



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

อาภรณ์ เจาะอุบง ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 459 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 233 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.887 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (73.80%) ($\bar{X}$ = 2.738, S.D. = 0.440) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (83.70%) ($\bar{X}$ = 2.832, S.D. = 0.493) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.198, P -value < 0.002)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

¹ E-mail: Arpornjeh@gmail.com



Factors Associated with Stroke Prevention Behaviors among Hypertensive Patients in Bana Subdistrict, Mueang District, Pattani Province.

Arporn jehaubong ¹

Abstract

This descriptive research aimed to study factor associate with stroke preventive behaviors among hypertension patient in Bana Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Pattani Province. Population in this study consisted of 459 hypertension patient which received treatment in Bana Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Pattani Province, in fiscal year 2025. Sample size of 233 participants was determined using the Daniel formula and selected through systematic random sampling. Data were collected using a four-part structured interview form, which was validated by three experts and yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.887. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient. The results revealed that health perception was classified in high level (73.80%) ($\bar{X}=2.738$, S.D.=0.440) and behavior of stroke prevention was classified in high level (83.70%) ($\bar{X}=2.832$, S.D.=0.493), respectively. An association analyzed reported that health perception was associated with stroke preventive behaviors among hypertension patient in Bana Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Pattani Province with statistic significantly ($r=0.198$, $P\text{-value}<0.002$).

Keywords: Stroke, Stroke prevention behaviors, Hypertensive patients

¹ E-mail: Arpornjeh@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย World Stroke Organization (WSO) รายงานว่าในปีค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สูงถึง 11.9 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 7 ล้านคนทั่วโลก ทำให้โรคนี้อยู่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสามของภาวะทุพพลภาพทั่วโลก (World Stroke Organization, 2025) ที่น่ากังวลคือ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ใหญ่มากกว่า 1.3 พันล้านคนทั่วโลกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี 2019 และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งส่งผลให้ภาระทางสาธารณสุขทั่วโลกยังคงเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญในการควบคุมโรคนี้ (WHO, 2023; NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), 2021)

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมาก โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สูงถึง 349,126 ราย และมีผู้เสียชีวิต 36,214 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศ ในขณะที่ ปีพ.ศ. 2567 และ 2568 แนวโน้มผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับสูง โดยมีรายงานผู้ป่วยสะสมกว่า 358,062 คน และเสียชีวิต 39,086 คน ในปี 2567 และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ตัวเลขจะยังคงใกล้เคียงกัน (มติชนออนไลน์, 2568; ไทยรัฐบอล, 2568) สถานการณ์นี้มีความเชื่อมโยงอย่างยิ่งกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมความดันโลหิตและการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมจึงเป็นหัวใจสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของโรคนี้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้

โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดปัตตานีโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) โดยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรของจังหวัดปัตตานีพบร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 8.17 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2566) สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบที่ 1. สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2568) โดย พบว่าในปี พ.ศ.2566-2568 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 56,838 ราย, 59,372 รายและ 60,949 ราย ตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ในจังหวัดปัตตานีในปี พ.ศ.2566-2568 เท่ากับ ร้อยละ.58.46, ร้อยละ.59.69.และร้อยละ67.08.ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยอัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็น



ระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษาความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นและอาจมีอาการต่างๆได้แก่เวียนศีรษะ ปวดศีรษะหน้ามืดใจสั่นตาพร่ามัวเป็นลมหมดสติและเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา (Ministry of Public Health Department of Disease Control, 2023) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการยกระดับการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

จากผลการสำรวจและรายงานทางสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอมือง จังหวัดปัตตานี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตตำบลบานาพบว่า ในปี พ.ศ. 2566-2568 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษากว่า 1,809, 1,921 และ 2,005 ราย ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และในจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาอย่างต่อเนื่องพบว่าในปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวน 529 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.24 , ในปี 2567 มีจำนวน 1,921 ราย รักษาต่อเนื่องจำนวน 1,083 รายคิดเป็นร้อยละ 56.38 และในปี2568 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2,005 รายเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องจำนวน 1,089 รายคิดเป็นร้อยละ 54.31 นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ตั้งแต่ปีพ.ศ 2566-2568 คิดเป็นร้อยละ..57.12.,ร้อยละ 58.40และร้อยละ..58.72.ตามลำดับ.จากข้อมูล จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักรู้ในการเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย ขาดยา และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้จากการลงสำรวจมี ผู้ป่วยพิการติดเตียง ในปี 2566-2568 จากข้อมูลของ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงทั้งสิ้น 64 ราย , 80 ราย 115 รายตามลำดับ ซึ่งในจำนวนดังกล่าว โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะติดเตียง จำนวน 39ราย, 50ราย และ 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.93, ร้อยละ62.5 และ 66.65 ตามลำดับ

จากแนวโน้มของสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น และส่งต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคของระบบหลอดเลือดสมองในตำบลบานา อำเภอมือง จังหวัดปัตตานีที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยหลายรายต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพถาวร เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (World Stroke Organization, n.d.) ภาระในการดูแลผู้ป่วยยังตกเป็นของคนในครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การขาดรายได้ ความเครียด และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (กรมอนามัย, 2563) นอกจากนี้ ผลกระทบทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอมือง จังหวัดปัตตานี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลบานา อำเภอมือง จังหวัดปัตตานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอมือง จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดของ (Health Belief Model: HBM) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลบานา จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขต ตำบลบานา อำเภอมือง จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรง มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรง หรือสมองเสื่อม ไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 233 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขต ตำบลบานาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับความดันโลหิตล่าสุด ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนภายในครอบครัว, แรงสนับสนุนจากชุมชน, การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การนอนหลับลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับคือ มาก ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวความคิดของของ เบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงสุด (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ 15/2568 ลงวันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี จำนวน 233 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.10%) อายุเฉลี่ย 61.84 ปี (S.D.=10.94) โดยอยู่ในช่วงอายุ 55-75 ปีมากที่สุด (59.70%) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ (67.40%) ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา (63.10%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (39.90%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (89%) และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท (89.70%) ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มีสมาชิกละ 5 คน (95.70%) ในด้านสุขภาพ พบว่าค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 121-139 mmHg (67%) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) อยู่ในช่วง 60-80 mmHg (39.50%) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 ปี (51.90%) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (82.80%)

การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (73.80%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.738 ($\bar{X}=2.738$, S.D.=0.440) เมื่อพิจารณาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้าน พบว่า

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (86.30%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.862 ($\bar{X}=2.862$, S.D.=0.344) รองด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (85.80%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.858 ($\bar{X}=2.858$, S.D.=0.349) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (85.80%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.858 ($\bar{X}=2.858$, S.D.=0.349) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (82%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.794 ($\bar{X}=2.794$, S.D.=0.464) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวม (n=233)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	201	(86.30)	32	(13.70)	-	-	2.862	0.344
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	200	(85.80)	33	(14.20)	-	-	2.858	0.349
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	200	(85.80)	33	(14.20)	-	-	2.858	0.349
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	191	(82.00)	36	(15.50)	6	(2.60)	2.794	0.464
รวมปัจจัยการรับรู้	172	(73.80)	61	(26.20)	-	-	2.738	0.440

แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ใน ระดับสูง (83.70%) ($\bar{X}=2.819$, S.D. = 0.427) โดยเมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์: มีระดับการรับรู้สูงที่สุดร้อยละ 84.50 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.845 ($\bar{X}=2.845$, S.D.=0.362) แรงสนับสนุนจากชุมชนในระดับสูง (82%) มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.776 ($\bar{X}=2.776$, S.D.=0.510) และแรงสนับสนุนภายในครอบครัวร้อยละ 75.10 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.742 ($\bar{X}=2.742$, S.D.=0.457) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม (n=233)



การสนับสนุนทางสังคม	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	175	(75.10)	56	(24.00)	2	(0.90)	2.742	0.457
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	197	(84.50)	36	(15.50)	-	-	2.845	0.362
แรงสนับสนุนจากชุมชน	191	(82.00)	32	(13.70)	10	(4.30)	2.776	0.510
รวมแรงสนับสนุนทางสังคม	195	(83.70)	34	(14.60)	4	(1.70)	2.819	0.427

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (83.70%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.832 ($\bar{X}=2.832$, S.D.=0.493) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการไม่ดื่มสุรามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2.952 ($\bar{X}=2.952$, S.D.=0.266) รองลงมาคือด้านการสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.905 ($\bar{X}=2.905$, S.D.=0.346) ด้านการจัดการอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.759 ($\bar{X}=2.759$, S.D.=0.457) ด้านการนอนหลับมีค่า คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.703 ($\bar{X}=2.703$, S.D.=0.493) ด้านการรับประทานอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.738 ($\bar{X}=2.738$, S.D.=0.512) ตามลำดับ ในขณะที่ด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.291 ($\bar{X}=2.291$, S.D.=0.663) โดยเป็นด้านเดียวที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.22) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม (n=233)

	ระดับ	Mean	S.D.
--	-------	------	------

พฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการรับประทานอาหาร	180	(77.30)	45	(19.30)	8	(3.40)	2.738	0.512
ด้านการออกกำลังกาย	95	(40.80)	111	(47.60)	27	(11.60)	2.291	0.663
ด้านการจัดการอารมณ์	180	(77.30)	50	(21.50)	3	(1.30)	2.759	0.457
ด้านการไม่ดื่มสุรา	225	(96.60)	5	(2.10)	3	(1.30)	2.952	0.266
ด้านการสูบบุหรี่	215	(92.30)	14	(6.00)	4	(1.70)	2.905	0.346
ด้านการนอนหลับ	168	(72.1)	61	(26.20)	4	(1.70)	2.703	0.493
รวม	195	(83.70)	37	(15.90)	1	(0.40)	2.832	0.385

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.198$, $P\text{-value} < 0.002$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.339$, $P\text{-value} = 0.000$) โดยปัจจัยด้านการรับรู้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.198 ซึ่งเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.313$, 0.303 , 0.303 และ 0.240 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.339$, $P\text{-value} = 0.000$) โดยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.292$, $P\text{-value} = 0.000$) การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ($r = 0.308$, $P\text{-value} = 0.000$) และการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ($r = 0.291$, $P\text{-value} = 0.000$) ตามลำดับ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านการรับรู้	0.198	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	0.313	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.303	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.303	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.240	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.339	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	0.292	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	0.308	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	0.291	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก

อภิปรายผลและสรุปผล

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($r=0.198$, $P\text{-value}=0.002$) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมถึงเห็นประโยชน์ของการป้องกันและสามารถจัดการอุปสรรคในการดูแลตนเองได้ จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในและการตัดสินใจเชิงเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) และ Becker (1974) ที่ระบุว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมหลักเสี่ยงการเจ็บป่วย โดยเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองเสี่ยงต่อโรคที่ร้ายแรงและเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเกิดผลดีมากกว่าอุปสรรค จะนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา ไชยขาว และคณะ (2567) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.577$, $P\text{-value}<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.593$, $P\text{-value}<0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.779$, $P\text{-value}<0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แตกต่างจากการศึกษาของ ลติพร อุดม และคณะ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนบ้านบังมั่ง จังหวัดอุบลราชธานี ($P\text{-value}=0.32, 0.69, 0.05$) ทั้งนี้ ผล

การศึกษาที่แตกต่างจากงานวิจัยของ ลติพร อุดม และคณะ (2567) อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบทประชากรและปัจจัยแวดล้อมเฉพาะพื้นที่ในการศึกษา

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบานา อำเภอมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.339$, $P\text{-value}=0.000$) เนื่องจากแรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และกำลังใจ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ Cohen & Wills (1985; House, 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการรับมือกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความช่วยเหลือ และการเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายความสัมพันธ์รอบตัว มีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์เป็นสัตว์สังคม การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ มีผลต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับ Bandura (1986) กล่าวว่า การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมและกลุ่มอ้างอิง เมื่อบุคคลเห็นว่าคนในชุมชนมีการปฏิบัติหรือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การออกกำลังกายรวมกลุ่ม การงดดื่มสุรา หรือการลดเค็ม ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ผลจากข้อคำถามพบว่า สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจและช่วยดูแลเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกาย การพาไปพบแพทย์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แพทย์พยาบาลที่ดูแลมีการติดตามผลการรักษาและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และรู้สึกว่าได้ได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนรอบข้างในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิติ ชะบำรุงและคณะ (2568) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}< 0.001$) แตกต่างจากงานวิจัยของ ลติพร อุดมสุขและคณะ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($P\text{-value}= 0.32, 0.69, >0.05$)

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การพัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายวิถีร่มภายใต้วัฒนธรรมศาสนา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานาร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนและผู้นำศาสนา ออกแบบ "โปรแกรมกิจกรรมทางกายและการบริหารกายในร่ม" (Indoor Culturally-adapted Physical Activities) สำหรับกลุ่มสตรีและผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่สอดคล้องกับวิถี



ชีวิตประจำวันและการละหมาด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บริหารร่างกายโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเครื่องแต่งกายและมีทัศนคติความไม่ปลอดภัยนอกบ้าน พร้อมรณรงค์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างกิจกรรมทางกายกับการออกกำลังกายตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ 3 วันต่อสัปดาห์

2. หน่วยงานนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประโยชน์ของการป้องกัน และการลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนานโยบายหรือโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- เขมิกา สมบัติโยธา, วิทยา อยู่สุข, นิรุวรรณ เทรินโบล. (2560). พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 38(1), 47-59.
- ชุตินา สร้อยนาค, จริญญา ทรัพย์เรือง, อัจฉรา เดชขุน, กันยา สุวรรณศิริพันธ์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม, 8(3), 130-139.
- ณิกานต์ งามพรนพคุณ. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง), 27-37.
- ลติพร อุดมสุข, วชิรญา น้อยเผือก, ปิยนุช งามสาย, พงษ์ศักดิ์ คำนาโฮม, รัฐพล ผิวจันทร์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนบ้านบึงมั่ง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 13-26.
- ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์, ลภัสรา หนูมคำ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข, 1(2), 14-24.
- สุชาดา ไชยขาว, เกษม ชูรัตน์. (2567). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง ตำบลโคกยาง

- อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7(3), 1-16.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.<https://doi.org/10.1037/0033295X.84.2.191>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310–357.<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Daniel W. W. Biostatistics : Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed.). New York : John Wiley & Sons ; 2010.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. Geneva: World Health Organization.