR_{crude}=2.42, 95%CI=1.02-5.73 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

4) รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (χ^2 =2.189, p=.342) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรียา หล้าก้า และศิราณี อินทรหนองไผ่ (2560 : 85-94) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม (2561 : 109-119) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 9,150 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,150 บาท (OR=0.60, 95%CI of OR=0.59-0.83, p-value<.001)

2.3.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

เป็นความรู้สึกริเริ่มคิดหรือความเชื่อของบุคคลที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตนซึ่งมีรูปแบบหรือแบบแผนตามแนวคิดของนักทฤษฎีต่าง ๆ โดยเรียกว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior) (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. 2556) ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock I.M. 1974 : 328-335) ได้เสนอโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพระยะแรกใน ค.ศ. 1974 โดยแสดงองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits) ของการรักษาและป้องกันโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคเมื่อเขามีความเชื่อว่าตัวเอง 1) เสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิต และ 3) การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

Becker, M.H & Maiman, L.A (1975 : 336-385) ได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำเกิดการปฏิบัติ (Gues to action) เข้าไปในโมเดล ค.ศ. 1975 โดยเป็นปัจจัยที่อยู่ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ซึ่งองค์ประกอบของแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. 2556)

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อ การปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคหรือโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่ายของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น อาจจะมีผลของความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้ หรือไม่อาจมีผลกระทบ

ต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits) ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจึงขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ และเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4) การรับรู้ถึงอุปสรรค (Perceived barriers) ของการปฏิบัติตนเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง การตรวจเลือดทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติหรือการป้องกันและการรักษาโรคต้องมีน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ ซึ่งเมื่อบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีอุปสรรคทำให้เกิดความยากลำบาก บุคคลจะเกิดความลังเลในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (Becker, M.H & Maiman, L.A. 1975 : 336-385)

5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสถานการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา และเพื่อน เป็นต้น

6) ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ได้แก่

6.1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2) ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง การมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม และค่านิยมทางวัฒนธรรมจะเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรคและประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก สเตชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock I.M, Strecher V.J & Becker M.H. 1988 : 175-183)

1) ความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ โรเซนสต็อก สเตชเชอร์ และเบคเกอร์

จากองค์ประกอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว 6 ประการ โรเซนสต็อก สเตชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock I.M, Strecher V.J & Becker M.H. 1988 : 175-183) ได้เพิ่ม องค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคและเป็นการตัดสินใจว่าตนจะสามารถทำได้ ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังในผลของการกระทำเป็นการตัดสินใจว่าผลของการปฏิบัติจะเกิดขึ้น จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยความมั่นใจในการตัดสินใจว่าตนมีความสามารถแค่ไหนจะเป็น ตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะพยายามกระทำนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะกระทำ กิจกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จได้จะเกิดความกลัวและจะพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น ซึ่งการรับรู้ ความสามารถของตนเองช่วยให้ไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าและไม่ท้อถอยเมื่อพบอุปสรรค ดังนั้น การรับรู้ ความสามารถของตนเองมากความพยายามและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติพฤติกรรมจะมาก

การวิจัยตามกรอบแนวคิดครั้งนี้จะใช้องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) การรับรู้ ประโยชน์ (Perceived benefit) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) และการรับรู้ความสามารถ ของตัวเอง (Perceived self-efficacy)

2) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่สอดคล้องกับการรับรู้ 5 ด้าน ดังนี้

2.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความเชื่อหรือคาดคะเนหรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (The risk of contracting the condition) และถ้าเป็นแล้วจะกระทบ ต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดภาระต่าง ๆ ที่จะตาม จากการศึกษาของ กาญจนมา โหมมาลา และพิสุทธิ คงขำ (2563 : 172-185) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยเรื้อรังได้ ($\beta=0.886, p<0.01$) และการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ($\chi^2=11.962, p<0.001$) สอดคล้องกับ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และการศึกษาของ ญัฐชยา ป้อมบุบผา และณิตชาธร ภาโนมัย (2561 : 57-68) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\chi^2 = 5.84, p = .016$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ ประสานสอน และพรเทพ แพรชขาว (2556 : 36-43) พบว่า การรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของบุคคลกลุ่มเสี่ยงในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.61, p < .05$) และการศึกษาของ ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริฑากุล และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2563 : 28-40) พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคของผู้เป็นโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .231, p < .001$)

2.2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตในสังคมรวมถึงความพิการ ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลาและเงินในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพรวมทั้งการเสียชีวิต จากการศึกษาของ ทิพวรรณ ประสานสอน และพรเทพ แพรชขาว (2556 : 36-43) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.51, p < .01$) และการศึกษาของ ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริฑากุล และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2563 : 28-40) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้เป็นโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .159, p < .05$)

2.3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และเกิดผลดีต่อตนเอง จากการศึกษาของ กาญจนา โมมาลา และพิสุทธิ คงขำ (2563 : 172-185) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 1.138, p < .001$) การศึกษาของ ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริฑากุล และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2563 : 28-40) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคของผู้เป็นโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .232, p < .001$) ส่วนการศึกษาของ อดิณญา ลาลูน และไพฑูรย์ วุฒิสโส (2564 : 27-36) พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .353, p < .001$)

2.4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อุปสรรคของการปฏิบัติหรือการป้องกันและการรักษาโรคต้องมีน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคและสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ จากการศึกษาของ ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกรिताกุล และสุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ (2563 : 28-40) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคของผู้เป็นโรคเรื้อรังสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.356, p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิสชาติจะยัง (2557) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ ส่วนการศึกษาของ อดิญา ลาคุณ และไพฑูรย์ วุฒิส (2564 : 27-36) พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r=0.251, p<.001$)

2.5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงถึงความสามารถของตนเอง ความเชื่อมั่นในปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อป้องกันโรคได้ (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. 2556) จากการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยถิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ($\chi^2=9.427, p<.05$)

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับต้น ๆ ที่พบบ่อยในชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลดโอกาสเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ดังนี้ (สภาการพยาบาล. 2552 : 29-33)

สมรรถนะที่ 1 บทบาทในการจัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ โดยการสำรวจเพื่อประเมินภาวะเสี่ยง ภาวะการเจ็บป่วย นำมาสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ความเสี่ยงลดลงหรือไม่เกิดความเสียหาย

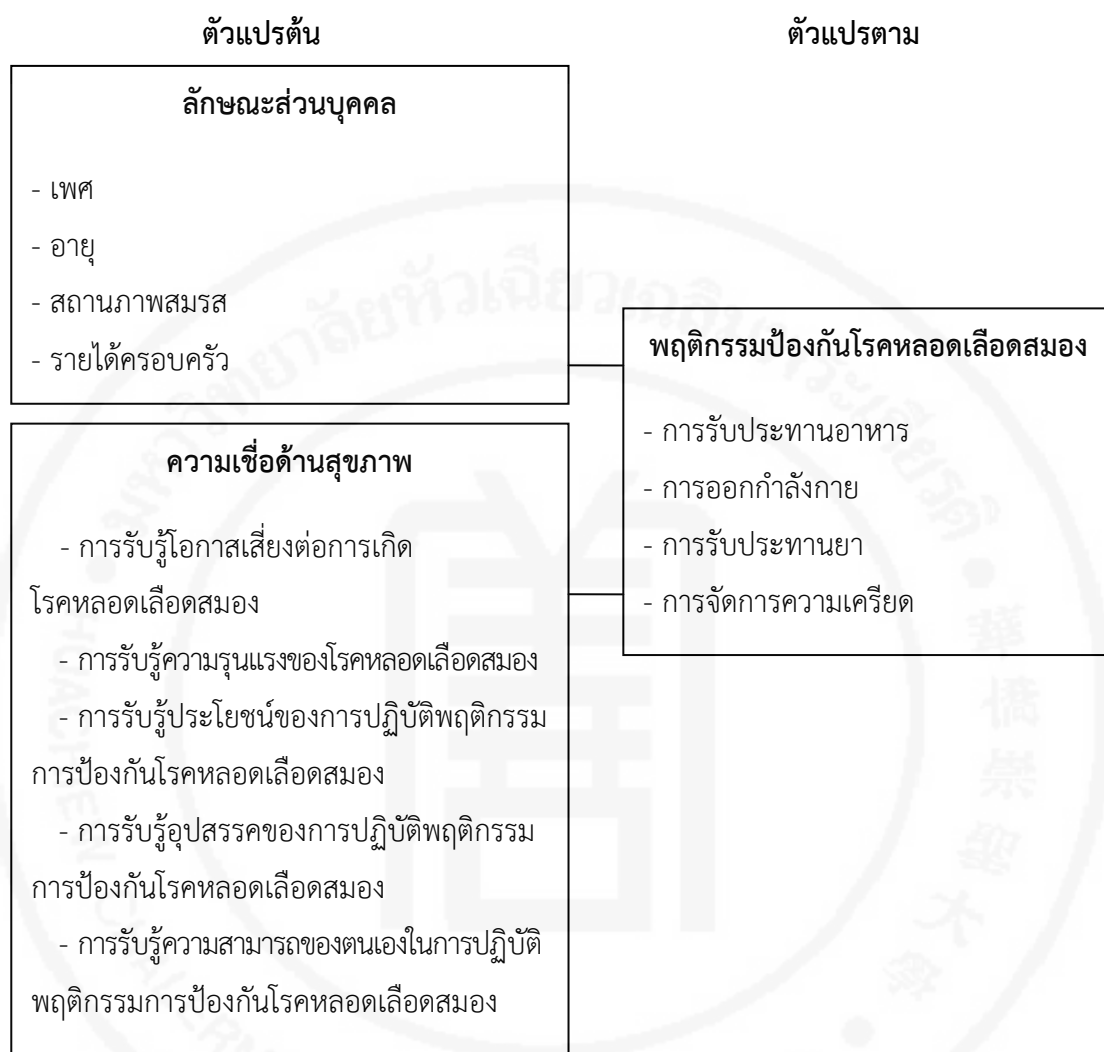
สมรรถนะที่ 2 บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งให้การรักษาโรคเบื้องต้น ตามบทบาทในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

สมรรถนะที่ 8 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยนำผลการศึกษาวิจัยมาเป็นข้อมูลในการกำหนด แนวปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่สามารถให้พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาตินำไปใช้ได้เหมาะสม

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ตัวแปรต้น ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพ ตามกรอบของ โรเซนสต็อก สเตรเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock I.M, Strecher V.J & Becker M.H. 1988 : 175-183) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2016 : Online) ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการ ความเครียด ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 110 ราย

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

1.1) ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือเป็นผู้พิการที่มีภาวะจำกัดในการเคลื่อนไหว

1.2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดยาอินซูลิน

1.3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีความบกพร่องในการฟัง

1.4) ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน สมัครใจ

เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.1.3 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยกำหนดความคลาดเคลื่อน (α error = 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ ร้อยละ 99 และจากผลการศึกษาที่ใกล้เคียงของ พิภพ ดีแพ (2562 : 46-59) พบค่าความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ($r=0.402$) คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 104 ราย (Hulley SB et al. 2013) และผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 สำหรับข้อมูลที่อาจมีความคลาดเคลื่อน ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 110 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ครอบครัวต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และสิทธิ์ในการรักษา ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ (คำถามเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 7, 11 และคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 8, 9, 10) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ (คำถามเชิงบวกทั้งหมด) พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ (คำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10 และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 9) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ (คำถามเชิงบวกทั้งหมด)

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกวัน หรือปฏิบัติ 7 วันต่อสัปดาห์
คะแนนคำถามด้านบวก = 5 คะแนนคำถามด้านลบ = 1

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเกือบทุกวัน หรือปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์
คะแนนคำถามด้านบวก = 4 คะแนนคำถามด้านลบ = 2

ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางวัน หรือปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์
คะแนนคำถามด้านบวก = 3 คะแนนคำถามด้านลบ = 3

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์
คะแนนคำถามด้านบวก = 2 คะแนนคำถามด้านลบ = 4

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย
คะแนนคำถามด้านบวก = 1 คะแนนคำถามด้านลบ = 5

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น โดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8-11) ดังนี้

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก สเตเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock I.M, Strecher V.J & Becker M.H. 1988 : 175-183) จำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบ่งเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน

6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากกว่าครึ่ง 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความนั้นครึ่งหนึ่ง 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแต่ละด้าน ใช้การหาอันตรายภาคชั้น โดยมีพิสัย 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8-11)

คะแนนเฉลี่ย 3.66-5.00 หมายถึง การรับรู้ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.33-3.65 หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.32 หมายถึง การรับรู้ระดับน้อย

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้สอนและทำวิจัยด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทำวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามคำศัพท์และนำมาวิเคราะห์คะแนนความสอดคล้อง โดยคำนวณเป็นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามส่วนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้มาตรประเมินความสอดคล้อง 4 ระดับ คือ

1 ไม่สอดคล้อง (Not relevant)

2 สอดคล้องบางส่วน (Somewhat relevant)

3 ค่อนข้างสอดคล้อง (Quite relevant)

4 มีความสอดคล้องมาก (Very consistent)

ได้ค่า Content Validity Index : CVI ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = .925
 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง = .900
 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง = .700
 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = 1.000
 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = .875
 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 = .900

3.3.2 การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าดังนี้

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = .867
 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง = .753
 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง = .718
 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = .726
 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = .768
 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 = .700

3.4 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเองตามขั้นตอนดังนี้

1. ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เอกสารรับรองเลขที่ อ.996/2563 ลงวันที่ 25 กันยายน 2563 (ภาคผนวก ก) หลังจากนั้นนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงสาธารณสุขอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองปรือ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจโรค คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ แนะนำตัว อธิบายให้ทราบและทำความเข้าใจถึงคำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ (ภาคผนวก ข) เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือจึงขอให้เซ็นชื่อยินยอมในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย (ภาคผนวก ค)

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจผลเลือด ตรวจร่างกาย และให้นั่งรอพบแพทย์ โดยพยาบาลวิชาชีพ ได้จัดห้องว่างไว้ให้และแจ้งว่าจะมาเรียกเพื่อพบแพทย์

4.1) อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30-45 นาที

4.2) มอบแบบสอบถามและปากกาให้เพื่อตอบแบบสอบถาม

4.3) แนะนำวิธีการกรอกข้อมูลในแต่ละส่วนและแจ้งว่าระหว่างทำแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยอยู่ในห้องด้วยและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างถามได้ตลอดเวลา หากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ

4.4) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและช่วยเขียนตามที่กลุ่มตัวอย่างบอก

4.5) กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณ

4.6) นำกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำตรวจตามแพทย์นัด

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลที่สอดคล้องกับระดับของข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระดับของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3.1) ลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์ด้วย Spearman rank correlation coefficient

3.2) ลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์ด้วย Mann-Whitney test

3.3) ลักษณะส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรสและรายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์ด้วย Kruskal-Wallis test

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยโดยเคารพในสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย มีหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ หลักความอิสระในการตัดสินใจ หลักของความยุติธรรม และหลักผลประโยชน์ หรือไม่เกิดอันตราย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. เสนอเค้าโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อขอการรับรองโครงร่างก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากการวิจัย สิทธิของผู้ถูกวิจัย การปกปิดความลับและความรับผิดชอบของผู้วิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ หลักความอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

3. ผู้วิจัยเคารพในสิทธิส่วนบุคคลและคำนึงถึงหลักผลประโยชน์หรือไม่เกิดอันตรายนอกเหนือจากการให้ข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการปกปิดข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยรวมทั้งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อความในแบบสอบถามไม่ใช่คำถามสร้างความอึดอัดใจหรือคุกคามจิตใจถ้าสังเกตเห็นผู้เข้าร่วมการวิจัย รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจในการตอบ สามารถหยุดตอบได้ทันที การจดบันทึกใด ๆ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน นอกจากนั้น ในขั้นตอนการสรุปและเผยแพร่ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลการศึกษาในภาพรวมไม่ระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิจัยจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 – 31 มกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 110 ราย ผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

- 4.1 ลักษณะส่วนบุคคล
- 4.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ
- 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัว (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	72	65.45
ชาย	38	34.55
อายุ (ปี)		
≤ 50	5	4.55
50-60	26	23.64
61-70	45	40.91
71-80	30	27.27
≥ 80	4	3.64

อายุน้อยสุด = 48 ปี อายุมากที่สุด = 82 ปี อายุเฉลี่ย = 66.43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.03 ปี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	4	3.64
หม้าย หย่า แยก	42	38.18
สมรส อยู่ด้วยกัน	61	55.54
สมรส ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	3	2.73
รายได้ครอบครัว		
พอใช้	39	35.45
ไม่พอใช้ ไม่เป็นหนี้	54	49.09
ไม่พอใช้ เป็นหนี้	17	15.45

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.55 เพศชาย ร้อยละ 34.55 มีอายุเฉลี่ย 66.43 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.03 มีสถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.45 รายได้ครอบครัว พบว่า ไม่พอใช้แต่ไม่เป็นหนี้มากที่สุด ร้อยละ 49.09

นอกจากนี้ ยังพบข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ประกอบด้วย อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัวและสิทธิ์การรักษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=110)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพและเกษียณ	27	24.54
ประกอบอาชีพ	83	75.45
รับจ้าง	20	18.18
เกษตรกร	17	15.54
รับราชการ	17	15.54
ค้าขาย	16	14.55
ธุรกิจส่วนตัว	13	11.82

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	81	73.64
สูบบุหรี่	19	17.27
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	10	9.09
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	76	69.09
ดื่มนาน ๆ ครั้ง	30	27.27
ดื่มเป็นประจำ	4	3.64
การเป็นโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว		
ไม่มี	93	84.55
มี	17	15.45
บิดา	6	5.54
มารดา	4	3.64
บิดาและมารดา	2	1.82
ปู่ ย่า ตา ยาย	5	4.55
สิทธิ์การรักษา		
บัตรทอง	106	96.36
กรมบัญชีกลาง	2	1.82
ประกันสังคม	2	1.82

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างยังประกอบอาชีพอยู่ ร้อยละ 75.45 ในจำนวนนี้มีอาชีพหลากหลาย โดยรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 18.18 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.27 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 3.64 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 15.45 เกือบทั้งหมดมีสิทธิ์การรักษาบัตรทอง คือ ร้อยละ 96.36

4.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (n=110)

พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด			
	ด้านการรับประทานอาหาร	1.00	5.00	2.55			
ด้านการออกกำลังกาย	1.00	5.00	1.00	4.89	3.19	.867	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	1.00	5.00	1.90	5.00	3.52	.770	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	1.00	5.00	2.30	4.30	3.22	.434	ปานกลาง
โดยรวม	1.00	5.00	2.59	4.25	3.35	.333	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.35$, S.D.=.333) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ระดับปานกลางเช่นกัน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}=3.49$, S.D.=.445) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.19$, S.D.=.867) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X}=3.52$, S.D.=.770) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}=3.22$, S.D.=.434)

เมื่อพิจารณารายละเอียดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงแต่ละด้านเป็นรายข้อ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจำแนกเป็นรายข้อเรียงจากสูงไปต่ำในแต่ละด้าน (n=110)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
ด้านการรับประทานอาหาร			
1. ดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน	4.14	1.03	ดี
2. รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเช่น ข้าว ผักผลไม้	3.76	1.14	ดี
3. ลดการเติมน้ำปลา ซอส ซีอิ๊วและเครื่องปรุงรสเพิ่มก่อน รับประทานหรือระหว่างรับประทาน	3.57	1.18	ปานกลาง
4. รับประทานอาหารประเภท เนื้อปลา เต้าหู้ ถั่ว นม ไข่	3.55	1.12	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
5. รับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า ปลากระป๋อง ข้าวกล่องสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว	3.49	1.18	ปานกลาง
6. รับประทานอาหารหนึ่ง ต้ม แทนการทอด	3.45	1.19	ปานกลาง
7. ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 แก้ว ต่อวัน	3.44	1.36	ปานกลาง
8. รับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู หอย ปลาหมึก	3.39	1.01	ปานกลาง
9. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูกระทะ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้นกรอบ	3.36	1.27	ปานกลาง
10. รับประทานอาหารที่มีครีม เนยมาก ๆ เช่น ขนมเค้ก ขนมปังเนยสด	3.28	1.09	ปานกลาง
11. รับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด ผัด เช่น หมูทอด ไข่ทอด ผัดผัก	3.02	1.21	ปานกลาง
ภาพรวม	3.49	1.21	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย			
1. ออกกำลังกายเช่น เดินเร็ว หรือ วิ่งช้า ๆ หรือ เต้นแอโรบิค	3.45	1.17	ปานกลาง
2. ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3.36	1.29	ปานกลาง
3. สังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่าง ออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ซึพจรเต้นเร็ว เหนื่อย หอบ	3.33	1.31	ปานกลาง
4. ออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ถึง 2 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง	3.27	1.38	ปานกลาง
5. นั่งพักอย่างน้อย 10 ถึง 15 นาที หลังออกกำลังกายก่อนไป ทำกิจกรรมอย่างอื่น	3.27	1.38	ปานกลาง
6. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนาน อย่างน้อย 30 นาที	3.21	1.30	ปานกลาง
7. ออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ถึง 2 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง	3.00	1.43	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
8. ประเมินความพร้อมของตนเองก่อนออกกำลังกาย เช่น ไม่มี อาการปวดหรือเวียนศีรษะ ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่มีใจสั่น	2.98	1.40	ปานกลาง
9. มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย เสร็จ 5-10 นาที	2.67	1.53	ปานกลาง
ภาพรวม	3.19	.867	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา			
1. รับประทานยา ตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ	4.14	1.16	ดี
2. เมื่อไม่เข้าใจวิธีการรับประทานยา จะสอบถามเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.79	1.47	ดี
3. จะไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีอาการดีขึ้น	3.86	1.44	ดี
4. ไม่นำยาลดน้ำตาลในเลือดของผู้อื่นที่เหมือนกันมารับประทาน	3.75	1.50	ดี
5. ไม่ลดหรือเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยารักษา โรคเบาหวานเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์	3.71	1.51	ดี
6. นำยาลดความดันโลหิตของผู้อื่นที่เหมือนกันมารับประทาน	3.51	1.55	ปานกลาง
7. ซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเอง	3.47	1.54	ปานกลาง
8. ไปรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยาเบาหวาน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามนัด	3.27	1.61	ปานกลาง
9. ไม่ไปรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยารักษาโรคเบาหวาน ตามนัดของแพทย์	2.95	1.55	ปานกลาง
10. ซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตมารับประทานเอง	2.73	1.53	ปานกลาง
ภาพรวม	3.52	.770	ปานกลาง
การจัดการความเครียด			
1. เมื่อเครียดจะไม่ซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง	4.05	1.24	มาก
2. เมื่อกังวลใจ เครียดจะไม่สูบบุหรี่	3.40	1.34	ปานกลาง
3. เมื่อกังวลใจ เครียด จะไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ และสุรา	3.31	1.39	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
4. เมื่อมีความกังวลใจ กลุ่มใจ เครียด ลดอาการเหล่านี้ เช่น ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย	3.23	1.31	ปานกลาง
5. จัดการกับความเครียดโดยการทำให้สงบ เช่น ไปวัด สวดมนต์ ทำสมาธิ	3.21	1.39	ปานกลาง
6. เมื่อรู้สึกโมโห โกรธ จะระงับตนเองด้วยการหายใจเข้าออก ลึก ๆ อย่างช้า ๆ	3.14	1.19	ปานกลาง
7. เมื่อมีความเครียด รู้สึกกังวลใจ กลุ่มใจ โกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมหรือผ่อนคลายได้	3.08	1.30	ปานกลาง
8. เมื่อโกรธ โมโห เครียด ใช้วิธีระบายอารมณ์กับผู้ใกล้ชิด	3.08	1.50	ปานกลาง
9. เมื่อกังวลใจปรึกษาบุคคลในครอบครัว	2.89	1.26	ปานกลาง
10. เมื่อกังวลใจปรึกษาเพื่อน หรือผู้ที่ไว้วางใจได้	2.75	1.36	ปานกลาง
ภาพรวม	3.22	434	ปานกลาง
ภาพรวมทุกด้าน	3.35	.333	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง พบว่า

ด้านการรับประทานอาหาร ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (\bar{X} =3.49, S.D.=.445) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมระดับดีเกี่ยวกับการดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน (\bar{X} =4.14, S.D.= 1.03) รับประทานอาหารกากใยสูง เช่น ข้าว ผักผลไม้ (\bar{X} =3.76, S.D.=1.14)

ด้านการออกกำลังกาย ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (\bar{X} =3.19, S.D.=.867) และพฤติกรรมรายข้อทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว หรือวิ่งช้า ๆ (\bar{X} =3.45, S.D.=1.17) และออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (\bar{X} =3.36, S.D.=1.29)

ด้านการรับประทานยา ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (\bar{X} =3.52, S.D.=.770) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมระดับดีเพียง 2 ข้อ ได้แก่ รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ (\bar{X} =4.14, S.D.=1.16) และเมื่อไม่เข้าใจวิธีรับประทานยาได้สอบถามแพทย์พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (\bar{X} =3.79, S.D.=1.47) มีพฤติกรรมระดับน้อยเกี่ยวกับการนำยาลดความดันโลหิตหรือยาลดระดับน้ำตาลของผู้อื่นมารับประทานและการหยุดรับประทานยาเอง (\bar{X} =3.86, S.D.=1.44)

ด้านการจัดการความเครียด ภาพรวมมีพฤติกรรมระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.22$, S.D.=.434) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด พบว่า เมื่อมีความเครียดรู้สึกกังวลใจ กลุ้มใจ โกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมหรือผ่อนคลายได้ ($\bar{X}=3.08$, S.D.=1.30) และมีพฤติกรรมระดับน้อย คือ เมื่อเครียดจะชื้อยานอนหลับมารับประทานเอง ($\bar{X}=4.05$, S.D.=1.24)

4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (n=110)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		\bar{X}	S.D.	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1.00	5.00	1.89			
การรับรู้ความรุนแรง	1.00	5.00	1.33	5.00	3.76	.916	มาก
การรับรู้ประโยชน์	1.00	5.00	2.00	5.00	3.92	.771	มาก
การรับรู้อุปสรรค	1.00	5.00	1.00	5.00	3.12	.890	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1.00	5.00	2.00	5.00	3.93	.785	มาก

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.71$, S.D.=.823) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.76$, S.D.=.916) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.92$, S.D.=.771) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.93$, S.D.=.785) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.12$, S.D.=.890)

เมื่อพิจารณารายละเอียดการรับรู้แต่ละด้านของความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายข้อ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้แต่ละด้านของความเชื่อด้านสุขภาพ
จำแนกเป็นรายข้อ (n=110)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			
1. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.03	1.12	มาก
2. ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง	3.92	1.14	มาก
3. ผู้ที่รับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ไข่แดง ไขมันจากสัตว์ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.84	1.49	มาก
4. ผู้ที่รับประทานอาหารเช้ามีจัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง	3.82	1.21	มาก
5. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่เป็นโรคใดโรคหนึ่ง	3.78	1.12	มาก
6. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.66	1.24	มาก
7. ผู้ที่อายุมากกว่า 45 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี	3.56	1.50	ปานกลาง
8. เพศชายมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า เพศหญิง	3.50	1.36	ปานกลาง
9. ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองโอกาสเสี่ยง ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.20	1.49	ปานกลาง
ภาพรวม	3.71	.823	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง			
1. โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหว	3.97	.98	มาก
2. โรคแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์มีโอกาสเกิดแผลกดทับตามร่างกาย ข้อติดแข็ง	3.89	1.09	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา	3.79	1.16	มาก
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักเสียชีวิตจาก ภาวะแทรกซ้อน เช่น เนื้อสมองตายภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง	3.76	1.21	มาก
5. การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ครอบครัว ต้องสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษา	3.61	1.50	ปานกลาง
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการช่วยเหลือจาก บุคคลอื่น เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การแต่งกาย การฟื้นฟูสภาพจิตใจ	3.52	1.37	ปานกลาง
ภาพรวม	3.76	.916	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง			
1. การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง	4.10	.98	มาก
2. การรับประทานยาตรงตามเวลาตามแพทย์สั่งสามารถ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	4.06	.771	มาก
3. การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.01	.90	มาก
4. การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมสามารถ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.89	1.11	มาก
5. การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์สามารถ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	3.81	1.19	มาก
6. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ ไม่อ้วนจะช่วย ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.80	.90	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ
7. การควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	3.76	1.30	มาก
ภาพรวม	3.92	.771	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
1. รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม รสหวานจนเป็นนิสัย จึงปรับเปลี่ยนได้ยากเพราะครอบครัวเป็นผู้ทำอาหาร	3.60	1.13	ปานกลาง
2. ถ้าไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เข้าสังคมได้น้อยลง	3.23	1.40	ปานกลาง
3. การจัดการกับความเครียดเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะมีปัญหาให้คิดหรือต้องแก้ไข ไม่มีคนให้คำปรึกษา	3.22	1.39	ปานกลาง
4. ไม่ไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากไม่มีคนพาไป	3.20	1.40	ปานกลาง
5. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเนื่องจากท่านมีภาระงานอื่น ๆ ที่ต้องทำในแต่ละวัน	3.18	1.27	ปานกลาง
6. รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาทำให้รับประทานยาไม่เป็นเวลาด้วย	3.12	1.32	ปานกลาง
7. ไม่ได้ไปรับยาตามนัดเพราะไม่มีใครอยู่บ้านดูแลหลาน	2.79	1.46	ปานกลาง
8. การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	2.60	1.39	ปานกลาง
ภาพรวม	3.12	.890	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
1. สามารถไปพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง	4.31	1.03	มาก
2. สามารถควบคุมอาหารรส หวาน มัน เค็มได้	4.28	.95	มาก
3. มั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ที่มีประโยชน์ได้เป็นประจำทุกวัน	4.20	.95	มาก
4. สามารถรับประทานยาได้ตรงตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ	4.04	1.21	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ
5. ทราบอาการผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้นและรีบไป พบแพทย์ทันที	3.95	1.38	มาก
6. สามารถสร้างคุณค่าให้ตัวเองได้	3.92	1.19	มาก
7. สามารถจัดการความเครียดได้ โดยดูทีวี เล่นกีฬา ระบาย ให้ผู้อื่นฟัง	3.75	1.23	มาก
8. มั่นใจว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่หรือรับควันบุหรี่จากผู้อื่นได้	3.69	1.24	มาก
9. ไม่มั่นใจว่าสามารถควบคุมน้ำหนักหรือรอบเอวให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติ	3.60	1.35	ปานกลาง
10. มั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ทุกวัน	3.51	1.36	ปานกลาง
ภาพรวม	3.93	785	มาก

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาในรายชื่อของแต่ละการรับรู้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทุกข้ออยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=4.03$, S.D.=1.12) และผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.92$, S.D.=1.14)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับมาก คือ โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=3.97$, S.D.=.98) และ โรคแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาตมีโอกาสเกิดแผลกดทับตามร่างกาย ข้อติดแข็ง ($\bar{X}=3.89$, S.D.=1.09)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกำบังกัน อยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=4.10$, S.D.=.98) รองลงมา คือ การรับประทานยาตรงตามเวลาตามแพทย์สั่งสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X}=4.06$, S.D.=.771)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกำบังกัน มีระดับดีข้อเดียว คือ รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม รสหวานจนเป็นนิสัย จึงปรับเปลี่ยนได้ยากเพราะครอบครัวเป็นผู้ทำอาหาร ($\bar{X}=3.60$, S.D.=1.13) นอกนั้นอยู่ระดับปานกลาง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถไปพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง ($\bar{X}=4.31$, S.D.=1.03) รองลงมา คือ สามารถควบคุมอาหารรสหวาน มัน เค็มได้ ($\bar{X}=4.28$, S.D.=.95)

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	
	Spearman Rank Correlation Coefficient (r_s)	p-value
ลักษณะส่วนบุคคล		
อายุ	.113	.239
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.267	.005**
การรับรู้ความรุนแรง	.303	.001**
การรับรู้ประโยชน์	.249	.009**
การรับรู้อุปสรรค	.159	.098
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.228	.017*

* $P < .05$, ** $P < .01$

จากตารางที่ 7 พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .113$, $p = .239$) การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r_s = .303$, $p = .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .267$, $p = .005$) การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = .249$, $p = .009$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .228$, $p = .017$) ตามลำดับ แต่การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = .159$, $p = .098$)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	n	Mean Rank	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		Mann-Whitney Test (Z)	p-value
			Median	IQR (Q ₁ -Q ₃)		
			เพศ			
ชาย	38	59.89	3.35	0.44 (3.12-3.56)	-1.050	.294
หญิง	72	53.18				

จากตารางที่ 8 พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Z=-1.050, p=.294)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรสและรายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	n	Mean Rank	Median	IQR (Q ₁ -Q ₃)	Kruskal-Wallis Test	p-value
สถานภาพสมรส						
โสด	4	59.50	3.35	0.44	9.688	.021*
หม้าย หย่า แยก	42	49.81		(3.12-3.56)		
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	61	61.41				
สมรส (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน)	3	9.67				
รายได้ครอบครัว						
พอใช้	39	59.12	3.35	0.44	5.826	.054
ไม่พอใช้ ไม่เป็นหนี้	54	58.29		(3.12-3.56)		
ไม่พอใช้ เป็นหนี้	17	38.35				

*p<.05

จากตารางที่ 9 พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Kruskal-Wallis test=9.688, p=.021) แต่รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คือ (Kruskal-Wallis test=5.826, p=.054)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 110 ราย ผลการวิจัยครั้งนี้นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.55 เพศชาย ร้อยละ 34.55 มีอายุเฉลี่ย 66.43 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.03 มีสถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.45 รายได้ครอบครัว พบว่า ไม่พอใช้แต่ไม่เป็นหนี้มากที่สุด ร้อยละ 49.09 ยังประกอบอาชีพอยู่ ร้อยละ 75.45 ในจำนวนนี้มีอาชีพหลากหลายโดยรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 18.18 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.27 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 3.64 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 15.45 เกือบทั้งหมดมีสิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 96.36

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.35$, S.D.=.333) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ระดับปานกลางเช่นกัน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}=3.49$, S.D.=.445) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.19$, S.D.=.867) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X}=3.52$, S.D.=.770) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}=3.22$, S.D.=.434)

3. กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.71$, S.D.=.823) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.76$, S.D.=.916) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.92$, S.D.=.771) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.93$, S.D.=.785) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.12$, S.D.=.890)

4. กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง พบว่า

4.1) ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.113$,

$p=.239$) และเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($Z=-1.050$, $p=.294$) รายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คือ (Kruskal-Wallis test=5.826, $p=.054$) ส่วนสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Kruskal-Wallis test=9.688, $p=.021$)

4.2) ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r_s=.303$, $p=.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.267$, $p=.005$) การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s=.249$, $p=.009$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.228$, $p=.017$) ตามลำดับ แต่การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s=.159$, $p=.098$)

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยผู้วิจัยอภิปรายผลดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.35$, $S.D.=.333$) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ อายุระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 เป็นวัยเกษียณอายุราชการมีความมั่นคงในชีวิต และวุฒิภาวะในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเองได้ ประกอบกับเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่นานแล้วและมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรืออย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่น ๆ ในขณะที่มารับบริการจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิกพ ดีแพ (2562 : 46-59) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.21$, $S.D.=0.38$) และการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม (2561 : 109-119) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.87 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.13 นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก

(WHO. 2016 : Online) แนะนำว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดที่ดี จะสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}=3.49$, S.D.=.445) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.19$, S.D.=.867) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X}=3.52$, S.D.=.770) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}=3.22$, S.D.=.434) ดังนี้

1.1) ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.15$, S.D.=.506) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมระดับดี คือ ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว ต่อวัน ($\bar{X}=4.14$, S.D.=1.03) รับประทานอาหารเช้าสูง เช่น ข้าว ผักผลไม้ ($\bar{X}=3.76$, S.D.=1.14) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐชยา ป้อมบุบผา และณิตชาธร ภาโนมัย (2561 : 57-68) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.49 ซึ่งหากมีการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารหรือการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมจะช่วยลดระดับความดันโลหิต ลดน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับไขมันในกระแสเลือดได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองได้ (จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ์. 2561 : 2028-2035)

1.2) ด้านการออกกำลังกาย ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.19$, S.D.=.867) และพฤติกรรมรายข้อทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 จึงอาจมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นจะส่งผลให้สมรรถภาพทางกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และมีความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ลดลง (American College of Sports Medicine. 2009 : Online) ซึ่งพฤติกรรมรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วหรือวิ่งช้า ๆ ($\bar{X}=3.45$, S.D.=1.17) และออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ($\bar{X}=3.36$, S.D.=1.29) สอดคล้องกับสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA. 2016 : Online) ที่แนะนำว่าควรมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคระดับออกแรงปานกลาง อย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ จะช่วยให้หัวใจได้ทำงานตามการออกแรงของกล้ามเนื้อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

1.3) ด้านการรับประทานยา ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.52$, S.D.=.770) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมระดับดี 5 ข้อ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ ($\bar{X}=4.14$, S.D.=1.16) รองลงมา คือ จะไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้น ($\bar{X}=3.86$, S.D.=1.44) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาวิวรรณ์ เศรษฐีธรรม (2561 : 109-119) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังโรคลอดเลือดสมองโดยพฤติกรรมกำบังประพาทนยารักษาโรคอย่างถูกต้อง ไม่เพิ่มหรือลดปริมาณยาเอง และการศึกษาของ กาญจนนา โม่มาลา และพิสุทธิ์ คงขำ (2563 : 172-185) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมกำบังโรคลอดเลือดสมอง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การกำบังประพาทนยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอไม่ปรับลดหรือเพิ่มยาเอง ($\bar{X}=3.76$, S.D.=0.49) ซึ่งสมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (2562) รายงานว่าการกำบังประพาทนยาอย่างสมม่่าเสมอจนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้หยุดกำบังประพาทนจะช่วยกำบังการเกิดโรคลอดเลือดสมองได้

1.4) การจัดการความเครียด ภาพรวมมีพฤติกรรมระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.22$, S.D.=.434) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายได้ครอบครัว พบว่า ไม่พอใช้แต่ไม่เป็นหนี้มากที่สุด ร้อยละ 49.09 จึงอาจทำให้มีความเครียดสูง การจัดการความเครียดจึงอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ อายุระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 เป็นวัยที่ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดน้อยลงเริ่มแสวงหาความมั่นคงทางจิตใจโดยยึดมั่นในศาสนามากขึ้นผ่านประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ จึงมีวิธีจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เห็นได้จากพฤติกรรมเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีพฤติกรรมค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อเครียดจะไม่ซื้อยานอนหลับมารับประพาทนเอง ($\bar{X}=4.05$, S.D.=1.24) และกลุ่มตัวอย่างจะมีวิธีการจัดการความเครียดได้ในระดับปานกลาง เมื่อมีความกังวลใจ กลุ่มใจ เครียด ลดอาการเหล่านี้ เช่น ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.21$, S.D.=1.39) พบว่า วิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมช่วยกำบังการเกิดโรคลอดเลือดสมองได้เช่นกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมกำบังโรคลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

2.1) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.113$, $p=.239$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ อายุระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 อายุเฉลี่ย 66.43 ปี จึงมีพฤติกรรมการกำบังโรคลอดเลือดสมองไม่ต่างกัน จากการศึกษาของ ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ และคณะ (2561 : 573-582) พบว่า อายุ ไม่มีอิทธิพลในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อกำบังโรคลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ($\beta=-0.223$, $p=.071$)

2.2) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($Z=-1.050$, $p=.294$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.50 จึงอาจมีการกำบังโรคลอดเลือดสมองที่ไม่ต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ($c^2=0.056$, $p=.813$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาร์วินธรณ เศรษฐีธรรม. (2561 : 109-119) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าเพศชาย ($OR_{adj}=2.23$, 95%CI of $OR_{adj}=1.46-3.40$, $p\text{-value}<.001$)

2.3) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Kruskal-Wallis test=9.688, $p=.021$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 55.50 ซึ่งการมีคู่สมรสจะสามารถช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่าง ๆ คอยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล (2561 : 62-75) พบว่า สถานภาพสมรส ($mOR_{crude}=2.42$, 95%CI=1.02-5.73 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2.4) รายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คือ (Kruskal-Wallis test =5.826, $p=.054$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวไม่พอใช้แต่ไม่เป็นหนี้มากที่สุด ร้อยละ 49.00 และมีการประกอบอาชีพถึง ร้อยละ 75.50 เวลาบางส่วนอาจหมดไปกับการทำงานจึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.05$, $S.D.=.526$) สอดคล้องกับ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) พบว่า รายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ($\chi^2=2.189$, $p=.342$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรียา หล้ากำ และศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ (2560 : 85-94) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ด้านความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาร์วินธรณ เศรษฐีธรรม (2561 : 109-119) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 9,150 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,150 บาท ($OR =0.60$, 95%CI of $OR=0.59-0.83$, $p\text{-value}<.001$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง พบว่า

3.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.267$, $p=.005$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมาก ($\bar{X}=3.71$, $S.D.=.823$) โดยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ เห็นได้จากข้อคำถามรายข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

คือ ผู้ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=4.03$, $S.D.=1.12$) รองลงมา ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.92$, $S.D.=1.14$) ทำให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง เบคเกอร์ และคณะ (Becker, M.H et al. 1977 : 345-366) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อตนเองจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา โมมาลา และพิสุทธิ คงขำ (2563 : 172-185) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเรื้อรังได้ ($\beta=.886$, $p<.01$) และการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ($c^2=11.962$, $p<.001$)

3.2) การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r_s=.303$, $p=.001$) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X}=3.76$, $S.D.=.916$) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=3.97$, $S.D.=.98$) รองลงมา คือ โรคแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต มีโอกาสเกิดแผลกดทับตามร่างกาย ข้อติดแข็ง ($\bar{X}=3.89$, $S.D.=1.09$) ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Becker, M.H & Maiman, L.A. 1975 : 336-385) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ($C^2=5.048$, $p<0.05$) และการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561 : 109-119) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองระดับดีมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองระดับไม่ดี ($OR_{adj}=5.83$, $95\%CI$ of $OR_{adj}=2.86-11.87$, $p\text{-value}<.001$)

3.3) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r_s=.228$, $p=.017$ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.93$, $S.D.=.785$) ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลายประการอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะสามารถไปพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง ($\bar{X}=4.31$, $S.D.=1.03$) รองลงมา คือ สามารถควบคุมอาหารรส หวาน มัน เค็มได้ ($\bar{X}=4.28$, $S.D.=.95$) ซึ่งถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่

ตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อป้องกันโรคได้ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา. 2555 : 21-43) สอดคล้องกับศึกษาของ ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยถิน แซ่ตัน (2563 : 62-77) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ($c^2=9.427$, $p<.05$)

3.4) การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s=.249$, $p=.009$) บุคคลเชื่อว่าการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นจะทำให้บุคคลนั้นมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.92$, $S.D.=.771$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=4.10$, $S.D.=.98$) รองลงมา คือ การรับประทานยาตรงตามเวลาตามแพทย์สั่งสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X}=4.06$, $S.D.=.771$) ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า การเลิกสูบบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรงแต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนกว่าแพทย์จะบอกให้หยุดช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน (ณัฐกร นิลเนตร. 2562 : 51-57) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา โหมมาลา และพิสุทธิ คงขำ (2563 : 172-185) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=1.138$, $p<.001$)

3.5) การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s=.159$, $p=.098$) ซึ่งบุคคลจะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะต้องเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคต้องน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ. 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ($p=.235$)

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยเพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

บรรณานุกรม

- กษมา เชียงทอง. (2554) **ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าอิสระ ส.ม. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัตติกา วังทะพันธ์ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรพินท์ สีขาว. (2563) “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 13 (1) หน้า 422-430.
- กาญจนา โม่มาลา และพิสุทธิ คงขำ. (2563) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเก่า อำเภอโพธิ์ธาราม จังหวัดราชบุรี” **วารสาร มฉก.วิชาการ**. 24 (2) หน้า 172-185.
- กาญจนา สิงห์ภู และคณะ. (2552) “ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีนครินทร์” **ศรีนครินทร์สาร**. 24 (1) หน้า 54-59.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559) **รายงานประจำปี 2558**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf> (24 มิถุนายน 2564)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557) **คู่มือคลายเครียด**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562) **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Statistic%2061.pdf (24 มิถุนายน 2564)
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562) **จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559-2561 (รวม 4 โรค/ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง) ต่อประชากรแสนคน 100,000 คน จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaince.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&gid=1-020> (24 มิถุนายน 2564)
- กรมการแพทย์. (2562) **สรุปการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 ครั้งที่ 1 ปี 2562 : คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/04/คณะ2สรุปตรวจราชการกรมการแพทย์-เขต6-รอบ1-62.pdf> (24 มิถุนายน 2564)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ขวัญตา กลิ่นหอม, วิไลวรรณ มุสิกเจียรนนท์ และพิศสมร เดชดวง. (2559) “ผลของการจัดการความเครียดด้วยอานาปานสติ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**. 18 (34) หน้า 21-33.
- จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร ผลดงนอก และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุท. (2558) **ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง**. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.
- จุก สุวรรณโณ และจอม สุวรรณโณ. (2560) “การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงชาย” **รามาศิริพยาบาลสาร**. 23 (2) หน้า 160-177.
- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. (2561) “การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” ใน **เอกสารประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 10 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม “น้อมนำศาสตร์พระราชาสู่การวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น อย่างยั่งยืน” วันที่ 29 - 30 มีนาคม 2561 ณ อาคารศูนย์ภาษา ศูนย์คอมพิวเตอร์ และหอประชุม จัดโดย สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม**. หน้า 2028-2035. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา และจามรี ไตรจันทร์. (2557) “ความชุก ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพัทลุง : การศึกษาแบบตัดขวาง” **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 32 (5) หน้า 275-282.
- ชลธิรา กาวไรสง และรุจิรา ดวงสงค์. (2557) “ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา” **ศรีนครินทร์สาร**. 29 (3) หน้า 295-303.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี” **วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**. 2 (2) หน้า 62-77.
- ณัฐกร นิลเนตร. (2562) “ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” **วารสารพยาบาลทหารบก**. 20 (2) หน้า 51-57.
- ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ” **วารสารสุขศึกษา**. 41 (1) หน้า 62-75.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณัฐชยา บ่อมบอบผา และณิตชาธร ภาโนมัย. (2561) “แรงจูงใจการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น” **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**. 21 (2) หน้า 57-68.
- ทิพวรรณ ประสานสอน และพรเทพ แพรชาว. (2556) “ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน” **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. 31 (2) หน้า 36-43.
- นฤมล โชว์สูงเนิน. (2561) “การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง” **วารสารสุขภาพภาคประชาชน**. 12 (1) หน้า 9-16.
- นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2557) “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน” **รามาธิบดีพยาบาลสาร**. 20 (2) หน้า 236-248.
- บวรลักษณ์ ทองทิว และคณะ. (2561) “ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา” **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 38 (3) หน้า 179-191.
- ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริชากุล และสุวรรณา จันทรประเสริฐ. (2563) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี” **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**. 31 (2) หน้า 28-40.
- ปราณี ทัพพะธะ. (2558) **คู่มือการตรวจโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : เอ็น พี เพรส.
- ปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลัปกาย. (2560) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา” **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**. 4 (1) หน้า 217-233.
- พิษณุพร สายคำทอน และคณะ. (2559) “ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 1” **วารสารสาธารณสุขล้านนา**. 12 (2) หน้า 44-53.
- พุทธิวัฒน์ ทองวงศ์ และจินตนาภรณ์ วัฒนธร. (2561) “ความเครียดกับโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด” **วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. 13 (3) หน้า 45-50.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พิภพ ดีแพ. (2562) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา” **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล**. 35 (3) หน้า 46-59.
- ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2561) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี” **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**. 21 (2) หน้า 109-119.
- รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หิตอักษร. (2560) “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ” **วารสารพยาบาลทหารบก**. 18 (ฉบับพิเศษ) หน้า 236-248.
- รุ่งนภา อินทะจักร์ และพิชญ์ อภิสมมาตรโยธิน. (2561) “ภาวะทุพชะยาของคู่สมรสที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษาของคู่สมรสคู่หนึ่งในจังหวัดแพร่” **วารสารสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยทักษิณ**. 7 หน้า 198-217.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538) “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้” **วารสารข่าวการวิจัยทางการศึกษา**. 18 (3) หน้า 8-11.
- วิไลพร พุทธรังค์ และคณะ. (2557) “ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา” **วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**. 44 (1) หน้า 30-45.
- ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ และคณะ. (2561) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร” **วารสารฉบับพิเศษ ประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**. 14 หน้า 573-582.
- สภาการพยาบาล. (2552) “ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ” **ราชกิจจานุเบกษา**. 126 (ตอนพิเศษ 16ง) หน้า 29-33.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2557) “โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง” **วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย**. 35 (4) หน้า 59-71.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562) **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562**. เชียงใหม่ : ทริค อินค์.
- สันติชัย ศรีปนิธาน. (2560) “Acute stroke treated with intravenous thrombolytic drug in Phrae Hospital” **วารสารโรงพยาบาลแพร่**. 25 (2) หน้า 1-12.
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557) **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557) **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557**. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุรัตน์ บุญยีน. (2559) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาลี อำเภอไพศาลี จังหวัด นครสวรรค์” **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**. 6 (3) หน้า 256-266.
- สุรียา หล้ากำ และศิริราณี อินทรหนองไผ่. (2560) “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด” **วารสารพยาบาลตำรวจ**. 9 (2) หน้า 85-94.
- อณัญญา ลาลูน และไพฑูรย์ วุฒิโส. (2564) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ” **วารสารพยาบาล**. 70 (2) หน้า 27-36.
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร และวีณา เทียงธรรม (2555) “วิเคราะห์งานวิจัยด้านการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค ที่เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2552” **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 26 (2) หน้า 21-43.
- อภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. (2556) **การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในการประยุกต์แนวคิด และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : คลังนาวิทยา.
- AHA. (2016) **Understand Your Risks to Prevent a Heart Attack**. [Online] Available : <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/understand-your-risks-to-prevent-a-heart-attack#.WxUQ60iFOM8> (10 September 2019)
- American College of Sports Medicine. (2009) “American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults” **Med Sci Sports Exerc**. 41 (3) page 687-708. [Online] Available : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19204579/> (24 June 2021)
- Bandasak R et al. (2011) “Association between hypertension and stroke among young Thai adults in Bangkok, Thailand” **Southeast Asian J Trop Med Public Health**. 42 (5) page 1241-1248.
- Becker, M.H & Maiman, L.A. (1975) “The health Belief Model : Origins and Correlation in Psychological Theory” **Health Education Monography**. 2 (Winter) page 336-385.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Becker, M.H et al. (1977) “The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance : A Field Experiment” **Journal of Health and Social Behavior**. 18 (4) page 345-366.
- Chandratheva A et al. (2010) “ABCD² Score Predicts Severity Rather Than Risk of Early Recurrent Events After Transient Ischemic Attack” **Stroke**. 41 (5) page 851-856.
- Hajat C et al. (2004) “Ethnic Differences in Risk Factors for Ischemic Stroke : A European Case-Control Study” **Stroke**. 35 (7) page 1562-1567.
- Hulley SB et al. (2013) **Designing Clinical Research : An Epidemiologic Approach**. 4th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Lastra G et al. (2014) “Type 2 Diabetes Mellitus and hypertension : An update” **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**. 43 (1) page 103-122.
- Passarella P et al. (2018) **Hypertension management in diabetes**. [Online] Available : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092891/> (21 February 2020)
- Piravej K & Wiwatkul W. (2003) “Risk factors for stroke in Thai patients” **J Med Assoc Thai**. 86 (Suppl 2) page S291-S298.
- Rong chen, Bruce Ovbiagele & Wuwei Feng. (2016) “Diabetes and Stroke : Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals and Outcomes” **Am J Med Sci**. 351 (4) page 380-386.
- Rosenstock I.M. (1974) “Historical origins of the Health Belief Model” **Health Education Monograph**. 24 page 328-335.
- Rosenstock I.M, Strecher V.J & Becker M.H. (1988) “Social learning theory and the Health Belief Model” **Health Educ Q**. 15 (2) page 175-183.
- Sarnowski B et al. (2013) “Lifestyle risk factors for ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults in the Stroke in Young Fabry Patients study” **Stroke**. 44 (1) page 119-125.
- Silverman, I.E & Rymer, M.M. (2012) **Stroke basics**. In I.E. Silverman, M.M.M. Rymer & L.M. Ruilope, Eds. **Blood pressure management and stroke : Visual guide for clinicians**. Page 1-15. Oxford : Atlas Medical Publishing.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Sowers JR. (2013) “Diabetes mellitus and Vascular disease” **Hypertension**. 61 (5) page 943-947.

Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017) **Public Health Statistics**. Bangkok : Siam Charoen Commercial.

World Health Organization. (2014) **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014**. Geneva, Switzerland : Printed Switzerland.

_____. (2015) **Stroke, Cerebrovascular Accident**. [Online] Available : http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en (12 June 2020)

_____. (2016) **Stoke : a Global response is needed**. [Online] Available : <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636.pdf> (12 June 2020)



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 25 กันยายน 2563

ชื่อเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวพรรณทิพย์ คำภีชัย

คณะวิชา/หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเสลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 25 กันยายน 2563

เลขที่รับรอง

อ.996/2563

วันที่ให้การรับรอง: 25 กันยายน 2563

วันหมดอายุใบรับรอง: 24 กันยายน 2565

เอกสารขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย

LP ๒3-025๕

๒4 ก.พ. ๒3



ที่ สป ๐๓๓๒.๗/๓๑๙

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ
อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

๒๓ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับเก็บข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ที่ มฉก. ๐๑๐๕/๐๑๒๘ ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๓

ตามที่หนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล เพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดย นางสาวพรรณทิพย์ คำภิชัย เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ นั้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ มีความยินดีและอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายติเรก ภูแจ้ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาว พรรณทิพย์ คำภิชัย นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และรายงานผลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่านไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับท่าน หากท่านสงสัยในข้อคำถามใด ๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยติดต่อเบอร์โทรศัพท์ 0839710261 แม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูลย่อมสามารถกระทำได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยครั้งนี้จะประสบผลสำเร็จล่วงไม่ได้ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงใคร่ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวพรรณทิพย์ คำภิชัย

นักศึกษาระดับปริญญาโท

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ค

หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย

โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent From)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

ข้าพเจ้าขอทำหนังสือไว้ต่อผู้วิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ก่อนลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2 ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3 ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้อ 4 ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ หัวหน้าผู้วิจัย
(นางสาวพรรณทิพย์ คำภิชัย)

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. อาจารย์ ดร.วิญญูพัญญ บุญทัน
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลพื้นฐาน ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. อาจารย์ ดร.ปริศนา อัครชนพล
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลพื้นฐาน ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ซึ่งแต่ละส่วนจะมีคำอธิบายอีกครั้งขอความกรุณาทำคำตอบทุกส่วนและทุกข้อ

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความตามความเป็นจริงของท่าน

- 1) เพศ ชาย หญิง
- 2) อายุ ปี (ระบุจำนวนปีเต็ม)
- 3) สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย หย่า แยก
<input type="checkbox"/> สมรส (อยู่ด้วยกัน)	<input type="checkbox"/> สมรส (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน)
- 4) อาชีพหลัก

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> เกษียณ	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> ประกอบกิจการส่วนตัว	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> รับราชการ
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
- 5) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

<input type="checkbox"/> พอใช้	<input type="checkbox"/> ไม่พอใช้ ไม่เป็นหนี้	<input type="checkbox"/> ไม่พอใช้ เป็นหนี้
--------------------------------	---	--
- 6) สิทธิในการรักษา

<input type="checkbox"/> กรมบัญชีกลาง	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> บัตรทอง
<input type="checkbox"/> จ่ายเอง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
- 7) การสูบบุหรี่

<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว
------------------------------------	---------------------------------------	--
- 8) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

<input type="checkbox"/> ดื่มเป็นประจำ	<input type="checkbox"/> ดื่มนาน ๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม
--	--	----------------------------------
- 9) สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

<input type="checkbox"/> มี คือ <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บิดาและมารดา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
<input type="checkbox"/> ไม่มี

ส่วนที่ 2 สอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือซึ่งตรงกับการปฏิบัติของท่านใน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวและโปรดตอบทุกข้อ

คำถาม	การปฏิบัติใน 1 สัปดาห์				
	ทุกวัน (7 วัน)	เกือบทุกวัน (5-6 วัน)	บางวัน (3-4 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เลย
การรับประทานอาหาร					
1. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า ปลากระป๋อง ข้าวกล่องสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว					
2. ท่านลดการเติมน้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว และเครื่องปรุงรส เพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน หรือระหว่างรับประทาน					
3. ท่านรับประทานอาหารจำพวกอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าว ผักผลไม้					
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เต้าหู้ ถั่ว นม ไข่					
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูกระทะ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้นกรอบ					
6. ท่านรับประทานอาหารอาหารที่มีครีมกับเนยมาก ๆ เช่น ขนมเค้ก ขนมปังเนยสด					
7. ท่านรับประทานอาหารด้วยวิธีการนั่ง ต้ม แทนการทอด					
8. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู หอย ปลาหมึก					
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด ผัด เช่น หมูทอด ไข่ทอด ผัดผัก					
10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 แก้วต่อวัน					
11. ท่านดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน					

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

คำถาม	การปฏิบัติใน 1 สัปดาห์				
	ทุกวัน (7 วัน)	เกือบทุกวัน (5-6 วัน)	บางวัน (3-4 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เลย
ด้านการออกกำลังกาย					
1. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วหรือวิ่งช้า ๆ หรือเดินแอโรบิก					
2. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์					
3. ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องกันนาน 30 นาทีขึ้นไป					
4. ท่านประเมินความพร้อมของตนเองก่อนออกกำลังกาย เช่น ไม่มีอาการปวดหรือเวียนศีรษะ ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่มีใจสั่น เป็นต้น					
5. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและทำการวอร์มร่างกายหลังออกกำลังกายเสร็จ 5-10 นาที					
6. ท่านออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที					
7. ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ถึง 2 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง					
8. ในระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกายท่านสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เหนื่อย หอบ					
9. หลังออกกำลังกายท่านนั่งพักอย่างน้อย 10 ถึง 15 นาที ก่อนไปทำกิจกรรมอย่างอื่น					
การรับประทานยา					
1. ท่านรับประทานยา ตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ					
2. ท่านซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง					

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

คำถาม	การปฏิบัติใน 1 สัปดาห์				
	ทุกวัน (7 วัน)	เกือบทุกวัน (5-6 วัน)	บางวัน (3-4 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เลย
3. ท่านซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเอง					
4. ไม่นำยาลดความดันโลหิตของผู้อื่นมารับประทานแทนกัน					
5. ไม่นำยาลดน้ำตาลในเลือดของผู้อื่นมารับประทานแทนกัน					
6. จะไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีอาการดีขึ้น					
7. ไม่ลดหรือเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยารักษาโรคเบาหวานเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์					
8. ท่านไปรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยาเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามนัด					
9. ท่านไม่ไปรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยารักษาโรคเบาหวานตามนัดของแพทย์					
10. เมื่อท่านไม่เข้าใจวิธีการรับประทานยา ท่านจะสอบถามเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล หรือสาธารณสุข					
การจัดการความเครียด					
1. เมื่อท่านมีความกังวลใจ กลุ่มใจ เครียด ท่านลดอาการเหล่านี้ เช่น ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย					
2. เมื่อท่านรู้สึกโมโห โกรธ ท่านจะระงับตนเองด้วยการหายใจเข้าออก ลึก ๆ อย่างช้า ๆ					
3. เมื่อกังวลใจ เครียดจะไม่สูบบุหรี่					
4. เมื่อกังวลใจ เครียด จะไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ สุรา					
5. เมื่อท่านมีความเครียด รู้สึกกังวลใจกลุ่มใจ โกรธ หงุดหงิด ท่านควบคุมหรือผ่อนคลายได้					

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

คำถาม	การปฏิบัติใน 1 สัปดาห์				
	ทุกวัน (7 วัน)	เกือบทุกวัน (5-6 วัน)	บางวัน (3-4 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เลย
6. เมื่อท่านกังวลใจ ท่านปรึกษาบุคคลในครอบครัว					
7. เมื่อท่านกังวลใจ ท่านปรึกษาเพื่อน หรือผู้ที่ไว้ใจได้					
8. ท่านจัดการกับความเครียดโดยการทำให้สงบ เช่น ไปวัดสวดมนต์ ทำสมาธิ					
9. เมื่อท่านโกรธ โมโห เครียด ท่านใช้วิธีระบายอารมณ์กับผู้ใกล้ชิด					
10. เมื่อเครียดจะไม่ซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง					

ส่วนที่ 3 สอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือซึ่งตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน ใน 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว โปรดตอบทุกข้อ

คำถาม	ความรู้สึกนึกคิด				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
1. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่เป็นโรคใดโรคหนึ่ง					
2. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
3. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

คำถาม	ความรู้สึกรู้สึกคิด				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
4. ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
5. ผู้ที่รับประทานอาหารเช้ามีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
6. ผู้ที่รับประทานอาหารเช้าไขมันสูง เช่น ไข่แดง ไขมันจากสัตว์มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
7. ผู้ที่อายุมากกว่า 45 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี					
8. เพศชายมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง					
9. ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง					
1. โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว					
2. โรคแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต (มีโอกาเกิดแผลกดทับตามร่างกาย ข้อติดแข็ง)					
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา					
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เนื้อสมองตาย ภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง					
5. การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ครอบครัวต้องเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษา					
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น การรับประทานอาหารเช้า การขับถ่าย การแต่งกาย การฟื้นฟูสภาพจิตใจ					

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

คำถาม	ความรู้สึกรู้สึกคิด				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1. การลดหรือหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหาร รสจัด หวาน มัน เค็มช่วยป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง					
2. การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง					
3. การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
4. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ ไม่อ้วนจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองได้					
5. การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
6. การควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดสามารถ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
7. การรับประทานยาตรงตามเวลาตามแพทย์สั่ง สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1. ท่านรับประทานอาหารเช้าที่มีรสเค็ม รสหวาน จนเป็นนิสัย จึงปรับเปลี่ยนได้ยากเพราะครอบครัว เป็นผู้ทำอาหาร					
2. ถ้าไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เข้าสังคมได้น้อยลง					
3. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่ทำ ได้ยาก เนื่องจากท่านมีภาระงานอื่น ๆ ที่ต้องทำ ในแต่ละวัน					
4. การจัดการกับความเครียดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะท่านมีปัญหาให้คิดหรือต้องแก้ไข เพราะไม่มี คนให้คำปรึกษา					

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

คำถาม	ความรู้สึกนึกคิด				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
5. ท่านไม่ไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากไม่มีคนพาไปพบแพทย์ตามนัด					
6. ท่านรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาทำให้รับประทานยาไม่เป็นเวลาด้วย					
7. การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก					
8. ท่านไม่ได้ไปรับยาตามนัดเพราะไม่มีใครอยู่บ้าน/ดูแลหลาน					
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง					
1. ท่านสามารถไปพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง					
2. ท่านสามารถควบคุมอาหารรส หวาน มัน เค็ม ได้					
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ ที่มีประโยชน์ได้เป็นประจำทุกวัน					
4. ท่านสร้างคุณค่าให้ตัวเองได้					
5. ท่านสามารถจัดการความเครียดได้ โดย ดูทีวี เล่นกีฬา ระบายให้ผู้อื่นฟัง					
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมน้ำหนักหรือรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
7. ท่านสามารถรับประทานยาได้ตรงตามจำนวน และเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ					
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ หรือรับควันบุหรี่จากผู้อื่นได้					
9. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้ทุกวัน					
10. ท่านทราบอาการผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้น ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวพรรณทิพย์ คำภิชัย
วัน เดือน ปีเกิด	12 สิงหาคม 2532
ที่อยู่ปัจจุบัน	215/20 The Connect พระราม 5 – นครอินทร์ ซอยบางไผ่ 21 ตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554 – 2558 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558 – 2560 พยาบาลวิชาชีพ แผนกไอซียู โรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน พ.ศ. 2561 – 2562 พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเพชรเวช
ตำแหน่งงานและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน	พ.ศ. 2564 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการทันตสถาน โรงพยาบาลราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม