



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในกำดั่งพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

สมบูรณี ศรีบูรมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง



สมบุญณี ศรีบุญมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
2567  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING STROKE PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG  
THE RISK GROUP OF ROYAL THAI NAVY PERSONNEL



SOMBURANEE SRIBUROM

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE  
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ สมบูรณ์ ศรีบุรมย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโต)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส)

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโต)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64910025: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)  
 คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, กำลังพล  
 กองทัพเรือ

สมบูรณี ศรีบูรมย์ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกำลังพล  
 กองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง. (FACTORS INFLUENCING STROKE PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG  
 THE RISK GROUP OF ROYAL THAI NAVY PERSONNEL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วิชา วิเสโส,  
 Ph.D., ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส, Ph.D. ปี พ.ศ. 2567.

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง  
 ในกลุ่มเสี่ยงได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ  
 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่ม  
 ตัวอย่าง คือ ข้าราชการกองทัพเรือที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับ  
 บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 142 ราย เครื่องมือที่ใช้  
 ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด  
 สมอง แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้  
 สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถาม  
 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์สมการถดถอย  
 พหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม  
 เท่ากับ 69.51 ( $SD = 6.25$ ) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึง  
 ผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม  
 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้ ร้อย  
 ละ 20 ( $Adjusted R^2 = .20, p < .001$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีอำนาจการทำนาย  
 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด ( $\beta = .315, p < .05$ )  
 รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .195, p < .05$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความ  
 คาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการ  
 ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือด  
 สมอง โดยมุ่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
 ในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

64910025: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: STROKE PREVENTIVE BEHAVIORS, RISK GROUP STROKE, ROYAL THAI NAVY PERSONNEL

SOMBURANEE SRIBUROM : FACTORS INFLUENCING STROKE PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE RISK GROUP OF ROYAL THAI NAVY PERSONNEL. ADVISORY COMMITTEE: WIPA WISESO, Ph.D. CHUTIMA CHANTAMIT-O-PAS, Ph.D. 2024.

Stroke preventive behavior can reduce risk factors for stroke of among the risk group. The objectives of this predictive research were to study stroke preventive behaviors and identify the influencing factors in risk group. The samples consisted of 142 Royal Thai Navy personnel who were at risk of stroke. They were diagnosed with hypertension, diabetes mellitus or dyslipidemia at outpatient department in tertiary hospitals of the Naval Medical Department. The instruments used in this study were demographic data form, perceived stroke vulnerability questionnaire, expectation to stroke preventive behavior questionnaire, perceived self-efficacy questionnaire, social support questionnaire and stroke preventive behaviors questionnaire. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze the data.

Findings in the present study showed that the average score of stroke preventive behaviors was 69.51 ( $SD = 6.25$ ). Perceived stroke vulnerability, expectation to stroke preventive behaviors, perceived self-efficacy and social support could explain 20% of the variance of stroke preventive behaviors in the risk group of Royal Thai Navy personnel (Adjusted  $R^2 = .20, p < .001$ ). Perceived self-efficacy was the most important predictable variable for stroke preventive behaviors ( $\beta = .315, p < .05$ ) followed by social support ( $\beta = .195, p < .05$ ). However, perceived stroke vulnerability and expectation to stroke preventive behaviors were not statistically significantly influenced by the stroke preventive behaviors.

The findings suggest that nurses should develop a program to promote stroke preventive behaviors in among the risk group of Royal Thai Navy personnel by promoting their perceived self-efficacy and social support for stroke prevention.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้เสียสละเวลาให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ คอยชี้แนะแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างละเอียด และเอาใจใส่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริรัตน์ สีลาจรัส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจแก้ไขและให้ข้อแนะนำที่มีประโยชน์ยิ่ง ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ศรัทธา ประกอบชัย นาวาโทแพทย์หญิงจรรย์นันต์ ห่วงสายทอง และนางาตรีหญิงวาทีณี เหลืองทองคำ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณเจ้ากรมแพทยทหารเรือ ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ที่ช่วยอำนวยความสะดวก รวมไปถึงกำลังพลกองทัพอากาศที่เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกท่านซึ่งให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณกองทัพอากาศ บุคลากรแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ที่ให้การสนับสนุนและให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาต่อ ตลอดจนให้กำลังใจเป็นอย่างดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้านต่าง ๆ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิจัยได้สำเร็จ

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัว ที่ช่วยเป็นกำลังใจสนับสนุน ผลักดันให้ฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ นำมาซึ่งความสำเร็จในครั้งนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณรุ่นพี่ เพื่อนนิสิตร่วมรุ่น ที่คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทำให้งานวิจัยสำเร็จและสมบูรณ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่การศึกษาต่อไป

สมบุญณี ศรีบุญมย์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย .....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
โรคหลอดเลือดสมอง.....	14
บริบทของกำลังพลกองทัพเรือ.....	26
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง.....	28
แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค .....	41
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง .....	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	50

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย .....	59
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	65
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	65
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา.....	69
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง.....	72
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	75
สรุปผลการวิจัย .....	75
อภิปรายผลการวิจัย .....	77
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	93
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	93
บรรณานุกรม.....	95
ภาคผนวก .....	108
ภาคผนวก ก .....	109
ภาคผนวก ข .....	111
ภาคผนวก ค .....	114
ภาคผนวก ง.....	118
ภาคผนวก จ .....	124
ภาคผนวก ฉ .....	135

ภาคผนวก ช .....139

ประวัติย่อของผู้วิจัย .....142



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ละโรงพยาบาล.....	53
ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย .....	61
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 142) .....	66
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ (n = 142) .....	67
ตารางที่ 5 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนโดยรวม และรายด้าน (n = 142).....	70
ตารางที่ 6 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 142) .....	71
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 142).....	73
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 142) .....	74

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....11



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ซึ่งพบได้บ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) ได้รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 101 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 12.2 ล้านคน หรือกล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที (Feigin et al., 2022) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มากกว่า 30 ล้านคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 200 ล้านคน (World Stroke Organization, 2020) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 63 เป็นคนที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการเป็นอันดับ 3 ของโลก (World Health Organization, 2023) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งเกิดความพิการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ

สำหรับประเทศไทยพบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 -2564 เท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง โดยในปี พ.ศ. 2561 - 2564 พบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 47.1, 53, 52.8 และ 55.5 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถิติผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยทั่วไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และมีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนเพิ่มขึ้น จากอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกำลังพลกองทัพเรือมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2564 เท่ากับ ร้อยละ 7.38, 8.90, 9.25 ตามลำดับ (แผนกสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2565; แผนกสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์, 2565) จากอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกำลังพลกองทัพเรือ จำเป็นต้องได้รับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่อาจกลายเป็นปัญหาที่สำคัญในกำลังพลกองทัพเรือ

ตามพระราชบัญญัติจัดระเบียบราชการกระทรวงกลาโหม พ.ศ. 2551 มาตรา 20 และ ยุทธศาสตร์กองทัพเรือ พ.ศ. 2558-2567 กำหนดให้กำลังพลกองทัพเรือมีอำนาจและหน้าที่ในการ ป้องกันราชอาณาจักร รักษาผลประโยชน์ของชาติทางทะเล พิทักษ์รักษาสถาบันพระมหากษัตริย์ และสนับสนุนการรักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อยภายในประเทศ รวมทั้งสนับสนุนการ พัฒนาประเทศและช่วยเหลือประชาชน (กองทัพเรือ, 2558; พระราชบัญญัติจัดระเบียบราชการ กระทรวงกลาโหม, 2551) กำลังพลกองทัพเรือจึงจำเป็นต้องมีสุขภาพที่แข็งแรงเพื่อให้สามารถ ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวได้ แต่หากกำลังพลกองทัพเรือเจ็บป่วย โดยเฉพาะด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อตนเองด้านร่างกายแล้ว (Ferdous et al., 2022) ยังส่งผลกระทบต่อ ด้านจิตใจ (Khader et al., 2021) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อด้านสังคม (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ตลอดจนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและประเทศชาติด้วย (อรพรรณ ศฤงคาร และคณะ, 2564; Orathai Khiaocharoen et al., 2012) ทำให้ประเทศชาติสูญเสียผู้ปฏิบัติหน้าที่ ทั้งด้านการรบ การป้องกันราชอาณาจักร รักษาผลประโยชน์ของชาติทางทะเล และการพัฒนาประเทศ ดังนั้นการ ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือจะต้องเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงหรือบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยง

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความว่า บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง (Feigin et al., 2022) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด สมองทั่วโลกถึงร้อยละ 55.5 (Feigin et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 57.8 จากรายงานสถิติ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อของกำลังพลกองทัพเรือที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรม แพทย์ทหารเรือ ประจำปีงบประมาณ 2565 พบว่ากำลังพลกองทัพเรือเจ็บป่วยด้วยภาวะความดัน โลหิตสูงร้อยละ 31.33 (กองเวชสารสนเทศ กรมแพทย์ทหารเรือ, 2565) นอกจากนี้ ภาวะความดัน โลหิตสูงยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองแตกในประชากรไทย (Chantkran et al., 2021) และยังพบว่าผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6.56 เท่า และค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ที่มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 10.41 เท่า (เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะความดันโลหิต สูงยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ที่มีระยะเวลาป่วยด้วยภาวะความ ดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1.21 เท่า ในผู้ที่มีภาวะ

ความดันโลหิตสูงระยะเวลา 5-9 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5.14 เท่า และผู้ที่ มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 17.18 เท่า (มีรันตี แพงงา และคณะ, 2565)

สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นเบาหวาน จากรายงานสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อของกำลังพลกองทัพเรือที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมแพทยทหารเรือ พบว่ากำลังพลกองทัพเรือเจ็บป่วยด้วยการเป็นเบาหวานร้อยละ 20.26 (กองเวช สारสนเทศ กรมแพทยทหารเรือ, 2565) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเป็นเบาหวานมีโอกา สเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ ผนังหลอดเลือดมีความผิดปกติ รวมถึงทำให้เลือดมีความหนืดและ เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลทำให้มีโอกา สเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (เอนกพงศ์ อ้อยคำ และคณะ, 2563) และการมีค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose) มีค่าสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 20.2 (Feigin et al., 2021) นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองจะใช้ระยะเวลาใน การรักษานานกว่า เกิดความพิการที่มากกว่า และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C) สูงมากกว่าร้อยละ 7 มีอัตราตายสูงกว่าผู้ที่ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดปกติ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองยังเป็น สาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (Boehme et al., 2017)

สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จากรายงาน สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อของกำลังพลกองทัพเรือที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัด กรมแพทยทหารเรือ ประจำปีงบประมาณ 2565 พบว่ากำลังพลกองทัพเรือเจ็บป่วยด้วยภาวะไขมัน ในเลือดสูงร้อยละ 33.9 (กองเวชสารสนเทศ กรมแพทยทหารเรือ, 2565) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะไขมัน ในเลือดสูงก่อให้เกิดไขมันตกตะกอนในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลทำให้มีโอกา สเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (วิทวัส ศิริยงค์, 2561; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) และพบว่าผู้ที่มีระดับไขมันเลวหรือคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (Low Density Lipoprotein Cholesterol [LDL Cholesterol]) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl มีโอกา สเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5.06 เท่า ของผู้ที่มีระดับ LDL Cholesterol น้อยกว่า 100 mg/dl (มีรันตี แพงงา และคณะ, 2565) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีระดับ LDL Cholesterol สูงมีความสัมพันธ์กับ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่ได้รับการ

รักษาด้วยยาลดระดับไขมันในเลือด ที่มีระดับ LDL Cholesterol ลดลงทุก ๆ 1 mmol/L (39 mg/dL) จะส่งผลทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 20 (Sun et al., 2019) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมองขาดเลือดถึงร้อยละ 24.3 (Feigin et al., 2022) ซึ่งการมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ  $25 \text{ kg/m}^2$  มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 2 เท่า (ศรีพร รอดแก้ว และคณะ, 2564) จากการรายงานผลตรวจสุขภาพของกำลังพลกองทัพเรือพบว่ามีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ  $25 \text{ kg/m}^2$  ร้อยละ 42.54 (กองเวชสารสนเทศ กรมแพทยทหารเรือ, 2565) ซึ่งสูงกว่าประชาชนทั่วไปที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ  $25 \text{ kg/m}^2$  ร้อยละ 27.11 (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.61 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Pan et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของมิรันตี แพงงา และคณะ (2565) ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 5.15 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในส่วนของกำลังพลกองทัพเรือพบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 21.15 (กองเวชสารสนเทศ กรมแพทยทหารเรือ, 2565) ซึ่งสูงกว่าประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 17.42 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สำหรับการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พบว่าทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 2.27 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่ม (มิรันตี แพงงา และคณะ, 2565) จากรายงานผลการตรวจสุขภาพของกำลังพลกองทัพเรือพบว่ามีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 61.47 (กองเวชสารสนเทศ กรมแพทยทหารเรือ, 2565) ซึ่งสูงกว่าประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพียงร้อยละ 28 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากำลังพลกองทัพเรือกำลังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Baygi et al. (2020) ที่พบว่ากำลังพลทหารทั่วโลกมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายปัจจัย และคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมด้วยการลดปัจจัยเสี่ยง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด

สมองร้อยละ 90 เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ การลดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การจัดการกับความเครียด และการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ไขมันสูง รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง (World Stroke Organization, 2023) เพิ่มการรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ ธัญพืช (Spence, 2019) รวมถึงการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH Diet]) (Chiavaroli et al., 2019) ส่วนการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (World Stroke Organization, 2023) การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การทำงานบ้าน การเดิน ลดการมีพฤติกรรมที่อยู่นิ่งกับที่ต่อเนื่องกันมากกว่า 4 ชั่วโมง (Ghozy et al., 2022) ด้วยการลุกเปลี่ยนอิริยาบถทุก 1-2 ชั่วโมง (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ (Pamela, 2016) รวมทั้งการงดสูบบุหรี่โดยภายหลังการงดสูบบุหรี่เป็นเวลา 2 ปีขึ้นไปความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง (World Stroke Organization, 2023) อีกทั้งการลดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยจำกัดการดื่มในผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) และในผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (World Stroke Organization, 2023; กรมควบคุมโรค ไม่ติดต่อกับ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ตลอดจนการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมมีความสำคัญในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, 2023) สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง การรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Owolabi et al., 2022; World Stroke Organization, 2023)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived vulnerability) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อณัญญา ลาดุน และไพฑูรย์ วุฒิส, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกัน

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (จตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ, 2565) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (พรรณทิพย์ คำภีชัย และคณะ, 2565) แต่ในทางกลับกัน การศึกษาของ (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (แชมป์ สุทธิศรีศิลป์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของอณัญญา ลาดุน และไพฑูรย์ วุฒิส (2563) และการศึกษาของชญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม (Response efficacy) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของจตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ (2565) ที่พบว่าความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และการศึกษาของ Chamroonsawasdi et al.(2021) พบว่าความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.146$ ) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของชญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) พบว่า ความคาดหวังถึงผลพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐษา ป้อมบุบผา และฉัตรชาธร ภาโนมัย (2561) ที่พบว่าความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา พุทธิเมธา และคณะ (2565)

ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของ บุคลากรมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง และการศึกษาของวรัญญา หินกอง และคณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดของพระสงฆ์ นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ (ลักษณะ หัสตินทร์, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมไม่ได้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือนได้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราคุลย์, 2563) รวมถึงการศึกษาของอัสณีย์ มะนอ และคณะ (2561) ที่ พบว่าการ รับรู้ความสมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตำรวจที่ปฏิบัติงาน ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ( $\beta = .601, p < .001$ ) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Temam et al. (2023) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศเอธิโอเปีย ( $\beta = .83, p < .001$ ) สอดคล้อง กับการศึกษาของ Ko et al. (2020) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย เป็นปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่วัยกลางคนในประเทศเกาหลี ( $\beta = .38, p < .001$ )

นอกจากนี้ ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีผลต่อพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถ ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ (กัญจน์ฉนิชา เรื่องชัยทีวิสุข และคณะ, 2564) และการศึกษาของชนิดา พุทธเมธา และคณะ (2565) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน รวมถึงการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรหม และศิริวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2564) พบว่า แรงสนับสนุนทาง สังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .130, p < .05$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .120, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษา ของปรารธนา วัชรานุกฤษ และอัจฉรา กลีบกลาย (2560) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวเป็นแรง

สนับสนุนที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .270, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $\beta = .365, p < .05$ )และการศึกษาของวรัญญา หินกอง และคณะ (2565) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $\beta = .128, p < .05$ ) รวมถึงการศึกษาในต่างประเทศของ Pahn and Yang (2021) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานออฟฟิศ ในประเทศเกาหลี ( $\beta = .185, p = .005$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fuad (2023) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศเอธิโอเปีย ( $\beta = .03, p < .05$ ) แต่อย่างไรก็ตาม มีความขัดแย้งกับการศึกษาของธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง (กัญจน์นิชา เรืองชัยวิสุข และคณะ, 2564; ประไพศรี คงหาสุข และคณะ, 2563; ปราบธนา วัชรานุรักษ์ และ อัจฉรา กลัปกลาย, 2560; ดวงธิดา โสดาพรม, 2563) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ และคณะ, 2561; ดวงธิดา โสดาพรม, 2563) นอกจากนั้น เป็นการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอื่น ๆ เช่น บุคลากรมหาวิทยาลัย (ชนิดา พุทธรเมธา และคณะ, 2565) พระสงฆ์ (วรัญญา หินกอง และคณะ, 2565) ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราคุลย์, 2563) เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มกำลังพลกองทัพเรือซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ในฐานะพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือที่มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารเรือ พ.ศ. 2565 - 2568 ที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้กำลังพลกองทัพเรือมีสุขภาพดีเหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่ โดยมียุทธศาสตร์ในการตั้งเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองของกำลังพลอย่างชัดเจน (ศูนย์พัฒนาขีดสมรรถนะกรมแพทย์ทหารเรือ, 2566) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนดูแล

สุขภาพ วางแผนการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือ และเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

### สมมติฐานของการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Dunn and Rogers (1986) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันโรคนั้น จำเป็นต้องมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นแรงจูงใจที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยการเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้การรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดไตร่ตรองในการประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยองค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived vulnerability) 3) ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Response efficacy) และ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค (Perceived self-efficacy) ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญกับกระบวนการแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละ

คนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านกระบวนการรับรู้ 2 แบบ ได้แก่ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ซึ่งกระบวนการรับรู้ทั้งสองรูปแบบเกิดจากการได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of information) ทั้งจากสิ่งแวดล้อม การพูด ชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล (บุคลิกและประสบการณ์) หากบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบข้างที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมและเพียงพอ จะเป็นส่วนสำคัญที่มีส่วนช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ เกิดการประเมินการเผชิญปัญหา และเกิดการประมวลผลเพื่อตอบสนองต่อประสบการณ์ที่ได้รับรู้ ส่งผลทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

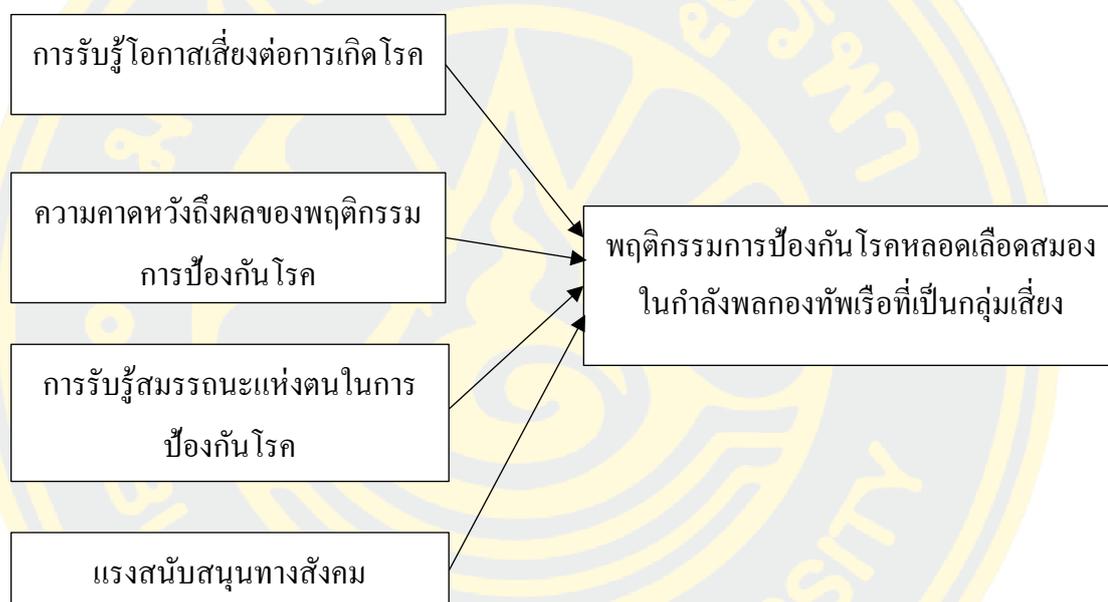
จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่กล่าวมาข้างต้น สามารถอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยประกอบด้วยปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived vulnerability) ซึ่งเป็นส่วนที่ช่วยให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเกิดความคิดหรือความเชื่อที่กำลังตกอยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัจจัยความคาดหวังถึงผลของการปฏิบัติพฤติกรรม (Response efficacy) จะเป็นส่วนช่วยให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เกิดความคาดหวังถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Coping Appraisal) ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

นอกจากนี้ แหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of information) ที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่ง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคคลรอบข้างทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้บังคับบัญชา บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุเสียงตามสาย โทรทัศน์ นิตยสาร วารสารแผ่นพับ โฆษณามีเดีย อินเทอร์เน็ต เป็นต้น เป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยกระตุ้นให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived severity) ไม่มีความสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำต่อพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อาจด้วยบุคคลยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคที่มีความผิดปกติรุนแรง และไม่ถูกความต่อการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลยังไม่เห็นความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง สรุปตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ที่มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ห้องตรวจโรคทั่วไป และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้แก่ ห้องตรวจนายทหารประทวน ห้องตรวจนายทหารสัญญาบัตร ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป และห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม จำนวน 142 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566

## นิยามศัพท์เฉพาะ

กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ข้าราชการทหารเรือ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง มีอายุ 18-59 ปี ที่มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย การงดสูบบุหรี่ การลดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ชาญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อ ความคิด หรือการคาดคะเนของกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงว่าตนเองมีภาวะเสี่ยง หรือง่ายต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย การขาดวิธีการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น พันธุกรรมและการมีโรคประจำตัว โดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562)

ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อ ความคิด หรือการคาดคะเนในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เกี่ยวกับเป้าหมายที่คาดหวังผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งลักษณะการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและความพยายามแสวงหาวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ จะส่งผลต่อการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อ ความคิดในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากบุคคลรอบข้างทั้งจากสมาชิกในครอบครัว

เพื่อน ผู้บังคับบัญชา บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุเสียงตามสาย โทรทัศน์ นิตยสาร วารสารแผ่นพับ โซเชียลมีเดีย อินเทอร์เน็ต เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวิภาวรรณ ศิริกังวานกุล และคณะ (2560)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาการวิจัย ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.2 พยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.5 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. บริบทของกำลังพลกองทัพเรือ
3. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง
  - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรค
  - 3.2 ระดับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.4 แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ (Protection Motivation Theory)
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

### โรคหลอดเลือดสมอง

#### สถานการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองพบได้บ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) ได้รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 101 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2533 ถึงร้อยละ 85 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราย

ใหม่จำนวน 12.2 ล้านคน เป็นอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2533 ถึงร้อยละ 70 หรือกล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที (Feigin et al., 2022) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 200 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มากกว่า 30 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization, 2020) นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 63 เป็นคนที่อายุน้อยกว่า 70 ปี และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั่วโลกเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ โดยพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจำนวน 6.5 ล้านคน (Feigin et al., 2021) ตลอดจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการเป็นอันดับ 3 ของโลก (World Health Organization, 2023)

สำหรับประเทศไทยพบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 เท่ากับ 467.46, 506.20 และ 543 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ โดยพบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 - 2563 เท่ากับ 47.8, 47.1, 53 และ 52.8 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถิติผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากรทั่วไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และมีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนเพิ่มขึ้น จากอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกำลังพลกองทัพเรือมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2564 เท่ากับ ร้อยละ 7.38, 8.90, 9.25 ตามลำดับ (แผนกสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2565; แผนกสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์, 2565) จากอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประชากรทั่วไปและในกำลังพลกองทัพเรือ จำเป็นต้องได้รับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่อาจกลายเป็นปัญหาที่สำคัญในกำลังพลกองทัพเรือ

### พยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดมีการตีบ หลอดเลือดมีการอุดตัน หรือหลอดเลือดมีการแตก ทำให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ ขึ้น โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามพยาธิสภาพหรือลักษณะของการเกิดโรคเป็น 2 ประเภท (Louis R Caplan, 2016; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564) ได้แก่

1. โรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการตีบหรือ

อุดตันของหลอดเลือด จนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ความผิดปกติมักจะค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย และเป็นสาเหตุของการเกิดอัมพาตครึ่งซีกที่พบได้บ่อยกว่าสาเหตุอื่น ๆ ส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้แบ่งออกได้อีก 2 ชนิด ได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ การตีบตันของหลอดเลือดสมองสามารถเกิดขึ้นได้ทุกตำแหน่ง โดยจะพบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle cerebral arteries)

1.2 โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic stroke) เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง ลิ่มเลือดดังกล่าวอาจเกิดจากความผิดปกติของหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) จากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม หรือภายหลังการผ่าตัดหัวใจ นอกจากนี้ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้นอื่น ๆ ที่ลอยในกระแสเลือด เช่น ฟองอากาศ ชิ้นส่วนของไขมันที่เกิดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บหรือกระดูกหัก เป็นต้น ส่งผลทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่เลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก หรือแบบมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ส่งผลทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมองและในโพรงของสมอง และถ้ามีความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดที่แตกยิ่งเพิ่มปริมาณเลือดออกในสมองไปเบียดหรือกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น หากเลือดออกมากจะทำให้ก้านสมองถูกกด เกิดภาวะสมองเคลื่อนตัวลงมา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ อาการดังกล่าวเกิดขึ้นในเวลารวดเร็ว ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

### กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) ให้คำจำกัดความว่า บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง (Feigin et al., 2022)

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) เมื่อมีภาวะความดันโลหิต

สูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดหนาตัวและขาดความยืดหยุ่น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง มีการทำลายชั้นผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการรวมตัวกันของเกล็ดเลือดและเม็ดเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดสมองได้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ถึงร้อยละ 55.5 (Feigin et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 57.8 และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายไทยที่มีอายุ 35-59 ปี ถึงร้อยละ 44 (Areechokchai et al., 2017) ภาวะความดันโลหิตสูง ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองแตกในประชากรไทย (Chantkran et al., 2021) และพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6.56 เท่า และค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ที่มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 10.41 เท่า (เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ยังพบว่าระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่มีระยะเวลาป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทุก ๆ 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1.21 เท่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเวลา 5-9 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5.14 เท่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 17.18 เท่า (มิรันตี แพงงา และคณะ, 2565)

เบาหวาน เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) การมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลกลูโคสจะจับกับเม็ดเลือดแดงในหลอดเลือดทำให้ปล่อยออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายได้ลดลง และเมื่อเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชั้นผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดเสื่อมเร็วมากขึ้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ รวมถึงทำให้เลือดมีความหนืด เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลทำให้มีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเป็นเบาหวานมีโอกาสรักษาโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ และคณะ, 2563) และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose) ที่มีค่าสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 20.2 (Feigin et al., 2021) นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือที่ตรวจพบว่าที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติ พบว่าผลการรักษาไม่ดี และมักพบความผิดปกติทางระบบประสาทที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีระดับ

น้ำตาลในเลือดสูง และส่งผลทำให้ใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่า เกิดความพิการที่มากกว่า และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C) สูงมากกว่าร้อยละ 7 มีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (Boehme et al., 2017)

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงก่อให้เกิดไขมันตกตะกอนในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (วิทวัส ศิริยงค์, 2561; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) และพบว่าผู้ที่มีระดับไขมันเลวหรือคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (Low Density Lipoprotein Cholesterol [LDL Cholesterol]) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5.06 เท่า ของผู้ที่มีระดับ LDL Cholesterol น้อยกว่า 100 mg/dl (มิรันตี แพงง และคณะ, 2565) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีระดับ LDL Cholesterol สูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับไขมันในหลอดเลือด ที่มีระดับ LDL Cholesterol ลดลงทุก ๆ 1 mmol/L (ประมาณ 39 mg/dL) จะส่งผลทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 20 (Sun et al., 2019) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เพิ่มมากขึ้น

### **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (รัฐจนา ชนานุวัฒน์ศักดิ์ และคณะ, 2562) ดังนี้

#### **1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factors)**

1.1 อายุ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นจากความเสื่อมของหลอดเลือด ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) มีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดในสมอง (Cerebral blood flow) ลดลง เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (Benjamin et al., 2018) จากการรายงานของ Thai Epidemiologic Stroke (TES) พ.ศ. 2557 พบว่าในคนไทยที่อายุมากกว่า 45 ปี มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke prevalence rate) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ

1.10, 2.04, 2.59 และร้อยละ 3.14 ตามลำดับอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี (Hanchaiphibookkul et al., 2011) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า บุคคลที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกอายุ 10 ปี โดยอายุเฉลี่ยผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดอยู่ในช่วงอายุ 69 ปี (Boehme et al., 2017) และจากการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ เอนกพงศ์ ส้อยคำ และคณะ (2563) พบว่าในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี 2.43 เท่า (95% CI, 1.32 - 4.49) นอกจากนี้ ในปัจจุบันพบแนวโน้มอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเกิดในคนที่มีอายุน้อยมากขึ้น โดยพบในช่วงอายุ 18-54 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.6 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Boehme et al., 2017; Tsao et al., 2022)

1.2 เพศ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 2.66 เท่า (95% CI, 1.91-3.71) (เอนกพงศ์ ส้อยคำ และคณะ, 2563) เนื่องจากในเพศหญิงจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ช่วยในการลดการตีบตันของหลอดเลือดแดง ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย แต่ในขณะเดียวกันพบว่าเพศหญิงทั้งหมดประจำเดือนมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น 1.48 เท่า (95% CI, 1.19–1.85) (Welten et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตาม มีบางรายงานพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย โดยพบว่าในเพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 53 และในเพศชายร้อยละ 47 (Feigin et al., 2021)

1.3 พันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีประวัติทางพันธุกรรมที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติทางพันธุกรรม 2.36 เท่า (95% CI, 1.51-3.70) (เอนกพงศ์ ส้อยคำ และคณะ, 2563) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยภายในครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ภัทราวดี แซ่ลี และคณะ, 2564)

1.4 เชื้อชาติ จากการศึกษา พบว่าชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน (African American) มีอัตราการรับผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากกว่าผู้ป่วยชาวอเมริกันทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยในช่วงอายุ 18-50 ปี พบชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 128 แสนประชากร ส่วนชาวอเมริกันผิวขาวพบมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 48 ต่อแสนประชากร (Tsao et al., 2022)

## 2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors)

2.1 การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า ร้อยละ 50 นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีไขมันสูง รวมถึงอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง เป็นต้น จะสามารถช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (World Stroke Organization, 2023) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาหารมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยเช่นกัน จากการศึกษาพบว่าไขมันมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และจะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คำแนะนำสำหรับการบริโภคไขมันคือ รับประทานไขมันไม่เกิน 2 กรัมต่อวันหรือเท่ากับเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน (Mente et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2020) พบว่า การลดการบริโภคไขมันลง ทุก ๆ 50 มิลลิโมล ส่งผลต่อการลดลงของความดัน Systolic 1.1 mm.Hg. ( $p < .001$ ) และจากการศึกษาการบริโภคอาหารตามแนวทางโภชนาการเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (DASH) เช่น การรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา การรับประทานถั่ว การรับประทานผักผลไม้ที่มีเกลือแร่และวิตามิน โดยเฉพาะ วิตามินเอ อี ดี และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม และคอเรสเตอรอล รวมถึงหลีกเลี่ยงเนื้อแดง น้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน เป็นต้น สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Chiavaroli et al., 2019) นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน เช่น ผัก ผลไม้ และพืชตระกูลถั่วสูง ธัญพืชเต็มเมล็ด อาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวต่ำ น้ำมันมะกอก เป็นต้น สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าร้อยละ 40 สอดคล้องกับการศึกษาของ Boehme et al. (2017) และ Hansen et al. (2017) ที่พบว่า การรับประทานที่เน้นอาหารที่มีผักและผลไม้สูง สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 14

2.2 การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่า การไม่ออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้เกิดกลไกความเสื่อมต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งส่งผลทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 20-25 (Ghozy et al., 2022) จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) พบว่า อาชีพที่มีการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายในปริมาณที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ร้อยละ 43 เมื่อเทียบกับมีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายต่ำ และมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีกิจกรรมทางกายต่ำ หรือมีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ซึ่งบุคคลที่มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางในที่ทำงานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับกลุ่มทำงานประจำ (Wendel-Vos et al., 2004) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกแนะนำวิธีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 25 และการออกกำลังกายมีส่วนสำคัญในการลดการเกิดโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง และความเครียด (World Stroke Organization, 2023) และจากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ (Muscle-strengthening exercises) สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.6 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายต่าง ๆ สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ได้แก่ การทำงานที่ใช้แรงปานกลาง (Moderate-intensity work) สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.8 เท่า การทำงานหรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก (Vigorous-intensity work activities) สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.6 เท่า แต่ในทางกลับกันพบว่า การดูโทรทัศน์ วิดีโอ หรือคอมพิวเตอร์นานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 11.7 เท่า จะเห็นได้ว่า ประโยชน์ของการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ความถี่ และความหนักเบาของกิจกรรมที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Ghozy et al., 2022)

2.3 ค่าดัชนีมวลกายสูงหรือมีภาวะอ้วน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงหรือมีภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Kleindorfer et al., 2021) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูง (High body mass index) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั่วโลกถึงร้อยละ 24.3 (Feigin et al., 2022) และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายสูงหรือมีภาวะอ้วน มากถึงร้อยละ 50-100 (Kleindorfer et al., 2021) ซึ่งภาวะอ้วนหรือค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ  $25 \text{ kg/m}^2$  มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า (95% CI 1.19 - 3.39,  $p = 0.008$ ) (ศรีพร รอดแก้ว และคณะ, 2564) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ (Pamela et al., 2016)

2.4 การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารพิษในควันบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.61 เท่า (95% CI: 1.34-1.93,  $p < .001$ ) (Pan et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภัทราวดี แซ่ลิ และคณะ, 2564) โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 5.15 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (มิรันดี แพงงา และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ Malek et al. (2015) ที่พบว่าการสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 30 และมีความสัมพันธ์กับการตายเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า (Lin et al., 2016) นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (วริศรา ปั่นทองกลาง และคณะ, 2561) ซึ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.47 เท่า (95%CI, 1.08-2.01) (เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ และคณะ, 2563) และผู้ที่มีการสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) จำนวน 141 เรื่อง พบว่า การสูบบุหรี่ 1 มวนต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศชาย 1.25 เท่า ในเพศหญิง 1.31 เท่า เมื่อเทียบกับการสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศชาย 1.64 เท่า ในเพศหญิง 2.16 เท่า นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า การสูบบุหรี่ปริมาณน้อย 1 มวนต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการสูบบุหรี่ปริมาณมากกว่า 20 มวนต่อวัน (Hackshaw et al., 2018) แสดงให้เห็นถึงไม่มีระดับการสูบบุหรี่ที่ปลอดภัยสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ควรตั้งเป้าหมายที่จะเลิกบุหรี่แทนการลดปริมาณ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็วโดยภายใน 8 ชั่วโมงภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดดีขึ้นและระดับคาร์บอนมอนอกไซด์และนิโคตินในร่างกายจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 ภายหลังจากสูบบุหรี่ 2-12 สัปดาห์ ระบบไหลเวียนโลหิตจะเริ่มดีขึ้น โดยภายหลังจากสูบบุหรี่ 2 ปี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และภายหลังจากสูบบุหรี่ 5 ปี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็จะเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (World Stroke Organization, 2023) สอดคล้องกับการการศึกษาที่พบว่า ความเสี่ยงจะลดลงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบ หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 4-5 ปี โดยที่ความเสี่ยงที่ลดลงไม่เกี่ยวข้องกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (Boehme et al., 2017)

2.5 การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 1 ล้านคนในแต่ละปี และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากเกินไปหรือดื่มเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การมีน้ำหนักเกิน (World Stroke Organization, 2023) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์จะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ ลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 2.27 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (มีรันตี แพงงา และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของกัลย์สุดา สารเสน และคณะ (2562) ที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.46 เท่า และพบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 30 ซีซีต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (วิไลพร พุทธิวงษ์ และคณะ, 2557) นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือ 1-2 แก้วต่อวัน ช่วยลดการเกิดโรคสมองขาดเลือดได้ แต่หากดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 5 แก้วต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Boehme et al., 2017; Yang et al., 2021) โดยการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากเกินไปหรือดื่มเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, 2023) ดังนี้

- 1) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากเกินไปจะเพิ่มขึ้นความดันโลหิต การดื่มเป็นประจำสามารถนำไปสู่ไปทำลายระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น
- 2) เบาหวาน (Diabetes) แอลกอฮอล์สามารถเปลี่ยนแปลงร่างกายในการตอบสนองต่ออินซูลิน ช่วยให้ร่างกายเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน และนำไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2
- 3) การมีน้ำหนักเกิน (Being overweight) แอลกอฮอล์มีแคลอรีสูงมาก ดังนั้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นประจำอาจทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้หรือทำให้น้ำหนักลดยากขึ้น
- 4) ความเสียหายของตับ (Liver damage) แอลกอฮอล์ที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดความเสียหายได้ไปที่ตับและป้องกันไม่ให้สร้างสารที่ช่วยให้เลือดแข็งตัว ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อ

เลือดออกในสมอง หรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke)

### ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ส่งผลทำให้เป็นอัมพาต (Ferdous et al., 2022) ทำให้ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยจะมีอาการอ่อนแรงซึ่งเป็นอาการที่เด่นชัดของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่อง ด้านการทรงตัว และกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของกำลังของกล้ามเนื้อ และปัญหาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เป็นอย่างมาก (Aqueveque et al., 2017)

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ไม่สามารถเข้าใจความหมายสื่อภาษา (Sensory aphasia) เกิดจากการทำลายบริเวณ Wernicke's area ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือ ไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้ว่าจะมองเห็น (Visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน ไม่สามารถสื่อความหมายได้ (Motor aphasia) เนื่องจากมีการทำลายบริเวณ Broca's area ผู้ป่วยสามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยินได้ แต่จะไม่สามารถพูดหรือเขียน บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษาหรือเขียนไม่เป็นประโยค โดยพบได้ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mitchell et al., 2020)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทที่ควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า ขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองที่ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเม้มริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ จากการศึกษาพบว่าอาการกลืนลำบากภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบความชุกได้ถึงร้อยละ 42 (Banda et al., 2022)

2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 81 และจะเกิดภาวะซึมเศร้า ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5 เดือนร้อยละ 67

(Vojtikiv-Samoilovska & Arsovska, 2018) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังเกิดความเครียดโดยพบได้ร้อยละ 68 และเกิดความวิตกกังวลพบได้ร้อยละ 52.9 (Almhdawi et al., 2021) ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด เป็นผลกระทบต่อเนื่องมาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย (สรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

3. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ก็จะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ผู้ป่วยกับสังคม และยังส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มั่นคง รู้สึกไม่มีคุณค่า ส่งผลทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เกิดการแยกตัว รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้เกิดปัญหาการสื่อสาร การควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้การเข้าสังคมมีปัญหา (สรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

4. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองด้านเศรษฐกิจ จากการการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่ามีต้นทุนรวมการให้บริการการดูแลเท่ากับ 2,293,622 บาท เป็นต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน 1,484,988 บาท ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ 807,472 บาท ต้นทุนรวมการรับป่วย เท่ากับ 4,722 บาทต่อราย เป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ 4,182 บาทต่อราย และต้นทุนค่าเสียโอกาสเฉลี่ย 350-1,490 บาทต่อราย (อรพรรณ ศฤงคาร และคณะ, 2564) โดยพบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 32,372 บาทต่อครั้ง นอกจากนี้ เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมค่อนข้างสูง ความพิการที่หลงเหลืออยู่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยรวม 530,770,877 บาทต่อปี (Orathai et al., 2012) ค่าใช้จ่ายสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอนการรับบริการเป็นผู้ป่วย นอก 1,010.22 บาทต่อครั้ง นอกจากนี้ ยังมีค่าเสียโอกาส เนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาทต่อคนต่อปี ความสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 162,664.97 บาทต่อคนต่อปี (สรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

5. ผลกระทบต่อประเทศชาติ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงเกิดกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจที่ต้องใช้ในการรักษาและฟื้นฟู นอกจากนี้ยังมีค่าเสียโอกาส เนื่องจากการขาดงานและความพิการ ส่งผลให้คนที่เป็โรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ตนเองได้เช่นเดิม (สรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

โดยเฉพาะหากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มกำลังพลกองทัพเรือเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้ประเทศสูญเสียกำลังพลในการป้องกันประเทศทั้งทางบกและทางทะเล อาจส่งผลกระทบต่ออำนาจอธิปไตยและเอกราชของประเทศชาติ จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวแล้ว ยังส่งผลต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อจะช่วยให้ลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราการเกิดความพิการ ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเรื้อรังในอนาคตและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

### บริบทของกำลังพลกองทัพเรือ

พระราชบัญญัติ จัดระเบียบราชการกระทรวงกลาโหม พ.ศ. 2551 มาตรา 20 กองทัพเรือ มีหน้าที่เตรียมกำลังพลกองทัพเรือ การป้องกันราชอาณาจักร และดำเนินการเกี่ยวกับการใช้กำลังพลกองทัพเรือตามอำนาจหน้าที่ของกระทรวงกลาโหม มีผู้บัญชาการทหารเรือเป็นผู้บังคับบัญชารับผิดชอบ (พระราชบัญญัติจัดระเบียบราชการกระทรวงกลาโหม, 2551) ซึ่งภารกิจของกองทัพเรือ ได้แก่ เตรียมกำลังพลกองทัพเรือและป้องกันราชอาณาจักร รักษาผลประโยชน์ของชาติทางทะเล พิทักษ์รักษาสถาบันพระมหากษัตริย์ สนับสนุนการรักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อยภายในประเทศ สนับสนุนการพัฒนาประเทศ และช่วยเหลือประชาชน

#### โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการกองทัพเรือ

โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการกองทัพเรือ (สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ กองบัญชาการกองทัพไทย กองประวัติศาสตร์และพิพิธภัณฑสถานทหาร, 2564) มีดังนี้

1. ส่วนบัญชาการ ประกอบด้วย สำนักงานเลขานุการกองทัพเรือ กรมสารบรรณทหารเรือ กรมกำลังพลทหารเรือ กรมข่าวทหารเรือ กรมยุทธการทหารเรือ กรมส่งกำลังบำรุงทหารเรือ กรมการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศทหารเรือ กรมกิจการพลเรือนทหารเรือ สำนักงานปลัดบัญชาทหารเรือ กรมการเงินทหารเรือ กรมจเรทหารเรือ สำนักงานตรวจสอบภายในทหารเรือ สำนักงานจัดหายุทธโປปกรณ์ทหารเรือ สำนักงานพระธรรมนูญทหารเรือ
2. ส่วนกำลังรบ ประกอบด้วย ส่วนกำลังรบ กองเรือยุทธการ ทหารเรือภาคที่ 1 ทหารเรือภาคที่ 2 ทหารเรือภาคที่ 3 หน่วยบัญชาการนาวิกโยธิน หน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง ฐานทัพเรือสัตหีบ ฐานทัพเรือกรุงเทพ กรมสารวัตรทหารเรือ
3. ส่วนยุทธบริการ ประกอบด้วย กรมอู่ทหารเรือ กรมอิเล็กทรอนิกส์ทหารเรือ กรมช่างโยธาทหารเรือ กรมสรรพาวุธทหารเรือ กรมพลธิการทหารเรือ กรมแพทย์ทหารเรือ กรมการขนส่งทหารเรือ กรมอุทกศาสตร์ กรมสวัสดิการทหารเรือ กรมวิทยาศาสตร์ทหารเรือ

4. ส่วนศึกษาและวิจัย ประกอบด้วย กรมยุทธศึกษาทหารเรือ โรงเรียนนายเรือ สำนักงานวิจัยและพัฒนาการทางทหารกองทัพเรือ

#### บทบาทของกำลังพลกองทัพเรือ

บทบาทของกำลังพลกองทัพเรือตามภารกิจกองทัพเรือ และหลักนิยมของการใช้กำลังทางเรือ สามารถสรุปบทบาทของกองทัพเรือ ได้ 3 บทบาท (กองทัพเรือ, 2558) ดังนี้

1. การปฏิบัติการทางทหาร (Military role) เป็นบทบาทในการปฏิบัติการทางทหารเรือ เพื่อป้องกันประเทศในรูปแบบต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่กระทบต่ออำนาจอธิปไตย และเอกราชของประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องใช้กำลังทางเรือที่เข้มแข็งปฏิบัติการด้วยความเฉียบขาด รุนแรง และเด็ดขาด

2. การรักษากฎหมายและการช่วยเหลือ (Constabulary role) เป็นบทบาทในการรักษาผลประโยชน์ของชาติทางทะเล การรักษาความสงบเรียบร้อยภายในประเทศ การรักษากฎหมายตามที่รัฐบาลมอบอำนาจให้ทหารเรือเป็นเจ้าหน้าที่ 29 ฉบับ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือประชาชนและพัฒนาประเทศ

3. การสนับสนุนกิจการระหว่างประเทศ (Diplomatic role) เป็นบทบาทในการใช้กำลังทางเรือสนับสนุนการดำเนินนโยบายและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศรัฐบาล และใช้แสดงกำลังเพื่อสนับสนุนการเจรจาต่อรองเมื่อมีการขัดกันผลประโยชน์ของชาติ หรือเหตุการณ์วิกฤติที่กระทบต่อผลประโยชน์ของชาติโดยตรง

นอกจากการป้องกันราชอาณาจักร รักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อยแล้ว กองทัพเรือยังเป็นหน่วยงานหลักในการรักษาความมั่นคงทางทะเล ปกป้องรักษาผลประโยชน์ของชาติทางทะเลทั้งในภาวะปกติ และภาวะความขัดแย้ง โดยมีขอบเขตความรับผิดชอบอาณาเขตทางทะเลทั้งฝั่งอ่าวไทย และฝั่งทะเลอันดามัน ความยาวตลอดแนวชายฝั่งกว่า 2,815 กิโลเมตร และครอบคลุมพื้นที่ทางทะเลกว่าประมาณ 314,000 ตารางกิโลเมตร และรวมถึงพื้นที่นอกอาณาเขตทางทะเลของไทย ในการดูแล คุ้มครอง การประกอบกิจกรรมทางทะเลของชาวไทยเกือบทุกภูมิภาคของโลก นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ในการรักษาผลประโยชน์ของชาติทางทะเล ได้แก่ ทรัพยากรก๊าซธรรมชาติและน้ำมันในทะเล ทรัพยากรสัตว์น้ำและพืชพันธุ์ในทะเล เส้นทางคมนาคมทางทะเล การประกอบกิจการเดินเรือพาณิชย์และเรือประมง การท่องเที่ยวที่อาศัยทะเล ทรัพยากรใต้ทะเล เกาะแก่ง และชายฝั่ง

จากบทบาทหน้าที่ดังที่ได้กล่าวมา ทั้งบทบาทหน้าที่ในส่วนบัญชาการ ส่วนกำลังรบ ส่วนยุทธบริการ ส่วนศึกษาและวิจัย กำลังพลกองทัพเรือจะต้องพัฒนา และเพิ่มเติมขีดความสามารถทางด้านทหาร อาวุธยุทโธปกรณ์ รวมถึงความพร้อมในด้านสุขภาพของกำลังพลให้มี

ความพร้อมใน การปฏิบัติการทางทหาร การรักษากฎหมายและการช่วยเหลือ การสนับสนุนกิจการระหว่างประเทศเพื่อป้องราชอาณาจักรทั้งทางบกและทางทะเล (กองทัพเรือ, 2558)

## พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

### ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรค มีผู้ให้คำนิยามไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

Kasl and Cobb (1966) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่เกิดโรค หรือยังไม่มีอาการ

ธนิดา มีต้องปັນ (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่ง พฤติกรรมการป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงที่จะเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การลดน้ำหนักและการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด หรือโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพและการเว้นจากการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อเป็นการป้องกันโรค การยับยั้งไม่ให้เกิดโรค หรือจัดการเกิดโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ

### ระดับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมี 3 ระดับ (Hussain, 2021) ดังนี้

1. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันก่อนการเกิดโรคในบุคคลทั่วไปและในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งบุคคลนั้นยังไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โดยการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี และการแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน โซเดียมสูง การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา รวมทั้งการจัดการความเครียด การมีกิจกรรมผ่อนคลายต่าง ๆ (กรมควบคุมโรคไม่

ติดต่อกับกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งเป็นมาตรการป้องกันเบื้องต้นเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วย

2. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันการลุกลามของพยาธิสภาพ เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นแล้ว โดยการตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาพยาธิสภาพดังกล่าวตั้งแต่วินิจฉัยในระยะแรก ให้หมดไปหรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ระหว่างทำการรักษา รวมถึงป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) ทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคดังกล่าวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ และการใช้ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin เป็นต้น

3. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) หมายถึงการป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นแล้ว เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การฟื้นฟูด้วยการทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียความสามารถในการเดิน เป็นต้น

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุดคือการป้องกันระดับปฐมภูมิ ในบุคคลที่มีแนวโน้ม หรือบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมด้วยการลดปัจจัยเสี่ยง จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90 เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการมีกิจกรรมทางกาย รวมทั้งการควบคุม น้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ตลอดจนการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Owolabi et al., 2022; World Stroke Organization, 2023)

### พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลกมีแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการมีกิจกรรมทางกาย รวมทั้งการควบคุมน้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ การลดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ตลอดจนการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (World Stroke Organization, 2023) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลก ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรับประทานอาหารที่ส่วนใหญ่เป็นประเภท พืช ปลา และเนื้อในปริมาณเล็กน้อย หรือที่เรียกว่าอาหารเมดิเตอร์เรเนียน หลักการของการรับประทานอาหาร คือ การรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อย 5 มื้อต่อวัน การรับประทานปลาที่มีกรดไขมันสูง เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแซลมอน หรือปลาแมคเคอเรล อย่างน้อย 2 ส่วนต่อสัปดาห์ การรับประทานพืชตระกูลถั่ว เช่น ถั่วลิสง ถั่วลิสง อย่างน้อยสามมื้อต่อสัปดาห์ รวมถึงการใช้น้ำมันเพื่อสุขภาพในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันมะกอกเป็นแหล่งพลังงาน เป็นต้น ส่วนอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารที่มีโซเดียม น้ำตาล และไขมัน โดยโซเดียมที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิต น้ำตาล และเครื่องดื่มน้ำหวานจะสัมพันธ์กับโรคอ้วน โรคเบาหวาน ไขมันอิ่มตัวส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปที่มีโซเดียม น้ำตาล และไขมันอิ่มตัวสูงกว่าปกติ เช่น เนื้อแดงและเนื้อแปรรูปที่มีไขมันอิ่มตัวสูงและโซเดียม ขนมหวาน เครื่องดื่มน้ำหวาน ซึ่งปัจจุบันพบว่าน้ำตาลมีอยู่ในอาหารและเครื่องดื่มมากมาย แนะนำควรดูที่ฉลากก่อนเลือกบริโภค สอดคล้องกับการศึกษาของ Spence (2019) ที่พบว่า การรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าร้อยละ 40 และการศึกษาของ Boehme et al. (2017) และ Hansen et al. (2017) ที่พบว่า การรับประทานที่เน้นอาหารที่มีผักและผลไม้สูง สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 14 นอกจากนี้ ยังพบว่าการศึกษาโภชนาการเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]) จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม และคอเรสเตอรอล รับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช ปลา ถั่วเปลือกแข็ง นมไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงเนื้อแดง น้ำตาล เครื่องดื่มน้ำหวาน เป็นต้น (Chiavaroli et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและน้ำตาลสูง เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองถึง 1.6 เท่าเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหาร ที่มีผักและผลไม้ ถั่ว และปลาเป็นองค์ประกอบหลัก (Boden-Albala et al., 2015)

คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข (2563) ดังนี้

1. ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ร่างกายของมนุษย์นอกจากมีน้ำเป็นส่วนประกอบเป็นส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 70 โซเดียมเป็นส่วนประกอบถึงร้อยละ 15 ของร่างกาย ซึ่งโซเดียมมีหน้าที่ควบคุมอัตราการถ่ายเทของน้ำในเซลล์ และยังมีบทบาทสำคัญในการสื่อสัญญาณ



ของกล้ามเนื้อโครงร่าง (Skeletal muscle) และกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle) กระตุ้นหัวใจ (Cardiac excitability) การหดตัวของหลอดเลือด (Vasomotor tone) ควบคุมความดันโลหิตและมีบทบาทสำคัญในกระบวนการปฏิกิริยาชีวเคมีในร่างกายต่าง ๆ ผู้ชายควรได้รับแมกนีเซียมวันละ 420 มิลลิกรัม ผู้หญิงควรได้รับวันละ 320 มิลลิกรัม หรือคิดเป็นเท่ากับ 6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม แมกนีเซียมพบมากใน ถั่วและเมล็ดพืช เช่น เมล็ดพืชทอง งาขาว เม็ดมะม่วงหิมพานต์ งาดำ ถั่วลิสง เป็นต้น

4. บริโภคแคลเซียมให้เพียงพอ จากการทบทวนงานวิจัยการใช้อาหารเสริมแคลเซียมกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 16 เรื่อง มีผู้เข้าร่วมวิจัย 3,048 คน พบว่าการบริโภคแคลเซียมช่วยให้อัตราความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลง 1.43 และ 0.98 mmHg ตามลำดับ ปริมาณแคลเซียม 1,000 -1,500 มิลลิกรัมต่อวัน ความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง 1.14 /0.71 mmHg ตามลำดับ ปริมาณแคลเซียมมากกว่า 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน ความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง 2.79/1.43 mmHg ตามลำดับ (Cormick et al., 2015) แคลเซียมเป็นแร่ธาตุที่มีความสำคัญต่อร่างกาย กรมนอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม 800 มิลลิกรัมต่อวันสำหรับผู้ที่มีอายุ 19-50 ปี และ 1,000 มิลลิกรัมต่อวันสำหรับผู้ที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็ก ปลาน้อยพร้อมกระดูก กุ้งแห้ง กุ้งฝอย ถั่วแดง งาดำ ผักใบเขียวทุกชนิด เป็นต้น

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563) มีดังนี้

- 1) หลีกเลี่ยงผักผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่าง ๆ เนื่องจากมักมี น้ำตาล โซเดียม ไขมันอิ่มตัวในปริมาณสูง รวมทั้งมีสารกันเสีย วัตถุปรุงแต่งสี กลิ่น และรสชาติอาหาร ตลอดจนการปนเปื้อนของสารเคมีและเชื้อโรคจากกระบวนการ ผลิตภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐาน
- 2) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้แรงและเร็วขึ้น ทำให้เกิด ความดันสูงขึ้นในหลอดเลือด
- 3) หลีกเลี่ยงเนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อแพะ เนื่องจากเนื้อเหล่านี้จะมีปริมาณคอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง ส่งผลให้ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น
- 4) หลีกเลี่ยงน้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน ของหวาน
- 5) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ไขมันจากสัตว์ ชีส เป็นต้น
- 6) เลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน
- 7) เลี่ยงไขมันทรานส์ (Trans fatty acids) เช่น ครีมเทียม เนยเทียม

## 2. พฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอและการมีกิจกรรมทางกาย

องค์การอนามัยโลก มีแนวทางในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคำแนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 25 และการออกกำลังกายยังมีส่วนสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอล และความเครียด นอกจากการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะสามารถทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายประการแล้ว การมีกิจกรรมทางกาย การกระตือรือร้น หรือการมีกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินแทนการนั่งรถยนต์ การขึ้นบันไดแทนลิฟต์ การจัดสวนและงานบ้านจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ (World Stroke Organization, 2023) ในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาพบว่า การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) หรือการมีกิจกรรมทางกายน้อย ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงโรคเรื้อรังต่าง ๆ (Kerr et al., 2017)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) มีแนวทางในการมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลาง (Moderate-intensity aerobic physical activity) อย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนัก (Vigorous-intensity aerobic physical activity) อย่างน้อย 75-150 นาที หรือกิจกรรมที่มีระดับปานกลางหรือระดับหนัก รวมกัน (An equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity throughout the week) และควรเสริมกิจกรรมเสริมสร้างกล้ามเนื้อในระดับปานกลางขึ้นไป (Muscle-strengthening activities at moderate or greater intensity) อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์

สำหรับคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมอัมพาตของสหรัฐอเมริกา (American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA, 2021) แนะนำให้มีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลาง (Moderate to vigorous intensity aerobic physical activity) อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สำหรับออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนัก (Vigorous-intensity aerobic physical activity) อย่างน้อย 75 นาที ต่อสัปดาห์ หรือทั้งสองอย่างรวมกัน นอกจากนี้ ควรเสริมกิจกรรมเสริมสร้างกล้ามเนื้อในระดับปานกลางถึงระดับหนัก เช่น การออกแรงต้าน หรือเวทเทรนนิ่ง (Like resistance or weight training) อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ควรเพิ่มการเคลื่อนไหวระหว่างวัน นิ่งน้อยลง เป็นต้น (Kleindorfer et al., 2021)

นอกจากนี้ จากการศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายต่าง ๆ ยังพบว่า สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น การทำงานที่ใช้แรงปานกลาง (Moderate-intensity work) สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.8 เท่า การทำงานหรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก (Vigorous-intensity work activities) สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.6 และการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ (Muscle-strengthening exercises) สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 0.6 เท่า ในทางกลับกันก็พบว่า การดูโทรทัศน์ วิดีโอ หรือคอมพิวเตอร์มากกว่า 4 ชั่วโมงทุกวัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 11.7 เท่า จะเห็นได้ว่า ประเภทของการออกกำลังกาย ความถี่ และความหนักเบาของการออกกำลังกายที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่ลดลง (Ghozy et al., 2022)

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2565) มีคำแนะนำในการมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ การมีกิจกรรมทางกายในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่เกิดจากการทำงาน เช่น ขนของ แยกهام หรือทำเกษตรกรรม เป็นต้น กิจกรรมที่เกิดจากการทำงานในบ้าน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ถูพื้น การรดน้ำต้นไม้ ล้างจาน ซักผ้า เป็นต้น การมีกิจกรรมทางกายระหว่างการเดินทางจากที่หนึ่ง ไปอีกที่หนึ่ง เช่น เดินขึ้นลงบันได ปั่นจักรยาน เป็นต้น การมีกิจกรรมทางกายในด้านนันทนาการ กีฬา และการออกกำลังกาย เช่น เล่นฟุตบอล วอลเลย์บอล แบดมินตัน กระโดดเชือก ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน วิ่ง เป็นต้น และควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 5 ครั้งต่อสัปดาห์

### 3. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูง (High body mass index) หรือมีภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Kleindorfer et al., 2021) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมองขาดเลือดถึงร้อยละ 24.3 (Feigin et al., 2022) และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายสูงหรือมีภาวะอ้วน มากถึงร้อยละ 50-100 (Kleindorfer et al., 2021) ซึ่งการมีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ  $25 \text{ kg/m}^2$  มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า (ศรีพร รอดแก้ว และคณะ, 2564) แต่อย่างไรก็ตาม การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ (Pamela, 2016) ซึ่งการควบคุมน้ำหนัก

ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถทำได้ด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (Scutelnic et al., 2019; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) สอดคล้องกับการศึกษา Miller et al. (1997) ที่ได้ทำการวิเคราะห์งานวิจัยการลดน้ำหนัก ย้อนหลัง 25 ปี จำนวน 423 ผลงาน ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกกับการควบคุมอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยกลางคนที่มีน้ำหนักปานกลาง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมควบคุมอาหารหรือการออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 15 สัปดาห์ ทำให้น้ำหนักลดลงประมาณ 11 กิโลกรัม แสดงให้เห็นว่าหากต้องการควบคุมน้ำหนักตัวสามารถทำได้จากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

#### 4. พฤติกรรมการงดสูบบุหรี่

องค์การอนามัยโลก ได้มีแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคำแนะนำให้งดสูบบุหรี่ เนื่องจาก พฤติกรรมการการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คนที่สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 6 เท่า และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงหลังจากงดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบ หลังจากงดสูบบุหรี่แล้ว 4-5 ปี ในควันบุหรี่มีสารอันตรายมากมาย สารเคมีจากปอดเข้าสู่ร่างกาย และกระแสเลือด สารเคมีเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงและทำลายเซลล์ ส่งผลทำให้การทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลง มีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังส่งผลต่อระดับไขมันในร่างกาย โดยลดระดับ HDL Cholesterol และเพิ่มระดับไขมัน LDL Cholesterol ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ ควันจากบุหรี่ประกอบด้วยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และนิโคติน ซึ่งก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง ในขณะที่นิโคตินทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิต และสารเคมีในควันบุหรี่ยังทำให้หลอดเลือดมีแนวโน้มที่จะแข็งตัว ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

ผลของการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง หรือที่เรียกว่า การแข็งตัวของหลอดเลือดแดง โดยผู้ที่มีหลอดเลือดตีบแคบลง หลอดเลือดแดงจะขาดความยืดหยุ่นลดการไหลเวียนของเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและเพิ่มโอกาสของการเกิดลิ่มเลือด ลิ่มเลือดจะไปอุดตันที่หลอดเลือดสมองทำให้เซลล์สมองตาย นอกจากนี้ ยังพบว่าการอยู่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบสองเท่า ดังนั้นการอยู่ในบ้านและที่ทำงานที่ปลอดบุหรี่ จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ ถึงแม้จะเป็นผู้สูบบุหรี่ในระยะยาว การงดสูบบุหรี่ สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกือบจะในทันที โดยภายใน 8 ชั่วโมงภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ ระดับออกซิเจนในเลือดจะดีขึ้นและคาร์บอนมอนอกไซด์และนิโคตินในร่างกายจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 ภายหลังจากสูบบุหรี่ 2-12 สัปดาห์ ระบบไหลเวียน

โลหิตจะเริ่มดีขึ้น ภายหลังจากสูบบุหรี่ 2 ปี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และภายหลังจากสูบบุหรี่ 5 ปี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (World Stroke Organization, 2023)

#### 5. พฤติกรรมการลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 1 ล้านคนในแต่ละปี และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากเกินไปหรือดื่มเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, 2023) จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือ 1-2 แก้วต่อวัน ช่วยลดการเกิดโรคสมองขาดเลือดได้ แต่หากดื่มมากกว่า 5 แก้ว จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองขาดเลือด (Boehme et al., 2017; Yang et al., 2021) ความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการดื่มแต่เพียงปริมาณพอเหมาะ โดยในเพศชายดื่มไม่เกิน 2 หน่วยมาตรฐานต่อวัน และ เพศหญิงดื่มไม่เกิน 1 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ซึ่ง 1 หน่วยมาตรฐาน เท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม เทียบเท่ากับเบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร วิสกี้ไม่เกิน 45 มิลลิลิตร เหล้าไม่เกิน 30 มิลลิลิตร (World Stroke Organization, 2023)

คำแนะนำในการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, 2023) ได้แก่

- 1) ชีดจำกัดสูงสุดต่อวันคือ ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 หน่วยมาตรฐานสำหรับผู้ชาย และ 1 หน่วยมาตรฐานของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับผู้หญิง
- 2) กำหนดและจำกัดปริมาณของเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่ดื่มในทุก

โอกาส

- 3) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ให้ช้าลง
- 4) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์พร้อมกับการรับประทานอาหาร
- 5) สลับการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์กับน้ำเปล่า
- 6) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ติดต่อกัน 2-3 วันทุกสัปดาห์
- 7) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์ต่ำหรือไม่มีเลย
- 8) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้น้อย เช่น แทนที่จะดื่มไวน์แก้วใหญ่ ดื่มในแก้วเล็ก

เป็นต้น

9) หากใช้คัมเครื่องคัมที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เพื่อผ่อนคลาย ควรหาวิธีอื่นที่ดีต่อสุขภาพมากกว่า เช่น การออกกำลังกายเป็นวิธีที่ดีต่อสุขภาพในการผ่อนคลาย หรือการจัดการกับความเครียดที่ดีกว่า

10) ควรปรึกษาแพทย์หากต้องการลดหรือเลิกคัมเครื่องคัมที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

#### 6. พฤติกรรมการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม

เนื่องจากความเครียดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า (World Stroke Organization, 2023) ซึ่งความเครียดเป็นกลไกทางจิตสังคมที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดที่ส่งผลต่อปฏิกิริยาของความดันโลหิต ผนังหลอดเลือด จังหวะการเต้นของหัวใจ ซึ่งหากมีระดับความเครียดที่มากขึ้นจะยิ่งส่งผลทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (Kotlega et al., 2016) นอกจากนี้ ยังพบว่าเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดในชีวิต (stressful life event) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 17 และหากต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตั้งแต่สองเหตุการณ์ขึ้นไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 31 นอกจากนี้ ยังพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและความเครียดในที่ทำงาน รวมทั้งเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต เช่น การหย่าร้าง ความขัดแย้งภายในครอบครัวที่รุนแรง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Catriona Reddin et al., 2022) ดังนั้นการมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีสุขภาพจิตที่ดี ลดความโกรธ ความซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสำคัญในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

#### 7. พฤติกรรมเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Owolabi et al., 2022; World Stroke Organization, 2023) สอดคล้องกับศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) ที่แนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

## แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น และกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. 2559 มีชุดรูปแบบบริการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางการให้บริการในด้านการป้องกันที่สำคัญซึ่งแนวทางที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และมีแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น แนวทางการประเมินและให้บริการด้านอาหารและโภชนาการ แนวทางการประเมินและให้บริการด้านการออกกำลังกาย แนวทางการประเมินและให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ขึ้นตอนและแนวทางในการดำเนินงานองค์กร ไร้พุง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีแนวทางการคัดกรองและดูแลโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 2 ส ได้แก่ ไม่สูบบุหรี่ ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ดังนี้

### 1. อาหาร

1.1 ลดการบริโภคอาหารไขมันสูง โดยลดการรับประทานไขมันที่มาจากสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ ได้แก่ เนื้อ นม เนย ลดการรับประทานของมัน ของทอด ขนมปัง เค้ก หรือของทอดซ้ำ ซึ่งมีกรดไขมันทรานส์มาก ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าวหรือกินไขมันจากปลาทะเลและปลาน้ำจืด

1.2 ลดการบริโภคอาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง โดยลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มลงครึ่งหนึ่งและลดเครื่องดื่มที่มีรสเค็มลง เช่น เครื่องดื่มผสมเกลือแร่ ไม่เติมน้ำปลาซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิผงชูรสในอาหาร เป็นต้น

1.3 ลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้ เป็นต้น ลดบริโภคน้ำตาลไม่เกิน วันละ 6 ถึง 8 ช้อนชา

1.4 เพิ่มการรับประทานผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด โดยรับประทานผักสดมีอยู่ 2 ฝ่ามือพูนหรือผักสุกมีอยู่ 1 ฝ่ามือพูน ผลไม้ไม่หวานจัด 15 คำต่อวัน หรือรับประทานผักผลไม้อย่างน้อยครั้งกิโลกรัมต่อวัน

### 2. ออกกำลังกาย

เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดินเร็วอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ในชีวิตประจำวัน ว่างเว้นหน้าทีวีและการทำงาน การออกกำลังกาย

ที่จะป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะทำให้มีความแข็งแรงและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ มากกว่า 30 นาทีต่อวัน วิธีออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การวิ่ง การวิ่งบนสายพาน การขึ้นบันได การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน

### 3. อารมณ์

แนะนำแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการหาวิธีคลายเครียด เช่น นอนหลับพักผ่อน พุดคุยพบปะเพื่อนฝูง ออกกำลังกาย เดินแอโรบิก โยคะ ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรีดูโทรทัศน์ดูภาพยนตร์อ่านหนังสือ ท่องเที่ยว เป็นต้น

### 4. ไม่สูบบุหรี่

กระทรวงสาธารณสุขมีการรณรงค์ให้ ผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่งดสูบบุหรี่ ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ก็ไม่ควรเริ่มสูบ รวมถึงไม่สูดดมควันบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลที่สูบบุหรี่ และถ้าต้องการเลิกบุหรี่สามารถเข้ารับปรึกษาศูนย์เลิกบุหรี่ ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือสามารถโทรปรึกษาได้ที่ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ 1600 (ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ, 2565)

### 5. ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์หรือลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เกิน 2 หน่วยมาตรฐานต่อวัน และเพศหญิงไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เกิน 1 หน่วยมาตรฐานต่อวัน และหากต้องการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ สามารถเข้ารับปรึกษาศูนย์เลิกเหล้าได้ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือสามารถโทรปรึกษาได้ที่ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์ ที่เบอร์ 1413 สายด่วนเลิกสุรา (พจนา เปลี่ยนเกิด และพิชัย แสงชาญชัย, 2557) เนื่องจากปัญหาเรื่องการดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเป็นปัญหาระดับชาติ ประเทศไทยมีนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติรวมทั้งมียุทธศาสตร์ควบคุมและลดความรุนแรงปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 และมีกฎหมายคือพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา (สมาน พุทธะกุล, 2556) นอกจากนี้ ยังมีแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570) เพื่อควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจาก ใน 4 เป้าหมาย ได้แก่ ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มของประชาชน ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมจำนวนผู้บริโภค ลดความเสี่ยงจากการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค รวมถึงการจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค การ

บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและทุกโรคที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ลดลง ส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### นโยบายสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกำลังพลกองทัพเรือของกรมแพทย์ทหารเรือ

กรมแพทย์ทหารเรือ เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงกับกองทัพเรือ มีพันธกิจหลักในการเตรียมความพร้อมของกำลังพลกองทัพเรือด้านสุขภาพ ให้บริการทางการแพทย์สนับสนุนภารกิจทางทหารของกองทัพเรือ ให้บริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลแก่กำลังพลกองทัพเรือและประชาชนทั่วไป โดยกรมแพทย์ทหารเรือ มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในกำลังพลกองทัพเรือ (ศูนย์พัฒนาจิตสมรรถนะกรมแพทย์ทหารเรือ, 2566) ดังนี้

1. ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อสร้างเสริมให้กำลังพลกองทัพเรือมีสุขภาพดีเหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่
2. ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐาน เพื่อให้กำลังพลกองทัพเรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับกำลังพลกองทัพเรือ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และการพัฒนาสมรรถภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพ
4. ให้บริการส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีในกำลังพลกองทัพเรือ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพและให้คำแนะนำรวมถึงให้การรักษาอย่างเหมาะสม
5. ให้การดูแลรักษากำลังพลกองทัพเรือที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กำลังพลกองทัพเรือที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสม
6. มีส่วนร่วมกับชุมชนและเครือข่ายความร่วมมือเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการเฝ้าระวังและพัฒนาปัจจัยแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและไม่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อซึ่งสามารถป้องกันได้

นอกจากนี้กรมแพทย์ทหารเรือ มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารเรือ ปี พ.ศ. 2565-2568 (ศูนย์พัฒนาจิตสมรรถนะกรมแพทย์ทหารเรือ, 2566) ดังนี้

1. ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี หรือตรวจสุขภาพเชิงรุกในกำลังพลกองทัพเรือ
2. กำลังพลกองทัพเรือที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับการคัดกรองและรักษาอย่างเหมาะสม

3. กำลังพลกองทัพเรือมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง โดยมีการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้อัตราส่วนกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนลดลงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568

### แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงกำลังพลกองทัพเรือ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory [PMT]) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกสร้างขึ้นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2518 โดย Roger (1975) และได้รับการปรับปรุงและพัฒนาใหม่อีกครั้งในปี พ.ศ. 2526 (Dunn & Rogers, 1986) โดยการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันโรคนั้น จำเป็นต้องมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นแรงจูงใจที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยการเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้การรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดไตร่ตรองในการประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล องค์ประกอบของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นส่วนช่วยให้บุคคลเกิดการประเมินความรุนแรงที่อาจจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ รวมถึงการดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้น ได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติแต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่ เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived vulnerability) เป็นส่วนที่ช่วยให้บุคคลเกิดความคิดหรือความเชื่อที่กำลังตกอยู่ในสภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากไม่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิด จะส่งผลให้ตนเองมีโอกาสเป็นโรค หรือเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะนั้นๆ ส่งผลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค

3. ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันโรค (Response efficacy) เป็นส่วนที่ช่วยให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอน โดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค (Perceived self-efficacy) โดยเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อมั่นสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้

ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญกับกระบวนการแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละคน ซึ่งเกิดจากการเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำได้หรือขาดความเชื่อมั่นใจว่าตนเองจะทำสำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้น จุดเด่นของทฤษฎีนี้คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Roger จึงได้นำ 4 องค์ประกอบ ข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วย องค์ประกอบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ประกอบด้วย องค์ประกอบ ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม (Response efficacy) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)

กระบวนการรับรู้ทั้งสองรูปแบบเกิดจากการได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of information) ทั้งจากสิ่งแวดล้อม การพูด ชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล (บุคลิกและประสบการณ์) หากบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบข้างที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมและเพียงพอ จะเป็นส่วนสำคัญที่มีส่วนช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ เกิดการประเมินการเผชิญปัญหา และเกิดการประมวลผลเพื่อตอบสนองต่อประสบการณ์ที่ได้รับรู้ ส่งผลทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่กล่าวมาข้างต้น สามารถอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยประกอบด้วยปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived vulnerability) ซึ่งเป็นส่วนที่ช่วยให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเกิดความคิดหรือความเชื่อที่กำลังตกอยู่ในสภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัจจัยความคาดหวังถึงผลของการ

ปฏิบัติพฤติกรรม (Response efficacy) จะเป็นส่วนช่วยให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เกิดความคาดหวังถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Coping Appraisal) ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

นอกจากนี้ แหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of information) ที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่ง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคคลรอบข้างทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้บังคับบัญชา บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุเสียงตามสาย โทรทัศน์ นิตยสาร วารสารแผ่นพับ โฆษณามีเดีย อินเทอร์เน็ต เป็นต้น เป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยกระตุ้นให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived severity) ไม่มีความสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อาจด้วยบุคคลยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคที่มีความผิดปกติรุนแรง และไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลยังไม่เห็นความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

### **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง**

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีสร้างแรงจูงใจพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1986 โดย Roger เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived vulnerability) ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม (Response efficacy) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived vulnerability) เป็นส่วนที่ช่วยให้บุคคลเกิดความคิดหรือความเชื่อที่กำลังอยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค จะส่งผลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมของ อดัญญา ลาตุณ และไพฑูรย์ วุฒิส (2563) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 258 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .254, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของจตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 138 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .254, p < .05$ ) และการศึกษาของพรณทิพย์ คำภิชัย และคณะ (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .267, p < .01$ )

นอกจากนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .632, p < .001$ ) ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครราชสีมาของแชมป์ สุทธิศรีศิลป์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิต จำนวน 150 คน ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = -.174, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .26, p < .001$ ) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษา

ชัยญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 416 คน กลับพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม (Response efficacy) เป็นส่วนที่ช่วยให้เกิดความคาดหวังถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิต จำนวน 150 คน ผลการศึกษา พบว่า ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $r = .322, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของจตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 138 คน พบว่า ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .254, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chamroonsawasdi et al.(2021) พบว่า ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .146$ ) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของชัยญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลับพบว่า ความคาดหวังถึงผลพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการเชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้สำเร็จ จะเป็นส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดำเนินไปในทิศทางที่ต้องการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมืองเก่า จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิต จำนวน 150 คน ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $r = .609, p < .001$ ) มีความ สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของชนิดา พุทธเมธา และคณะ (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนทาง สังคม และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 101 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของมหาวิทยาลัย ( $r = .588, p < .001$ ) และจากการศึกษาของวรัญญา หินกอง และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ของพระสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา คือ พระสงฆ์มหานิกาย จำนวน 224 รูป ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ ( $\beta = .490, p < .001$ )

นอกจากนี้ การศึกษาของชญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมไม่ได้ ( $\beta = .466, p < .001$ ) รวมถึงการศึกษาของอัสนีย์ มะนอ และคณะ (2561) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน ได้ พบว่าการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $\beta = .601, p < .001$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกรู้สึกดีและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการที่จะ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น จึงส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Temam et al. (2023) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้ ( $\beta = .83, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ko et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่วัยกลางคนในประเทศเกาหลี พบว่าการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ ( $\beta = .38, p < .001$ )

**4. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)** การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากบุคคลรอบข้างทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้บังคับบัญชา บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุเสียงตามสาย โทรทัศน์ นิตยสาร วารสารแผ่นพับ โซเชียลมีเดีย อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและเพียงพอ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมและเพียงพอยังส่งผลทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เกิดการประเมินการเผชิญปัญหา ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สอดคล้องกับการศึกษาของกัญจน์ฉินชา เรืองชัยวิเศษ และคณะ (2564) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเส้นเลือดสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 166 คน ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = .34, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ ( $\beta = .262, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา พุทธเมธา และคณะ (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 101 คน ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

( $r = .337, p < .001$ ) รวมถึงการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม และศิริวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .130, p < .05$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .120, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลีบกลาย (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .270, p < .01$ )

สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $\beta = .365, p < .05$ ) รวมถึงการศึกษาของวรัญญา หินกอง และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $\beta = .128, p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Pahn and Yang (2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานออฟฟิศในประเทศเกาหลี ( $\beta = .185, p = .005$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fuad (2023) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลของรัฐในเมืองจิมมา ประเทศเอธิโอเปีย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $\beta = .03, p < .05$ ) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของธัญญารัตน์ วงศ์ชนะและคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษากลับพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น

ผู้สูงอายุ นอกจากนั้น เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอื่น ๆ เช่น บุคลากรมหาวิทยาลัย พระสงฆ์ ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีบริบท สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตที่อาจมีความแตกต่างออกไป ทำให้มีแนวโน้มและทิศทางที่น่าสนใจในการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นส่วนที่ช่วยให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เกิดความคิดหรือความเชื่อว่ากำลังตกอยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัจจัยความคาดหวังถึงผลของการปฏิบัติพฤติกรรม จะเป็นส่วนช่วยให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เกิดความคาดหวังถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม นอกจากนี้ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งหากกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยให้เกิดการประเมินการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในบทนี้ผู้วิจัยนำเสนอสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ขนาด 750 เตียง ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางรองรับการดูแลรักษาพยาบาลกำลังพลกองทัพเรือได้ทั่วประเทศ ในส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ขนาด 450 เตียง ตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่มีกำลังพลกองทัพเรือปฏิบัติหน้าที่มากที่สุด ทั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ มีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพของกำลังพลกองทัพเรือและประชาชนทั่วไป ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ โดยกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จะมารับบริการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ห้องตรวจโรคทั่วไป และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้แก่ ห้องตรวจนายทหารประทวน ห้องตรวจนายทหารสัญญาบัตร ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม โดยที่แต่ละห้องตรวจให้บริการดังนี้

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1. ห้องตรวจโรคทั่วไป ให้บริการกำลังพลกองทัพเรือและประชาชนทั่วไป ในด้านการวินิจฉัยโรค ตรวจรักษา และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวในด้านการป้องกันโรค ให้บริการในวันทำการ ในภาคเช้า ให้บริการเวลา 08.00 น. - 12.00 น. ในภาคบ่ายเวลา 13.00 น. - 16.00 น.

2. ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ให้บริการกำลังพลกองทัพเรือและประชาชนทั่วไป

ให้บริการวินิจฉัยโรค ตรวจรักษา ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคทางอายุรกรรม ให้บริการในวันทำการ ในภาคเช้า ให้บริการเวลา 08.00 น.- 12.00 น. ในภาคบ่ายเวลา 13.00 น. - 16.00 น.

โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

1. ห้องตรวจนายทหารประทวน ให้บริการนายทหารประทวน ในด้านการวินิจฉัยโรค ตรวจรักษา และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ให้บริการในวันทำการ เวลา 08.00 น. - 12.00 น.

2. ห้องตรวจนายทหารสัญญาบัตร ให้บริการนายทหารสัญญาบัตร ในด้านการวินิจฉัยโรค ตรวจรักษา และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ให้บริการในวันทำการ เวลา 08.00 น. - 12.00 น.

3. ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป ให้บริการกำลังพลกองทัพเรือและประชาชนทั่วไป ในด้านการวินิจฉัยโรค ตรวจรักษา และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ให้บริการทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ ในภาคเช้า ให้บริการเวลา 08.00 น. - 12.00 น. ในภาคบ่าย เวลา 13.00 น. - 22.00 น.

4. ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ให้บริการกำลังพลกองทัพเรือและประชาชนทั่วไป ให้บริการวินิจฉัยโรค ตรวจรักษา ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคทางอายุรกรรม ให้บริการในวันทำการ ในภาคเช้า ให้บริการเวลา 08.00 น. - 12.00 น. ในภาคบ่ายเวลา 13.00 น. - 16.00 น.

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ มีแนวทางในการดูแลกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเมื่อกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง มารับบริการบริการ แพทย์จะให้การรักษามาตามแนวทางการรักษาของโรค โดยที่ทั้งแพทย์และพยาบาลของแต่ละห้องตรวจจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง เช่น คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัด ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะฉุกเฉินที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เป็นต้น

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากร คือ กำลังพลกองทัพเรือที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

**กลุ่มตัวอย่าง** กำลังพลกองทัพเรือที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ห้องตรวจโรคทั่วไป และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้แก่ ห้องตรวจนายทหารประทวน ห้องตรวจนายทหารสัญญาบัตร ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ทั่วไป และห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

#### 1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1.1 เป็นข้าราชการกองทัพเรือเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี
- 1.2 เป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 ปี
- 1.3 เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 1.4 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟัง
- 1.5 เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

#### 2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 2.1 เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power version 3.1.9.4 วิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติ Multiple regression กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง ได้ค่า Effect size เท่ากับ .15 (Cohen, 1998) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ( $\alpha = .05$ ) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 (Burns & Grove, 2009; Polit D.F & Beck C.T, 2014) จำนวนตัวแปรต้นในการทำนาย 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคม คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Grove et al., 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 142 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากกำลังพลกองทัพเรือที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ห้องตรวจโรคทั่วไป และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้แก่ ห้องตรวจนายทหารประทวน ห้องตรวจนายทหารสัญญาบัตร ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้าราชการกองทัพเรือที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยเฉลี่ยจำนวน 2,360 ราย / ปี โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 1,870 ราย / ปี

2. จากขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 ราย คำนวณตามสัดส่วนของประชากร (Proportion to size) โดยใช้สูตร

$$\text{กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแต่ละโรงพยาบาลดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยในแต่ละปี (ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	2,360	79
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	1,870	63
รวม		142

3. หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสัปดาห์ละ 1 โรงพยาบาล ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากชื่อโรงพยาบาลทุก 2 สัปดาห์ โดยในแต่ละสัปดาห์หลังจากที่สุ่มได้ชื่อโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ด้วยการปิดป้ายประชาสัมพันธ์ ณ หน้าห้องตรวจโรค แผนกผู้ป่วยนอก

และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีข้อความเบื้องต้นในแผ่นประชาสัมพันธ์ ดังนี้

“ขอเชิญชวนข้าราชการกองทัพเรือที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูงทุกท่าน ที่มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี เข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งดำเนินการโดยนิติตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การเข้าร่วมโครงการ วิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หากท่านมีความสนใจ กรุณาติดต่อ นาวาตรีหญิง สมบูรณ์ ศรีบุญมย์ เบอร์โทรศัพท์ 099-4171695 หรือแจ้งความจำนงได้ที่พยาบาลห้องตรวจโรค อายุรเวชกรรม ห้องตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และห้องตรวจนายทหารประทวน ห้องตรวจนายทหารสัญญาบัตร ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม โรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ทางผู้วิจัยพร้อมให้ข้อมูลโครงการอย่างละเอียด การตัดสินใจขึ้นอยู่กับท่าน ไม่มีการบังคับ”

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งการตัดสินใจไม่มีการบังคับและไม่มีผลกระทบต่อการให้บริการทางสุขภาพใด ๆ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม และทำการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 142 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ชุด รายละเอียดดังนี้

**ชุดที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ชั้นยศ ระดับการศึกษา รายได้ ความพอเพียงของรายได้

2. แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง (ดัชนีมวลกาย) เส้นรอบเอว โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

**ชุดที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ซึ่งเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย การขาดวิธีการจัดการความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น พันธุกรรมและการมีโรคประจำตัว มีค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1 และนำไปใช้กับกำลังพลกองทัพเรือที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถาม โดยได้ตัดข้อความเกี่ยวกับโรคที่ทำให้มีโอกาเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองออก 1 ข้อ เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกัน คงคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 12 ข้อ มีการดัดแปลงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะและความครอบคลุมเนื้อหา และดัดแปลงลักษณะของคำตอบจากมาตราประมาณค่า (Rating scale) จาก 3 ระดับ

- คะแนน 1 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ
- คะแนน 2 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ
- คะแนน 3 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนน 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 3 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

**ชุดที่ 3** แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดัดแปลงจากแบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) มีค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1 และนำไปใช้กับกำลังพลกองทัพเรือที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะและความครอบคลุมเนื้อหา และดัดแปลงลักษณะของคำตอบจากมาตรประมาณค่า (Rating scale) จาก 3 ระดับ

คะแนน 1 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

คะแนน 2 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

คะแนน 3 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนน 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 3 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

**ชุดที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) มีค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1 และนำไปใช้กับกำลังพลกองทัพเรือที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระ

นางเจ้าสิริกิติ์จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 แบบสอบถามนี้มีข้อความทั้งสิ้นจำนวน 13 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะและความครอบคลุมเนื้อหา และดัดแปลงลักษณะของคำตอบจากมาตรประมาณค่า (Rating scale) จาก 3 ระดับ

คะแนน 1 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

คะแนน 2 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

คะแนน 3 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนน 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 3 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

**ชุดที่ 5** แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบกของวิภาวรรณ ศิริกั้งวาลกุล และคณะ (2560) มีค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (CVD) เท่ากับ 1 และนำไปใช้กับกำลังพลกองทัพอากาศที่ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะและความครอบคลุมเนื้อหา แบ่งเป็นการสนับสนุนรายด้าน 5 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-4
2. การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 5-7
3. การแรงสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 8-10
4. การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 11-12

### 5. การได้รับข้อมูลข่าวสารจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 13-15

โดยใช้มาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งระดับการรับรู้เป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ คำถามข้อ 1-6 และ ข้อ 8-15

คะแนน 1 หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
คะแนน 2 หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
คะแนน 3 หมายถึง	เห็นด้วย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
คะแนน 4 หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถามข้อ 7

คะแนน 1 หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ
คะแนน 2 หมายถึง	เห็นด้วย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
คะแนน 3 หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
คะแนน 4 หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

### ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาต

ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของ ธัญญรัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) มีค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ .92 และนำไปใช้กับกำลังพลกองทัพเรือที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .73 โดยแบบสอบถามมีคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถาม โดยรวมข้อคำถามด้านการออกกำลังกาย ข้อที่ 19 เกี่ยวกับระยะเวลาในการออกกำลังกาย และข้อที่ 20 เกี่ยวกับความถี่ในการออกกำลังกาย เป็นข้อเดียวกัน และดัดแปลงการใช้ภาษาให้เหมาะสม นอกจากนี้ ดัดคำถามข้อที่ 13 เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดออก เนื่องจากมีค่า Corrected Item-Total Correlation เท่ากับ -.132 ซึ่งน้อยกว่า 0 จึงควรตัดข้อคำถามนั้นออก โดยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-11
2. ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-16
3. ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17-20
4. ด้านการสูบบุหรี่และควบคุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-22
5. ด้านพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23-24

โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งระดับปฏิบัติเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดให้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แสดงการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ คำถามข้อ 6, 12-20 และข้อ 23-24

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนน 4	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้ง

แสดงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ คำถามข้อ 1-5, 7-11 และข้อ 21-22

คะแนน 1	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง
คะแนน 4	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-96 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลง ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถาม

ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมประสาทผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน

หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ทั้งในด้านการใช้ภาษาให้ชัดเจน และความครอบคลุมเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1 แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1 และแบบสอบถามพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .92

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ควรมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n =142)
แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.89	.88
แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังโรค	.93	.91
แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค	.91	.90
แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	.86	.82
แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรค	.73	.70

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS031/2566 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส RP022/66 หลังได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการวิจัย
2. เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อกำหนด และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ เบื้องต้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ เก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งการตัดสินใจไม่มีการบังคับหรือผูกมัด และไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพใด ๆ เมื่อสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอม โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
3. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า คำตอบจากแบบประเมินหรือข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ - นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามอย่างมิดชิดและปลอดภัย โดยการสแกนเอกสารเก็บข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์และทำการใส่รหัส มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยไปแล้ว 3 ปี
5. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจ เช่น เหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวล ไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม เป็นต้น ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที หรือถ้าผู้วิจัยสังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวม

ข้อมูลและแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการดูแลช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติของสถานที่ศึกษา  
ทันที ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ที่มีอาการผิดปกติ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากกณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อเจ้ากรมแพทยทหารเรือ เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าห้องตรวจ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง
3. ภายหลังจากผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาในวันที่สำรวจ โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระและระยะเวลากับกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในช่วงก่อนรอแพทย์ทำการตรวจ หรือในช่วงหลังแพทย์ทำการตรวจเสร็จ ตามความเหมาะสมของลำดับคิวในการเข้าตรวจของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระทบลำดับคิวในการเข้าตรวจของผู้ป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังสถานที่ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ ซึ่งค่อนข้างเงียบและเป็นส่วนตัว และอยู่ใกล้กับห้องตรวจเพื่อความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ตามความคิดเห็น พร้อมอธิบายอย่างละเอียดถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที
6. ในระหว่างการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติด้านร่างกาย หรือ ด้านจิตใจ เช่น เหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวล ไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที หรือถ้าผู้วิจัยสังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติการเก็บรวบรวม

ข้อมูลและแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการดูแลช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติของสถานที่ศึกษาทันที

7. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามอย่างมิดชิดปลอดภัย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และมอบของที่ระลึกเป็นกล่องสำหรับใส่ยาให้กับกลุ่มตัวอย่าง

8. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป โดยในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติ หรือปฏิเสธในการให้ข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555) ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ในการศึกษาครั้งนี้เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีระดับการวัดเป็น Interval หรือ Ratio scale

3.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ประเมินด้วยกราฟ Normal P-P plot โดยจุดที่แสดงในกราฟอยู่ใกล้ ๆ เส้นตรง ทำมุม 45 องศา แสดงว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

3.3 ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) ประเมินด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยหากคะแนน มากกว่า 4 ถือว่า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า VIF เท่ากับ 2.10, 2.527, 1.71 และ 1.597 ตามลำดับ หรือประเมินด้วยค่า Tolerance โดยหากคะแนน น้อยกว่า .20 ถือว่า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Tolerance เท่ากับ .476, .396, .585 และ .626 ตามลำดับ

3.4 ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) ประเมินด้วยกราฟ Histogram โดยกราฟที่ได้จะเป็นรูประฆังคว่ำ มีจุดยอดของ โค้งอยู่ตรงกลาง แบ่งครึ่งจากจุดยอด มีความสมมาตรระหว่างซีกซ้ายและซีกขวา แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และ ประเมินด้วยพล็อตกราฟ Normal P-P plot โดยจุดที่แสดงในกราฟอยู่ใกล้ ๆ เส้นตรง แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.5 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ประเมินด้วยกราฟ Scatterplot พบว่า มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง และไม่เกิน -3 และ +3 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

3.6 ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) ประเมินด้วยค่า Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.82

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษาปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการทหารเรือที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม ห้องตรวจโรคทั่วไป และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้แก่ ห้องตรวจนายทหารประทวน ห้องตรวจนายทหารสัญญาบัตร ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม จำนวน 142 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ชั้นยศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัว ส่วนสูง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 142)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	128	90.1
หญิง	14	9.9
<b>อายุ (ปี) (Min = 26, Max = 59, M = 47.53, SD = 7.21)</b>		
20-29	3	2.1
30-39	15	10.6
40-49	63	44.3
50-59	61	43.0
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	114	80.3
โสด	17	12.0
หย่า	10	7.0
แยกกันอยู่	1	0.7
<b>ชั้นยศ</b>		
นายทหารชั้นประทวน	75	52.8
นายทหารสัญญาบัตร	67	47.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าอนุปริญญา หรือ ปวช.	40	28.2
อนุปริญญา หรือ ปวส.	40	28.2
ปริญญาตรี	58	40.8
ปริญญาโท	4	2.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
10,001-20,000 บาท	8	5.6
20,001-30,000 บาท	41	28.9
30,001-40,000 บาท	54	38.0
40,001-50,000 บาท	27	19.0
มากกว่า 50,000 บาท	12	8.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	102	71.8
ไม่เพียงพอ	40	28.2

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.1 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 44.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.53 ปี ( $SD = 7.21$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชั้นยศเป็นนายทหารชั้นประทวน ร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าอนุปริญญา หรือ ปวช. และอนุปริญญา หรือ ปวศ. ร้อยละ 28.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 38 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 71.8

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ ( $n = 142$ )

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) ( $\text{Min} = 19.83$ , $\text{Max} = 55.08$ , $M = 27.71$ , $SD = 5.15$ )		
18.5-22.9 $\text{kg}/\text{m}^2$ (ปกติ)	24	16.9
23.0-24.9 $\text{kg}/\text{m}^2$ (น้ำหนักเกิน)	24	16.9
25.0-29.9 $\text{kg}/\text{m}^2$ (อ้วนระดับ 1)	53	37.3
มากกว่า 30 $\text{kg}/\text{m}^2$ (อ้วนระดับ 2)	41	28.9

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เส้นรอบเอว		
ปกติ	65	45.8
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	77	54.2
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	39	27.5
ไขมันในเลือดสูง	19	13.4
เบาหวาน	12	8.5
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	32	22.5
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง	24	16.9
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	11	7.7
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	5	3.5
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	65	45.8
เคยสูบ และเลิกสูบแล้ว	53	37.3
สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน	24	16.9
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	23	16.2
เคยดื่ม และเลิกดื่มแล้ว	34	23.9
เคยดื่มและปัจจุบันยังคงดื่ม	85	59.9
ขนาดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์สำหรับคนที่ปัจจุบันยังคงดื่ม ( $n = 85$ )		
ดื่มเกินมาตรฐาน	47	55.3
ดื่มไม่เกินมาตรฐาน	38	44.7

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	22	15.5
ออกกำลังกาย	120	84.5
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการออกกำลังกาย ( $n = 120$ ) (Min = 25, Max = 600, M = 134.92, SD = 105.84)		
น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	84	70
150 นาทีต่อสัปดาห์ขึ้นไป	36	30

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 83.1 โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 28.9 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.5 รองลงมามีโรคประจำตัวมากกว่ามากกว่า 1 โรคขึ้นไป ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.5 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.8 และมีกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติสูบบุหรี่และปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 37.2 สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจุบันยังดื่มอยู่ ร้อยละ 59.9 และเคยมีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 23.9 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันยังคงดื่มอยู่ พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มเกินมาตรฐาน ร้อยละ 55.3 มีเพียงร้อยละ 44.7 ที่ดื่มไม่เกินมาตรฐาน ในด้านการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 84.5 แต่มีระยะเวลาในการออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 70

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค  
หลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนโดยรวม และรายด้าน (n = 142)

ปัจจัย	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็น จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (โดยรวม)	24-96	56-85	69.51	6.25
พฤติกรรมกำหนัดบริโภคอาหาร	11-44	16-41	31.05	3.96
พฤติกรรมกำหนัดจัดการกับความเครียด	5-20	5-20	12.81	2.60
พฤติกรรมกำหนัดออกกำลังกาย	4-16	5-16	11.30	2.31
พฤติกรรมกำหนัดหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่และการ ควบคุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	2-8	3-8	6.83	1.12
พฤติกรรมกำหนัดมาพบแพทย์ตามนัดและการ รับประทานยาสม่ำเสมอ	2-8	4-8	7.52	0.90

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม เท่ากับ 69.51 ( $SD = 6.25$ ) จากคะแนนเต็ม 96 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกำหนัดบริโภคอาหารที่เหมาะสม เท่ากับ 31.05 ( $SD = 3.96$ ) จากคะแนนเต็ม 44 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผงสำเร็จรูป หรือเครื่องแกงสำเร็จรูปในการปรุงอาหาร โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 50.4 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร โดยปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 44.4 ดังภาคผนวก ข

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกำหนัดจัดการกับความเครียด เท่ากับ 12.81 ( $SD = 2.60$ ) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจจะดูภาพยนตร์หรือฟังเพลง โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 70.4 และกลุ่มตัวอย่างจะหากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 75.4 ดังภาคผนวก ข

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกำหนัดออกกำลังกาย เท่ากับ 11.30 ( $SD = 2.31$ ) จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออก

กำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ ๆ หรือ กายบริหาร เป็นต้น โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 56.3 ดังภาคผนวก ข

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่และการควบคุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เท่ากับ 6.83 ( $SD = 1.12$ ) จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ซึ่งมีแนวโน้มค่อนข้างไปทางมาก จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 14.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.6 ดังภาคผนวก ข

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารยาทตามนัดและการรับประทานยาสม่ำเสมอ เท่ากับ 7.52 ( $SD = .90$ ) จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ซึ่งมีแนวโน้มค่อนข้างไปทางมาก จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมารยาทตรงตามนัด โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 95.8 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 96.5 ดังภาคผนวก ข

ตารางที่ 6 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $n = 142$ )

ปัจจัย	พิสัยที่	พิสัยที่	<i>M</i>	<i>SD</i>
	เป็นไปได้	เป็นจริง		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	12-48	28-48	39.92	5.09
ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการโรค	13-52	31-52	44.86	5.21
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการโรค	13-52	30-52	43.85	4.86
แรงสนับสนุนทางสังคม	15-60	40-60	49.63	4.63

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองเท่ากับ 39.92 ( $SD = 5.09$ ) จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 44.86 ( $SD = 5.21$ ) จากคะแนนเต็ม 52 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 43.85 ( $SD = 4.86$ ) จากคะแนนเต็ม 52 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 49.63 ( $SD = 4.63$ ) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพล กองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

การวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทาง สังคม ในการทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์หาคอถอยพหุคูณ แบบ Enter โดยมีการตรวจสอบข้อตกลง เบื้องต้นของสถิติเกี่ยวกับ Normality Linearity Homoscedasticity และ Independence ของ ความคลาดเคลื่อน (Residuals) รวมทั้งทดสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) พบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณ คือ

1. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ หรือตัวแปรต่อเนื่อง หรือมี ระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval scale) หรืออัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม มีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval scale)

2. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ประเมินด้วยกราฟ Normal P-P plot โดยจุดที่แสดงในกราฟอยู่ใกล้ ๆ เส้นตรง ทำมุม 45 องศา แสดงว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ดังแสดงในภาคผนวก จ

3. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) ประเมินด้วย ค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยหากคะแนน มากกว่า 4 ถือว่า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า VIF เท่ากับ 2.10, 2.527, 1.71 และ 1.597 ตามลำดับ หรือ ประเมินด้วยค่า Tolerance โดยหากคะแนน น้อยกว่า .20 ถือว่า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เป็นอิสระ ต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Tolerance เท่ากับ .476, .396, .585 และ .626 ตามลำดับ

4. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบ โค้งปกติ (Normality) ประเมินด้วยกราฟ Histogram โดย กราฟที่ได้จะเป็นรูประฆังคว่ำ มีจุดยอดของโค้งอยู่ตรงกลาง แบ่งครึ่งจากจุดยอด มีความสมมาตร ระหว่างซีกซ้ายและซีกขวา แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และประเมินด้วยพล็อตกราฟ Normal P-P plot โดยจุดที่แสดงในกราฟอยู่ใกล้ ๆ เส้นตรง แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังแสดงในภาคผนวก จ

5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมี ค่าคงที่ (Homoscedasticity) ประเมินด้วยกราฟ Scatterplot พบว่า การกระจายของของจุดห่างจากเส้นตรง ในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง และไม่เกิน -3 และ +3 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของ ความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

6. ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) ประเมินด้วยค่า Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษานี้มีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.82 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง (n = 142)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	1				
2. ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังโรค	.721**	1			
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค	.424**	.551**	1		
4. แรงสนับสนุนทางสังคม	.415**	.499**	.565**	1	
5. พฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง	.244*	.297**	.440**	.387**	1

หมายเหตุ: \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำ ( $r = .244, p < .01$ ) ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกำบังโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำ ( $r = .297, p < .001$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง ( $r = .440, p < .001$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง ( $r = .387, p < .001$ )

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $n = 142$ )

ตัวแปร	b	SE	$\beta$	t	p-value
<b>Constant</b>					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.026	.134	.021	.193	.847
ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค	.014	.144	.011	.095	.925
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค	.404	.127	.315	3.193	.002
แรงสนับสนุนทางสังคม	.263	.128	.195	2.048	.042

$R = .47$ ,  $R^2 = .22$ , Adjusted  $R^2 = .20$ ,  $F_{4, 137} = 9.793$ , sig of  $F < .001$

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้ร้อยละ 20 (Adjusted  $R^2 = .20$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด ( $\beta = .315$ ,  $p < .05$ ) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .195$ ,  $p < .05$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Dunn & Rogers (1986) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการกองทัพเรือ ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างน้อย 1 ปี ที่มารับบริการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 142 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1, 1, 1, และ .92 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89, .93, .91, .86 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

#### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวน 142 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.1 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 44.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.53 ปี ( $SD = 7.21$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนายทหารชั้นประทวน ร้อยละ 52.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าอนุปริญญา หรือ ปวช. และอนุปริญญา หรือ ปวส. ร้อยละ 28.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 38 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 71.8 สำหรับข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 83.1 โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 28.9 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์

มาตรฐานถึงร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.5 และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.5 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ เคยสูบและเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 37.2 เคยมีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และปัจจุบันยังคงดื่มอยู่ ร้อยละ 59.9 ซึ่งส่วนใหญ่ดื่มเกินมาตรฐานถึงร้อยละ 55.3 และเคยมีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 29.3 ในด้านการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 84.5 แต่มีระยะเวลาในการออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 70

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

กำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.92 ( $SD = 5.09$ ) มีความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.86 ( $SD = 5.21$ ) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.85 ( $SD = 4.86$ ) และมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.63 ( $SD = 4.63$ )

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำ ( $r = .244, p < .01$ ) ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำ ( $r = .297, p < .001$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง ( $r = .440, p < .001$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง ( $r = .387, p < .001$ )

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 20 (Adjusted  $R^2 = .20, p < .001$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่

เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด ( $\beta = .315, p < .05$ ) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .195, p < .05$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม การป้องกันโรค พบว่าไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม เท่ากับ 69.51 ( $SD = 6.25$ ) จากคะแนนเต็ม 96 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกำลังพลกองทัพเรือที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่สามารถรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทางสื่อต่าง ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับข้อมูลข่าวสารจากโซเชียลมีเดีย อินเทอร์เน็ต วิทยุเสียงตามสาย โทรทัศน์ นิตยสาร และวารสารแผ่นพับ ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ เปสูงเนิน และคณะ (2561) ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเริ่มเกิดในคนที่อายุน้อยลง จึงทำให้คนที่อายุน้อยมีความสนใจและดูแลตนเองดีกว่าคนที่อายุมาก ทำให้เห็นความแตกต่างของการรับรู้ในแต่ละช่วงวัย โดยอายุและประสบการณ์ที่ต่างกันจะส่งผลถึงกระบวนการคิดและการตัดสินใจ ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ คนที่อายุน้อยกว่าจะมีการเรียนรู้ แสวงหา และเข้าถึงเทคโนโลยีข่าวสารที่ทันสมัยได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ

รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,001-40,000 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งการที่บุคคลมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีและเพียงพอ จะทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าบุคคลที่รายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า รายได้หรือเศรษฐกิจของ

บุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ รวมถึงมีศักยภาพในการดูแลตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของยูทรินา ชนะพันธ์ และคาริวรรณ เศรษฐิธรรม (2561) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.8 ซึ่งการได้รับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจากสื่อต่าง ๆ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคและด้านส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ที่มีระดับศึกษาสูงจะมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย รวมถึงผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ได้เปรียบเรื่องการค้นหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพได้มากกว่า

แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุดถึงร้อยละ 90.1 ถึงแม้เพศชายจะเป็นเพศที่แข็งแรง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการทหาร ต้องมีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีลักษณะท่าทางองอาจสมเป็นทหารตามระเบียบราชการทหาร (พระราชบัญญัติรับราชการทหารพ.ศ. 2497) นอกจากนี้ คุณลักษณะที่สำคัญของทหารมักจะมีร่างกายที่แข็งแรงและมีความเด็ดขาด (ภักภณ สนธิทสม และฉัฐพล จารัตน์, 2558) ซึ่งหากจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก็จะตัดสินใจปฏิบัติได้ทันที แต่โดยธรรมชาติเพศชายส่วนใหญ่อาจจะมีความรับผิดชอบ และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าในเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของยูทรินา ชนะพันธ์ และคาริวรรณ เศรษฐิธรรม (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศชาย 2.23 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะความแตกต่างทางเพศ จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มักมีความตระหนักรู้และรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า เพศ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก

เพศหญิงมีความสนใจ ใส่ใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย รวมถึงการศึกษาของปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า ลักษณะเพศที่แตกต่างกัน โดยธรรมชาติของมนุษย์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .154, p < .01$ ) โดยพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่จะมีความรับผิดชอบและให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานยา พฤติกรรมจัดการกับความเครียด พฤติกรรมงดสารเสพติด และบริโภคแอลกอฮอล์ พฤติกรรมมาตรวจตามนัด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไป มากกว่าเพศชาย เพศจึงเป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม เท่ากับ 31.05 ( $SD = 3.96$ ) จากคะแนนเต็ม 44 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการกับความเครียด เท่ากับ 12.81 ( $SD = 2.60$ ) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกาย เท่ากับ 11.30 ( $SD = 2.31$ ) จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่และการควบคุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เท่ากับ 6.83 ( $SD = 1.12$ ) จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ซึ่งมีแนวโน้มค่อนข้างไปทางมาก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาสม่ำเสมอ เท่ากับ 7.52 ( $SD = .90$ ) จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ซึ่งมีแนวโน้มค่อนข้างไปทางมาก สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ อาจส่งผลมีความเหนื่อยล้าจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง โภชนาการ สอดคล้องกับการรายงานของวิชัย เอกพลากร และคณะ (2564) ที่พบว่ากลุ่มวัยทำงานในประชาชนไทยส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่กับการทำงานจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากภาระงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ส่งผลทำให้กลุ่มวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ และส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม มีการใช้ผงชูรส ชุปก้อน ชุปผงสำเร็จรูป หรือเครื่องแกงสำเร็จรูปในการปรุงอาหาร โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 50.4 มีพฤติกรรม

บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง มีการใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร โดยปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 44.4 และมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์ปริมาณที่สูง เช่น หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ ข้ำวหามู หมูกระทะ เป็นต้น โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 29.6 สอดคล้องกับรายงานผลตรวจสุขภาพของกำลังพลกองทัพเรือ ที่พบว่า กำลังพลกองทัพเรือส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ทอด ร้อยละ 33 (กองเวชสารสนเทศ กรมแพทย์ทหารเรือ, 2565) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม เป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (World Stroke Organization, 2023)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 83.1 โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 28.9 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าในกำลังพลกองทัพเรือทั่วไป ที่พบว่า มีภาวะอ้วนระดับ 1 และระดับ 2 ร้อยละ 42.54 (กองเวชสารสนเทศ กรมแพทย์ทหารเรือ, 2565) และสูงกว่าในประชาชนทั่วไปที่มีภาวะอ้วนระดับ 1 และระดับ 2 เพียงร้อยละ 27.11 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานมากที่สุดถึงร้อยละ 54.2 นอกจากนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งอาจมีความรับผิดชอบ และให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองน้อยกว่าในเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ที่พบว่าเพศหญิงจะมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่า ส่งผลให้เพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .154, p < .01$ ) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการมีคู่ครอง อาจทำให้สนใจในรูปร่างและน้ำหนักของตนเองน้อยลง ไม่จำเป็นต้องรักษารูปร่างเพื่อดึงดูดผู้อื่น ส่งผลทำให้รู้สึกสบายใจที่จะรับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือรับประทานอาหารมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakboonyarat et al. (2022) ที่ศึกษาแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความชุกของโรคอ้วนในบุคลากรกองทัพบกไทย พบว่า กำลังพลเพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกำลังพลเพศหญิง 1.96 เท่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาจมีแนวโน้มในการประกอบอาหารรับประทานมื้อใหญ่หรือออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกัน ทำให้รับประทานอาหารในปริมาณที่มากขึ้น รวมถึงการมีคู่อาจทำให้ไม่สนใจในรูปร่างหรือน้ำหนักเพื่อดึงดูดให้มีคนมาสนใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน และมีภาวะอ้วน

รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของศรีนรัตน์ นิลฤพาทวิโชต และคณะ (2564) ที่ศึกษาภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายทหารแห่งหนึ่ง พบว่า กลุ่มอ้วนลงพุงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาจเนื่องมาจากการมีคู่ครอง ทำให้มีแนวโน้มทำกับข้าวมื้อใหญ่หรือออกไป

รับประทานอาหารนอกบ้านมากกว่าคน โสด ประกอบกับผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะสนใจน้ำหนักของตนเองน้อยลง ไม่จำเป็นต้องรักษารูปร่างเพื่อดึงดูดเพศตรงข้าม จึงรู้สึกสบายใจที่จะรับประทานอาหารมากขึ้นจนทำให้อ้วนลงพุง สอดคล้องกับการศึกษาของพลอยฉมูร์รินทร์ ราวินิจ และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 12.54 เท่าของผู้ที่สถานภาพโสด โดยพบว่าสถานภาพสมรสคู่จะชอบรับประทานอาหารนอกบ้านและทำอาหารมื้อใหญ่รับประทานเองมากกว่าคน โสด

พฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 29-59 ปี อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีความเครียดมากที่สุด จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิตมากที่สุดถึงร้อยละ 89.12 (กรมสุขภาพจิต, 2562) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญในพัฒนาประเทศและกองทัพ อาจเป็นทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีบทบาทหน้าที่ทั้งด้านการรบ การป้องกันราชอาณาจักร รักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อย รักษาผลประโยชน์ของชาติทั้งทางบกและทางทะเล รวมถึงการพัฒนาประเทศและช่วยเหลือประชาชน เป็นอาชีพที่มีอำนาจในการใช้อาวุธ ยุทโธปกรณ์ กำลังพลกองทัพเรือจึงถูกฝึกให้มีความอดทน มีระเบียบวินัย และปฏิบัติตามคำสั่งผู้บังคับบัญชาอย่างเคร่งครัด และหากมีการกระทำผิดต่อบทบาทหน้าที่หรือต่อวินัยทหารก็จะถูกลงโทษ (พระราชบัญญัติว่าด้วยวินัยทหารพุทธศักราช, 2476) ลักษณะการทำงานและการปฏิบัติภารกิจหน้าที่ที่ค่อนข้างเสี่ยงภัยในการปกป้องประเทศและดูแลประชาชน รวมถึงต้องอยู่ในระเบียบวินัย อาจส่งผลทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นกลไกทางจิตสังคมที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดที่ส่งผลต่อปฏิกริยาของความดันโลหิต ผนังหลอดเลือด จังหวะการเต้นของหัวใจ หากมีระดับความเครียดที่มากขึ้นจะยิ่งส่งผลทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (Kotlega et al., 2016) และปัจจัยความเครียดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากถึง 2 เท่า (World Stroke Organization, 2023)

จากการศึกษา พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจจะดูภาพยนตร์หรือฟังเพลง โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 70.4 หากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง ร้อยละ 75.4 แต่อย่างไรก็ตาม กำลังพลกองทัพเรือบางส่วนอาจมีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น อาจเลือกใช้การสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นวิธีการจัดการกับความเครียด ดังเช่นการศึกษาของเป็งรำ ยงเจริญ และคณะ (2562) ที่พบว่ากำลังพลกองทัพเรือบางส่วนเลือกการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และ/หรือสูบบุหรี่เป็นวิธีในช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายอารมณ์เพื่อรับมือจัดการกับความเครียด

หรือความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ นอกจากจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังเป็นวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และทำให้พฤติกรรมจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกำลังพลกองทัพเรือ มีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันราชอาณาจักร รักษาผลประโยชน์ของชาติทางทะเล พิทักษ์รักษา สถาบันพระมหากษัตริย์ และสนับสนุนการรักษาความมั่นคงและความสงบเรียบร้อย ภายในประเทศ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาประเทศและช่วยเหลือประชาชน (กองทัพเรือ, 2558; พระราชบัญญัติจัดระเบียบราชการกระทรวงกลาโหม, 2551) กำลังพลกองทัพเรือจึงจำเป็นต้องมี สุขภาพที่แข็งแรงเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวได้ ทั้งนี้กองทัพเรือได้มีการกำหนด ยุทธศาสตร์กองทัพเรือ พ.ศ. 2560-2579 เพื่อพัฒนากองทัพเรือในทุกด้าน รวมถึงในด้านการ ส่งเสริมให้กำลังพลมีสุขภาพดี (กองทัพเรือ, 2564) โดยมีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีในกำลังพล กองทัพเรือ รวมทั้งการสนับสนุนและส่งเสริมกำลังพลให้มีการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาอย่างต่อเนื่อง เช่น กำหนดให้กำลังพลทหารเรือทุกคนต้องออกกำลังกายและเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง เป็นต้น โดยมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายและเล่นกีฬาในช่วงบ่ายของทุกวันพุธ เพื่อให้กำลังพลมีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเป็นการสร้างความสามัคคี และการผ่อนคลาย ตลอดจนจรรยาบรรณให้แต่ละหน่วยงานมีการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดให้มีการออกกำลังกายเป็นหมู่คณะ ซึ่งผู้บังคับบัญชาระดับสูงและผู้บังคับ หน่วยในแต่ละพื้นที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมและนำกำลังพลออกกำลังกายด้วย ได้แก่ กายบริหาร เดิน หรือวิ่งเป็นหมู่คณะ โดยใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที นอกจากนี้ กองทัพเรือยังจัดให้มีสวัสดิการด้าน กีฬาสำหรับบุคลากรทุกคน เช่น สนามกีฬา ห้องออกกำลังกาย (ฟิตเนส) สระว่ายน้ำ รวมถึงอุปกรณ์ การออกกำลังกาย เป็นต้น ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการกระตุ้นให้กำลังพลออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายถึงร้อยละ 84.5 กลุ่มตัวอย่างมีการ ออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ ๆ หรือ กายบริหาร เป็นต้น โดยปฏิบัติทุกครั้งและ บ่อยครั้ง ร้อยละ 56.3

แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการออกกำลังกายไม่เหมาะสม กล่าวคือน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 70 ซึ่งการไม่ออกกำลังกายและออกกำลังกายไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ จะส่งผลทำให้เกิดกลไกความเสื่อมต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งส่งผลทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 20-25 (Ghozy et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สามารถช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรค

หลอดเลือดสมองและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้ร้อยละ 22-38 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์ (Khurshid et.al, 2023) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกและองค์การัมพาทโลก ได้แนะนำวิธีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 25 และการออกกำลังกายมีส่วนสำคัญในการลดการเกิดโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง และความเครียด (World Stroke Organization, 2023; WHO, 2020) นอกจากนี้ จากการศึกษาในกำลังพลกองทัพ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพล พบว่า กำลังพลกองทัพมีการออกกำลังกายทุกบ่ายวันพุธตามนโยบายของกองทัพ แต่ในช่วงเวลาอื่น กำลังพลบางส่วนจะไม่ออกกำลังกายเพิ่มเติม เนื่องจากไม่มีเวลา และเหนื่อยจากการทำงาน เป็นต้น (มธุรส บุญแสน และคณะ, 2557) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ความใส่ใจและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองอาจน้อยกว่าในเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลีบกลาย (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเพศหญิงส่วนใหญ่จะมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าเพศชายเพศ จึงเป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ จะเห็นได้ว่าทั้งความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ การไม่มีเวลา และความเหนื่อยจากการทำงาน รวมถึงการออกกำลังกายเพียงตามนโยบายของกองทัพ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่และการควบคุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มค่อนข้างไปทางมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.8 และเคยมีประวัติสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 37.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้งมีเพียงร้อยละ 11.6 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 23.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้งมีเพียงร้อยละ 14.1 นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.8 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่และการควบคุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รวมทั้งการเข้าถึงสื่อรณรงค์ต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งในปัจจุบันได้มีการรณรงค์ถึงอันตรายของบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ เป็นต้น มีการนำเสนอข้อความและภาพอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่บรรจุภัณฑ์ยาสูบ อีกทั้งมีการห้ามโฆษณาเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ตามสื่อและแหล่งโซเชียลต่าง ๆ โดยมี

ช่วงเวลาที่อนุญาตให้จำหน่ายได้เฉพาะช่วงเวลา 11.00 น.-14.00 น. และ 17.00 น.-24.00 น. รวมถึงการห้ามจำหน่ายในวันสำคัญทางศาสนาหรือวันสำคัญอื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด โดยหากมีการฝ่าฝืน มีการระงับโทษจำคุก 6 เดือน หรือปรับ 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, 2558) นอกจากนี้ มีระเบียบในการห้ามสูบบุหรี่ในหน่วยงานกองทัพเรือ เช่น กองการบินทหารเรือ เรือรบ สถานพยาบาลของกองทัพเรือ สถานที่ที่มีการเก็บอาวุธหรือน้ำมันต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการควบคุมและดำเนินการป้องกันอัคคีภัยตามระเบียบกองทัพเรือ (ระเบียบกองทัพเรือว่าด้วยความปลอดภัย, 2563) ยังสามารถช่วยควบคุมกำลังพลกองทัพเรือในการงดสูบบุหรี่ภายในพื้นที่หรือในขณะปฏิบัติงาน รวมถึงในด้านวินัยทหารถือว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์จนกระทั่งมีเมามาทำให้เสียกรีธา เป็นการกระทำที่ผิดวินัยทหาร ต้องได้รับทัณฑ์ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยวินัยทหาร และอาจถูกปลดจากประจำการหรือถูกถอดยศทหาร (พระราชบัญญัติว่าด้วยวินัยทหาร, 2476) จากนโยบายและกฎระเบียบที่กล่าวมาทำให้กำลังพลกองทัพเรือทุกคนต้องถือปฏิบัติ

นอกจากนี้ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่และการควบคุมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร ดองโพธิ์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $\beta = .421, p < .05$ ) และสามารถร่วมกันทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 63.5 ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือและคอยกระตุ้นผู้ที่ยังสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ สิงหเสนี และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของข้าราชการชายทหารอากาศเขตดอนเมือง กองทัพอากาศ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้บังคับบัญชา และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการชายทหารอากาศเขตดอนเมือง กองทัพอากาศ ( $r = .343, p < .05$ ) รวมถึงการศึกษาของนลินรัตน์ ชูจันทร์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยชายที่เป็น

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ( $r = .25, p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลเกิดความตระหนักและเป็นแรงผลักดันให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ จึงมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด และการรับประทานยาสม่ำเสมอมีแนวโน้มค่อนข้างมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการกระทรวงกลาโหม ซึ่งมีนโยบายในการตรวจสุขภาพทางกายประจำปีให้กำลังพลทุกระดับ (ระเบียบกองทัพเรือ, 2517) และเมื่อพบการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง หรือโรคอื่น ๆ จะต้องได้รับการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือได้ทุกหน่วย ซึ่งมีอยู่หลายแห่งตามภูมิภาคที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก รวมถึงระบบการนัด ระบบการรับยาในบางหน่วยงานของกรมแพทย์ทหารเรือ ในปัจจุบันที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้สามารถนัดได้ด้วยระบบออนไลน์ ซึ่งสามารถแจ้งเพื่อนัดรับยากับหน่วยปฐมภูมิของกองทัพเรือที่ใกล้บ้านหรือที่สะดวก หรือการส่งยาทางไปรษณีย์ เพื่อลดระยะเวลาในการมาโรงพยาบาล อีกทั้งกำลังพลกองทัพเรือมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลแบบเบิกตรงกรมบัญชีกลาง ที่สามารถใช้ได้ทั้งในส่วนของสถานพยาบาลของกองทัพเรือ และยังสามารถใช้กับโรงพยาบาลรัฐได้ทั่วประเทศ โดยไม่ต้องสำรองจ่าย ซึ่งนโยบายต่าง ๆ เหล่านี้เอื้ออำนวยความสะดวกให้กำลังพลกองทัพเรือได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี รวมทั้งพบแพทย์ตามนัดและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีอายุระหว่าง 40-49 ปีมากที่สุด ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่สามารถเรียนรู้ แสวงหา และเข้าถึงเทคโนโลยีข่าวสารที่ทันสมัยได้ รวมทั้งปัจจุบันมีการรณรงค์สร้างความตระหนักในการพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามสื่อต่าง ๆ ซึ่งการมาพบแพทย์ตามนัด จะทำให้ได้รับความต่อเนื่องในการรักษาและได้รับคำแนะนำทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและรักษาอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ จิตอุทัย และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ( $\beta = .22, p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีต่อยา และเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลทำให้บุคคลความร่วมมือในการรับประทานยา และสอดคล้องกับการศึกษา

ของดวงธิดา โสคาพรม และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมือง พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .130, p < .05$ ) ทั้งนี้ เนื่องจากมุมมองและการรับรู้ที่มีต่อกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มี ความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น หากเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทาน ยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง และแนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัดก็จะทำให้หายจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมัน ในเลือด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยง ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Owolabi et al., 2022; World Stroke Organization, 2023)

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่ม เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $r = .244, p < .01$ ) ความ คาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค ( $r = .297, p < .001$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ ป้องกันโรค ( $r = .440, p < .001$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = .387, p < .001$ ) และจากการ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด ( $\beta = .315, p < .05$ ) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .195, p < .05$ ) ส่วนการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคและความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าไม่มีอิทธิพลอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็น กลุ่มเสี่ยง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด ( $\beta = .315, p < .05$ ) ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อ ความคิดในกำลังพล กองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจ

เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกำลังพลกองทัพเรือให้ดำเนินไปในทิศทางที่ต้องการ นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Dunn & Rogers, 1986) และสอดคล้องการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $\beta = .524, p < .001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นให้ประสบความสำเร็จ จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นได้ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา พุทธรเมธา และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรมหาวิทยาลัย ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $r = .588, p < .001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะตัดสินความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ หากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง ก็จะส่งผลทำให้สามารถพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา หินกอง และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 224 รูป ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมียิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ ( $\beta = .490, p < .001$ ) เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้หรือเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ในระดับสูง จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง

นอกจากนี้ การศึกษาของธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ( $\beta = .466, p < .001$ ) เนื่องจากการที่บุคคลเชื่อในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพหรือปฏิบัติพฤติกรรมได้ ก็จะทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ รวมถึงการศึกษาของอัสนีย์ มะนอ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่าการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $\beta = .601, p < .001$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกรู้สึกดีและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น จึงส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Temam et al. (2023) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ( $\beta = .83, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Upoyo et al. (2021) ที่ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่สำคัญในการจัดการตนเองให้ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ( $p = .043$ ; 95% CI = 1.01 - 2.22; OR = 1.5) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมลดบุหรี่ยุติกรรมเพิ่มการออกกำลังกาย และพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงการศึกษาของ Ko et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่วัยกลางคนในประเทศเกาหลี พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่วัยกลางคน ( $\beta = .38, p < .001$ ) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาวิธีการทางการแพทย์เพื่อการปรับปรุงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ต้องคำนึงถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .195, p < .05$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of information) ที่สำคัญที่ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคคลรอบข้างทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนผู้บังคับบัญชา บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุเสียงตามสาย โทรทัศน์ นิตยสาร วารสารแผ่นพับ โซเชียลมีเดีย อินเทอร์เน็ต เป็นต้น เป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เหมาะสมและเพียงพอ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมและเพียงพอยังส่งผลทำให้บุคคลเกิดความคาดหวัง

ถึงผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และทำให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เกิดการประเมินการเผชิญปัญหา ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

(Dunn & Rogers, 1986)

สอดคล้องกับการศึกษาของกัญจน์นิชา เรื่องชัยวิสุข และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเส้นเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .262, p < .05$ ) และการศึกษาของชนิดา พุทธเมธา และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรมหาวิทยาลัยรังสิตที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ( $r = .337, p < .001$ ) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมถึงการศึกษาของดวงธิดา โสคาพรหม และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .130, p < .05$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ( $\beta = .120, p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคที่พบดังกล่าวเป็นโรคที่ต้องได้รับการติดตามและดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่คนเดียว มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.4 ซึ่งตามขนบธรรมเนียมประเพณีเมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีความเจ็บป่วยจะต้องดูแลกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความใกล้ชิดกัน เช่น สามีหรือภรรยา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา วิษรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = .270,$

$p < .01$ ) เนื่องจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนในการปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตลอดจนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้บริโภคมีคุณค่า ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด ( $\beta = .365$ ,  $p < .05$ ) เนื่องจากครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขคือการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าของตนเองความเครียดลดลงมีกำลังใจรู้สึกยังมีคนรักคอยห่วงใยและเอาใจใส่ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว รวมถึงการศึกษาของวรัญญา หินกอง และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $\beta = .128$ ,  $p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติเป็นปัจจัยส่งเสริมจากภายนอกที่เข้ามาช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้บริโภคปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Pahn and Yang (2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานออฟฟิศ ในประเทศเกาหลี ( $\beta = .185$ ,  $p = .005$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fuad (2023) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลของรัฐในเมืองจิมมา ประเทศอิโอเปีย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $\beta = .03$ ,  $p < .05$ )

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 39.92 ( $SD = 5.09$ ) จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 44.86 ( $SD = 5.21$ ) จากคะแนนเต็ม 52 คะแนน และทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง แต่

อยู่ในระดับต่ำ ( $r = .244, p < .01$ ) รวมทั้งความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกัน โรคมึ ความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็น กลุ่มเสี่ยง แต่อยู่ในระดับต่ำ ( $r = .297, p < .001$ ) เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูงที่ยังไม่มี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต หรือความเจ็บป่วยยังไม่มีผลกระทบโดยตรงต่อการ ดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้ตามปกติ จึงอาจไม่เห็น ถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาของชัยรัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ พบว่าการ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งอภิปรายผลได้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงในระดับมาก แต่ก็ยังมีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่เหมาะสม เนื่องจากต้องอยู่กับ ครอบครัว ทำให้พฤติกรรมบางอย่างผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหรือตัดสินใจทำอะไรด้วยตัวเองต้อง ขึ้นอยู่กับคนในครอบครัวด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของประไพศรี คงหาสุข และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด สมองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งอภิปรายผลได้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ถึงแม้จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หลอดเลือดสมองในระดับมากที่สุด แต่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถปรับตัวและตอบสนองกับ การเจ็บป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิดา กำแพงแก้ว (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงพบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่าการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยา ป้อมนุพผา และนิชชาธร ภาโนมัย (2561) ที่ศึกษาแรงจูงใจการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น พบว่าการรับรู้ความคาดหวังของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอภิปรายผลได้ว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และคำแนะนำที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับจากพยาบาลและแพทย์ในส่วนของกรรับรู้ยังไม่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยในบางเรื่องทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่แปรผันไปตามการรับรู้ด้านนั้น ๆ ในบางเรื่อง รวมถึงการศึกษาของธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งอภิปรายผลได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าข้อที่มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังมีบางความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความคาดหวังต่อการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ก็มีส่วนที่ไม่ทราบว่า การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการเชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้สำเร็จ จะเป็นส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดำเนินไปในทิศทางที่ต้องการ นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ และเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือกันในทุกด้าน หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล หรือพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เป็นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
2. ด้านกองทัพเรือ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของกำลังพลกองทัพเรือ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายและมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทั้งด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่เกินมาตรฐาน และด้านการออกกำลังกายที่พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการออกกำลังกายไม่เหมาะสม กล่าวคือ น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นต้น โดยอาจเน้นพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร รวมถึงการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือดื่มในปริมาณที่ไม่เกินมาตรฐาน และเน้นส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายในกำลังพลกองทัพเรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยมุ่งเน้นเรื่องการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม และควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และเพื่อรับทราบปัญหา รวมทั้งหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในเขตพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบริบทต่างๆ มากยิ่งขึ้น



## บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565, 18 พฤศจิกายน). *ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย*. เข้าถึงได้จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/nutri1859?year=2022>
- กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เวชโคเอทบำบัดโรคความดันโลหิตสูง*. วี อินดี ดีไซน์.
- กองทัพอเรือ. (2517). *ระเบียบกองทัพอเรือว่าด้วยการตรวจและการทำประวัติสุขภาพ พ.ศ. 2517*. สืบค้นจาก [https://www.nmd.go.th/mainpage/wp-content/uploads/2020/12/%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%9A-%E0%B8%97%E0%B8%A3-%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5\\_2517.pdf](https://www.nmd.go.th/mainpage/wp-content/uploads/2020/12/%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%9A-%E0%B8%97%E0%B8%A3-%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5_2517.pdf)
- กองทัพอเรือ. (2558). *ยุทธศาสตร์กองทัพอเรือ พ.ศ. 2558-2567*. เข้าถึงได้จาก <https://www.navy.mi.th/upload/pdf/strategic.pdf>
- กองทัพอเรือ. (2563). *ระเบียบกองทัพอเรือว่าด้วยการรักษาความปลอดภัย พ.ศ. 2563*. สืบค้นจาก [https://www.admin.navy.mi.th/document/sarabun/regulation\\_security\\_2563.pdf](https://www.admin.navy.mi.th/document/sarabun/regulation_security_2563.pdf)
- กองทัพอเรือ. (2564). *ยุทธศาสตร์กองทัพอเรือ พ.ศ. 2560-2579*. เข้าถึงได้จาก [https://www.navy.mi.th/storage/frontend/article/269/file/th/20yearsplan%20\(1\).pdf](https://www.navy.mi.th/storage/frontend/article/269/file/th/20yearsplan%20(1).pdf)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567, 29 กุมภาพันธ์). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565*. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstastic65.pdf>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.

กองเวชสารสนเทศ กรมแพทยทหารเรือ. (2565, 23 พฤศจิกายน). รายงานสถิติหน่วยแพทย์ สังกัด กองทัพเรือ ปีงบประมาณ 2565. เข้าถึงได้จาก <https://www.nmd.go.th/mainpage/naval-statistics-report/>

กัญจน์นิษา เรื่องชัยทีวิสุข, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา และนริสา วงศ์พนารักษ์. (2564). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 14(1), 213-225.

กัลย์สุดา สารแสน, สุรินทร กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2562). ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพนักงานธนาคารกลุ่มเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(1), 92-106.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2560). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 30). สามลดา.

จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, นิรมัย มณีรัตน์, สุพัตรา ปวนไผ่, สุชารินทร์ ศรีสวัสดิ์ และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 882-895.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นัตถกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราคุลย์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 27-45.

ชนิดา พุทธเมธา, รัชนี นามจันทร์ และชนิดฐา หาญประสิทธิ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแรง สนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 33(1), 183-200.

แชมป์ สุทธิศรีศิลป์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 25(1), 5-15.

- ณัฐชยา ป้อมบุบผา และณิตชาธร ภาโนมัย. (2561). แรงจูงใจการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 2(21), 57-68.
- ณัฐชยานันท์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรกิจเข, และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 22(43-44), 55-69.
- ดวงธิดา โสคาพรม และศวิไลซ์ วรรัตน์วิจิตร. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 32(2), 98-111.
- ชนิดา มีต้องปัน. (2540). *พฤติกรรมศาสตร์*. หจก.วรานนท์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ, พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารควบคุมโรค*, 48(2), 293-306.
- นลินรัตน์ ชูจันทร์, พรนภา หอมสินธุ์, และชญชิตาคุชฎี ทูลศิริ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสวนปรุง*, 34(3), 213-226.
- บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการมหาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 13(1), 122-134.
- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี. เรื่อง กำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558. (2566, 29 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 132 ตอนพิเศษ 18 ง.
- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี. เรื่อง โรคหรือสภาพร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งไม่สามารถรับราชการทหาร พ.ศ. 2497. (2566, 29 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 129 ตอนที่ 33 ก.
- ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริฑากุล และสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 28-40.
- ประภาพร ดองโพธิ์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2561). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 18(1), 40-50.

- ปรารธนา วัชรานูรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233.
- แป็งรำ ขงเจริญ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2562). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากการทำงานของกำลังพลประจำเรือ กองทัพเรือ. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(1), 204-222.
- พจนา เปลี่ยนเกิด และพิชัย แสงชาญชัย. (2557). สวัสดิ์ค่ะ...1413 สายด่วนเลิกเหล้า Hello...1413 Helpline for Stop Drink. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 91-96.
- พรรณทิพย์ คำภิชัย, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาล*, 71(3), 1-9.
- พระราชบัญญัติจัดระเบียบราชการกระทรวงกลาโหม พ.ศ. 2551. (2551). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 123 ตอนที่ 26 ก. หน้า 35-50.
- พระราชบัญญัติว่าด้วยวินัยทหารพุทธศักราช 2476. (2476). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 50 หน้า 473-486.
- พลอยฉญารินทร์ ราวินิจ และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอลำปาง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(2), 33-47.
- ภักถณ สนิตสม และณัฐพล จารัตน์. (2558). คุณลักษณะผู้นำทางทหารที่พึงประสงค์ของกองทัพไทย. *วารสารนักรบริหาร*, 35(1), 77-79.
- ภัทราวดี แซ่ลี, ภัทราวดี ศรีรัตนโชติ, สหรัฐ กันยะมี, สุชาสินี สุขสะอาด, ณัฐกมล ผดาเวช และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่อาศัยในชุมชน. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬารักษ์*, 3(2), 106-118.
- มธุรส บุญแสน, ทวีศักดิ์ กสิผล และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุงค่ายนวมินทรราชินี จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 312-319.

- มีรันตี แพงงา, ชนัญญา จิรพรกุล, กมล ศรีสว่างวงศ์ และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 42-52.
- ยุทธนา ชนะพันธ์ และคาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109-119.
- รัญญา ชนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย. (2562). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบปฐมภูมิ. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 18(2), 29-39.
- ลักขณา หัสดินทร์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระโนด. *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 7(7), 373-386.
- วรัญญา หินกอง, วนลดา ทองใบ และจิราภรณ์ ธรรมบุตร. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ พระสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(4), 396-411.
- วรารมย์ จิตอุทัย, เขมรดี มาสิงบุญ และสายฝน ม่วงคุ้ม. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารแพทยนาวิ*, 49(2), 417-433.
- วิศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165
- วิทวัส ศิริยงค์. (2561). ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 863-870.
- วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล, รัตน์ศิริ ทาโต และระพีณ ผลสุข. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(2), 99-111.
- วิไลพร พุทธิวงศ์, วิรัช กิตติพิชัย, ทศนีย์ สีลาวรรณ และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(1), 30-45.

ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(2), 26-39.

ศรินรัตน์ นิลภูผาทวีโชค, กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และชลการ ทรงสร. (2564). ภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายทหารแห่งหนึ่ง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(1), 61-69.

ศรีพร รอดแก้ว, อรทัย นนทเกศ และเรวดี เพชรศิราสน์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 120-130

ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่, วิณา จำริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรสุกกุล และชญชนก กองทอง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม, ประเทศไทย.

ศิริสุข นาคะเสนี. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 12(1), 39-48.

ศูนย์พัฒนาขีดสมรรถนะกรมแพทย์ทหารเรือ. (2566, 24 ธันวาคม). *แผนยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารเรือ พ.ศ. 2565-2568*. เข้าถึงได้จาก <https://www.nmd.go.th/mainpage/wp-content/uploads/2021/12/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C-%E0%B8%9E%E0%B8%A3-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-%E0%B8%9E.%E0%B8%A8.-2565-2568-final.pdf>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับประชาชน*. อัดทิเมท พรีเมียม.

สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ กองบัญชาการกองทัพไทย กองประวัติศาสตร์และพิพิธภัณฑ์ทหาร. (2564). *ประวัติหน่วยทหาร (ส่วนราชการในกองทัพเรือ)*. สามดี ออโต้.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 35(4), 59-71.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. เข้าถึงได้จาก <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88%202564.pdf>
- อณัญญา ลาลุน และไพฑูรย์ วุฒิโส. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 70(2), 27-36.
- อรพรรณ ศฤงคาร, อังสนา บุญธรรม, สุคนธา คงคิด, สุขุม เจียมตน และภูษิต ประคองสาย. (2564). ต้นทุนต่อวันนอนในการให้บริการการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(4), 407-421
- อัสณีย์ มะนอ, รุปนรรักษ์ ประทีปเกาะ และอาฟีฟี ลาเต๊ะ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*. 124(2), 123-132.
- อารีรัตน์ เปสูงเนิน, นันทวัน วุวรรณรูป และวันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(1), 40-56.
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี, ชญาพัฒน์ ทองปากน้ำ และสิริพร บุญเจริญพานิช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของข้าราชการชายทหารอากาศ เขตดอนเมืองกองทัพอากาศ. *วารสารศูนย์อนามัย* 9, 17(2), 521-351.
- เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล และวิรัช กิตติพิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 82-92.
- Almhdawi, K. A., Alazrai, A., Kanaan, S., Shyyab, A. A., Oteir, A. O., Mansour, Z. M., & Jaber, H. (2021). Post-stroke depression, anxiety, and stress symptoms and their associated factors: A cross-sectional study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(7), 1091-1104.
- Aqueveque, P., Ortega, P., Pino, E., Saavedra, F., Germany, E., & Gómez, B. (2017). After stroke movement impairments: A review of current technologies for rehabilitation. *Physical Disabilities-Therapeutic Implications*, 10, 95-116.

- Areechokchai, D., Vijitsoonthornkul, K., Pongpan, S., & Maeakhian, S. (2017). Population attributable fraction of stroke risk factors in Thailand: Utilization of non-communicable disease surveillance systems. *Outbreak, Surveillance and Investigation Reports*, *10*, 1-6.
- Banda, K. J., Chu, H., Kang, X. L., Liu, D., Pien, L. C., Jen, H. J., Hsiao, ST., & Chou, K. R. (2022). Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: A meta-analysis. *BioMed Central Geriatrics*, *22*(1), 420.
- Baygi, F., Herttua, K., Jensen, O. C., Djalalinia, S., Mahdavi Ghorabi, A., Asayesh, H., & Qorbani, M. (2020). Global prevalence of cardiometabolic risk factors in the military population: A systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Endocrine Disorders*, *20*(1), 1-17.
- Boden-Albala, B., Southwick, L., & Carman, H. (2015). Dietary interventions to lower the risk of stroke. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, *15*(4), 1-15.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, *120*(3), 472-495.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (6<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Prevent Stroke: What You Can Do*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/stroke/prevention.htm>
- Chamroonsawasdi, K., Chottanapund, S., Pamungkas, R. A., Tunyasitthisundhorn, P., Sornpaisarn, B., & Numpaisan, O. (2021). Protection motivation theory to predict intention of healthy eating and sufficient physical activity to prevent diabetes mellitus in Thai population: A path analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *15*(1), 121-127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.017>
- Chantkran, W., Chaisakul, J., Rangsin, R., Mungthin, M., & Sakboonyarat, B. (2021). Prevalence of and factors associated with stroke in hypertensive patients in Thailand from 2014 to 2018: A nationwide cross-sectional study. *Scientific Reports*, *11*(1), 17614-17619.
- Chiavaroli, L., Vigiouliouk, E., Nishi, S. K., Blanco Mejia, S., Rahelić, D., Kahleová, H., Salas-Salvadó, J., Kendall, C.W., & Sievenpiper, J. L. (2019). DASH dietary pattern and cardiometabolic outcomes: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Nutrients*, *11*(2), 338-346.

- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cormick, G., Ciapponi, A., Cafferata, M. L., & Belizán, J. M. (2015). Calcium supplementation for prevention of primary hypertension. *Cochrane Database Systematic Reviews*, *1*(1), CD010037. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010037.pub2>
- Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, *1*(3), 153–161.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., & Roth, G. A. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet Neurology*, *20*(10), 795-820.
- Ferdous, F., Serrat, D. M. M., Rahman, S. S., Alam, M. F., Ali, J. I., & Chakravarty, H. (2022). Language impairment among post stroke patients: Observation through neurolinguistic approach. *Neurología Argentina*, *14*(1), 56-60.
- Ghozy, S., Zayan, A. H., El-Qushayri, A. E., Parker, K. E., Varney, J., Kallmes, K. M., . . . Islam, S. M. S. (2022). Physical activity level and stroke risk in US population: A matched case-control study of 102,578 individuals. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, *9*(3), 264–275.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7<sup>th</sup> ed.). Elsevier Saunders.
- Hackshaw, A., Morris, J.K., Boniface, S., Tang, J.L., Milenkovic, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *British Medical Journal*, *360*, j5855.
- Hanchaiphiboolkul, S., Pongvarin, N., Nidhinandana, S., Suwanwela, N. C., Puthkhao, P., Towanabut, S., Tantirittisak, T., Suwantamee, J., & Samsen, M. (2011). Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai epidemiologic stroke (TES) study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *94*(4), 427-436.

- Hansen, C. P., Overvad, K., Kyro, C., Olsen, A., Tjønneland, A., Johnsen, S. P., Jakobsen, M. U., & Dahm, C. C. (2017). Adherence to a healthy nordic diet and risk of stroke: A danish cohort study. *Stroke*, *48*(2), 259-264.
- Hazelton, C., McGill, K., Campbell, P., Todhunter-Brown, A., Thomson, K., Nicolson, D. J., . . . Brady, M. C. (2022). Perceptual disorders after stroke: A scoping review of interventions. *Stroke*, *53*(5), 1772-1787.
- Huang, L., Trieu, K., Yoshimura, S., Neal, B., Woodward, M., Campbell, N. R. C., . . . He, F. J. (2020). Effect of dose and duration of reduction in dietary sodium on blood pressure levels: Systematic review and meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*, *368*, m315.
- Hussain, M. (2021). Primordial prevention: The missing link in neurological care. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *10*(1), 31-34.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, *12*(4), 531-541.
- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., . . . Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, *45*(7), 2160-2236.
- Kerr, J., Anderson, C., & Lippman, S. M. (2017). Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: An update and emerging new evidence. *Lancet Oncology*, *18*(8), e457-e471.
- Khurshid, S., Al-Alusi, M.A., Churchill, T.W., Guseh, J.S., & Ellinor, P.T. (2023). Accelerometer-derived weekend warrior physical activity and incident cardiovascular disease. *Journal of American Medical Association*, *330*(3), 247-252.
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., . . . Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, *52*(7), e364-e467.
- Ko, E. (2020). Factors influencing stroke prevention behaviour in middle-aged adults. *Journal of Korean Biological Nursing Science*, *22*(4), 297-307.

- Kotłęga, D., Gołąb-Janowska, M., Masztalewicz, M., Ciećwież, S., & Nowacki, P. (2016). The emotional stress and risk of ischemic stroke. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, *50*(4), 265-270.
- Lin, M. P., Ovbiagele, B., Markovic, D., & Towfighi, A. (2016). Association of secondhand smoke with stroke outcomes. *Stroke*, *47*(11), 2828-2835.
- Louis R Caplan. (2016). *Caplan's Stroke* (5<sup>th</sup> ed). Cambridge University Press.
- Malek, A.M., Cushman, M., Lackland, D.T., Howard, G., & McClure, L.A. (2015). Secondhand smoke exposure and stroke: The reasons for geographic and racial differences in stroke (REGARDS) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *49*(6), e89-e97.
- Mente, A., O'Donnell, M., & Yusuf, S. (2021). Sodium intake and health: What should we recommend based on the current evidence. *Nutrients*, *13*(9), 3232.
- Khiaocharoen, O., Pannarunothai, S., & Zungsontiporn., C. (2012). Cost of acute and sub-acute care for stroke patients. *Journal of Associated Medical Sciences*, *95*(10), 1266-1277.
- Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., . . . Council on, H. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, *45*(12), 3754-3832.
- Miller, W. C., Koceja, D. M., & Hamilton, E. J. (1997). A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International Journal of Obesity*, *21*(10), 941-947.
- Mitchell, C., Gittins, M., Tyson, S., Vail, A., Conroy, P., Paley, L., & Bowen, A. (2020). Prevalence of aphasia and dysarthria among inpatient stroke survivors: Describing the population, therapy provision and outcomes on discharge. *Aphasiology*, *35*(7), 950-960.
- Owolabi, M. O., Thrift, A. G., Mahal, A., Ishida, M., Martins, S., Johnson, W. D., . . . Zhang, P. (2022). Primary stroke prevention worldwide: Translating evidence into action. *The Lancet Public Health*, *7*(1), e74-e85.
- Pahn, J., & Yang, Y. (2021). Factors associated with cardiovascular disease prevention behavior among office workers based on an ecological model. *SAGE Open*, *11*(1).

- Pamela M. Rist, J. E. B., Carlos S. Kase, and Tobias Kurth. (2016). Healthy lifestyle and functional outcomes from stroke in women. *The American Journal of Medicine*, 129(7), 715-724.
- Pan, B., Jin, X., Jun, L., Qiu, S., Zheng, Q., & Pan, M. (2019). The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. *Medicine*, 98(12), e14872.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29, 489-497.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins.
- Hanchaiphibookul, S., Pongvarin, N., Nidhinandana, S., Suwanwela, N. C., Puthkhao, P., Towanabut, S., Tantirittisak, T., Suwantamee, J., & Samsen, M. (2011). Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(4), 427-436.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(4), 531-541.  
<https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664421>
- Reddin C, Murphy R, Hankey GJ, Judge C, Xavier D, Rosengren A, Ferguson J, Alvarez-Iglesias A, Oveisgharan S, & Iversen HK, Lanan F., (2022). Association of psychosocial stress with risk of acute stroke. *JAMA Network Open*, 5(12), e2244836-e2244836.
- Sakboonyarat, B., Poovieng, J., Jongcherdchootrakul, K., Srisawat, P., Hatthachote, P., Mungthin, M., & Rangsin, R. (2022). Rising trends in obesity prevalence among Royal Thai Army personnel from 2017 to 2021. *Scientific Reports*, 12(1), 7726.
- Scutelnic, A., Arnold, M., & Jung, S. (2019). The role of physical activity in primary stroke prevention. *Swiss Sports & Exercise Medicine*, 67(4), 16–23.
- Spence, J. D. (2019). Nutrition and risk of stroke. *Nutrients*, 11(3).
- Sun, L., Clarke, R., Bennett, D., Guo, Y., Walters, R. G., Hill, M., . . . Zhengming, C. (2019). Causal associations of blood lipids with risk of ischemic stroke and intracerebral hemorrhage in Chinese adults. *Nature Medicine*, 25(4), 569-574.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., . . . Martin, S. S. (2022). Heart disease and stroke statistics-2022 update: A report from the american heart association. *Circulation*, 145(8), e153-e639.

- Upoyo, A. S., Isworo, A., Sari, Y., Taufik, A., Sumeru, A., & Anam, A. (2021). Determinant factors stroke prevention behavior among hypertension patient in Indonesia. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E):336-339. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6040>
- Vojtikiv-Samoilovska, D., & Arsovska, A. (2018). Prevalence and predictors of depression after stroke - results from a prospective study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(5), 824-828.
- Welten, S., Onland-Moret, N. C., Boer, J. M. A., Verschuren, W. M. M., & van der Schouw, Y. T. (2021). Age at menopause and risk of ischemic and hemorrhagic stroke. *Stroke*, 52(8), 2583-2591.
- Wendel-Vos, G. C., Schuit, A. J., Feskens, E. J., Boshuizen, H. C., Verschuren, W. M., Saris, W. H., & Kromhout, D. (2004). Physical activity and stroke: A meta-analysis of observational data. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 787-798.
- World Health Organization. (2020). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Stroke Organization. (2020 October 29,). *World Stroke Organization Annual Report 2020*. Retrieved from [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO\\_Annual\\_Report\\_2020\\_online.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2020_online.pdf)
- World Health Organization. (2023). *Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- World Stroke Organization. (2023). *Stroke Risks and Prevention*. Retrieved from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/stroke-prevention/stroke-risks-and-prevention>
- Yang, W., Kang, D. W., Ha, S. Y., & Lee, S. H. (2021). Drinking patterns and risk of ischemic stroke in middle-aged adults: Do beneficial drinking habits indeed exist?. *Stroke*, 52(1), 164-171.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.ศรัทธา ประกอบชัย อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
2. นาวาโทแพทย์หญิงรจันต์ บุญยะไวโรจน์ แพทย์อายุรกรรมประสาทผู้เชี่ยวชาญ ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี
3. นาวาตรีหญิงวาทีณี เหลืองทองคำ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



เลขที่ IRB3-061/2566

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย: G-HS 031/2566

โครงการวิจัยเรื่อง: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

หัวหน้าโครงการวิจัย: นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์

หน่วยงานที่สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (งานนิพนธ์/วิทยานิพนธ์/ดุขฎินิพนธ์):

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส หน่วยงานที่สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (งานนิพนธ์/วิทยานิพนธ์/ดุขฎินิพนธ์):

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโสภาส หน่วยงานที่สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน:  Exemption  Expedited  Full board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่งการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |   |  |
|---|--|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  | ฉบับที่ 2 วันที่ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย  | ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566   |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ 2 วันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย   | ฉบับที่ 1 วันที่ 18 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566   |
| 5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)<br>แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | ฉบับที่ 2 วันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)   |  |
| 6.1 ประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย   | ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566   |

วันที่รับรอง : วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธรรม แฉิมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/วิทยาศาสตร์สุขภาพ/วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

\*\*หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง \*\*

	<b>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ</b> <b>Research Ethics Committee Naval Medical Department</b>	
	<b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย</b> <b>(Certificate of Approval : COA)</b>	NMD 03.2_R05
		No.023 COA-NMD-REC 018/66 Expedited Review

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทย์ทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (FACTORS INFLUENCING STROKE PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG THE RISK GROUP OF ROYAL THAI NAVY PERSONNEL.)
ชื่อหัวหน้าโครงการ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง สมบูรณ์ ศรีบุรมย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP022/66
สถานที่ทำวิจัย	1) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ 2) โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ
รายการเอกสาร ที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 3, วันที่ 6 มิ.ย.2566) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 30 พ.ค.2566) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2, วันที่ 30 พ.ค.2566) 4) เครื่องมือแบบสอบถาม (Version 2, วันที่ 30 พ.ค.2566)
วันที่รับรอง	8 มิถุนายน 2566
วันหมดอายุ	7 มิถุนายน 2567

นาวาเอก ..... 

(ปิยะวัฒน์ วงพานิช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พ.ร.





ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือ  
ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

เขียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาวาตรีหญิงสมบูรณ์ ศรีบุญรัมย์ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเขียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการฯ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดูแลสุขภาพและวางแผนการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง รวมถึงเป็นข้อมูลสำคัญในการศึกษาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไป

โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตัดสินใจไม่มีการบังคับหรือผูกมัด และจะไม่มีผลกระทบต่อการให้บริการทางสุขภาพ ใด ๆ เมื่อสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม โดยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

คำตอบจากแบบสอบถามหรือข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอดูข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยที่ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามอย่างมิดชิด โดยข้อมูลที่เป็นเอกสารบันทึกข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารล็อกกุญแจ มีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเปิดตู้ได้ สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยจะใส่รหัส ซึ่งข้อมูลทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะคืนข้อมูลทั้งหมดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไปแล้ว 3 ปี



7 Jul 2023

- 1 -

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะมีแบบสอบถามทั้งหมด 90 ข้อ แบ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 12 ข้อ แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 13 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 13 ข้อ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 15 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 25 ข้อ โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถาม สามารถตอบได้ตามความคิดเห็น พร้อมอธิบายอย่างละเอียดถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที โดยระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังสถานที่ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ ซึ่งค่อนข้างเงียบและเป็นส่วนตัว อยู่ใกล้กับห้องตรวจเพื่อความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม

ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อในการรักษาพยาบาล และจะไม่มีผลใด ๆ ในการปฏิบัติงานในกองทัพเรือของท่าน

ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติด้านร่างกาย หรือ ด้านจิตใจ เช่น เหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวล ไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที หรือถ้าผู้วิจัยสังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการดูแลช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติของสถานที่ศึกษาทันที

หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และมอบของที่ระลึกเป็นคัลบายแบบพกพา เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน จะนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นาวาตรีหญิงสมบูรณ์ ศรีบุญมย์ หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 099-4171695 หรือ e-mail address : 64910025@gso.buu.ac.th ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรือ อีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved

7 Jul 2023

- 2 -



เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย: G-HS031/2566

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  
ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ การให้บริการทางสุขภาพใด ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่วข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม ..... พยาน  
(.....)

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มียุยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



BUU-IRB Approved

7 Jul 2023

- 1 -



ภาคผนวก ง  
เอกสารขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ ฮว ๐๖๐๓.๐๒/๓๓๘๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามที่ นาวาตรีหญิงสมบูรณ์ ศรีบูรมย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเศษโส เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ

๑. "แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง" "แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง" และ "แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง" จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร" ผลงานวิจัยของ นางสาวบุษราคม อินเต็ง นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. "แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้" จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก" ผลงานวิจัยของ นางธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งผลงานวิทยานิพนธ์ทั้งสองเรื่องดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อนำไปใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในเรื่องดังกล่าวข้างต้นตามความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิจารณาแล้วอนุญาตให้ นาวาตรีหญิงสมบูรณ์ ศรีบูรมย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาคำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร รักษาราชการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐-๕๕๙๖-๘๘๓๔

โทรสาร ๐-๕๕๙๖-๘๘๖๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๗๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๕๘๔ ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๖  
เรื่อง ขออนุญาตให้บัณฑิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นาวาตรีหญิงสมบูรณ์ ศรีบุญมย์ ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม  
ของกำลังพลกองทัพบก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์ของ ร้อยโทหญิงวิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล ทั้งนี้ขอความ  
ร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล รัตน์ศิริ ทาโต และ ระพีณ ผลสุข. (๒๕๖๐). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค  
หลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ๒๙(๒), ๙๙-๑๑๑.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



Somburane Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt;

## ขออนุญาตใช้/ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย คุณบุษราคม อินแดง

2 messages

Somburane Sriburom <64910025@go.buu.ac.th>  
To: p.bucsarakhm.inteng@gmail.com

Mon, Feb 27, 2023 at 11:48 AM

เรียน คุณบุษราคม อินแดง

ดิฉัน นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ จังหวัดชลบุรี ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสนิต 64910025 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา วิเสโส เป็นท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้/ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร ของท่าน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ  
นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์

นิตหลักสูตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail : 64910025@go.buu.ac.th  
เบอร์โทรศัพท์ : 099-4171695  
ID-line : katoy1983

บุษราคม อินแดง <p.bucsarakhm.inteng@gmail.com>  
To: Somburane Sriburom <64910025@go.buu.ac.th>

Mon, Feb 27, 2023 at 1:13 PM

เรียน นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์

ดิฉัน นางสาวบุษราคม อินแดง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สังกัดกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร ได้รับแจ้งจาก นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ จังหวัดชลบุรี ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสนิต 64910025 มีความประสงค์ขออนุญาตใช้/ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ ศึกษาและทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ดิฉันมีความยินดีให้ข้อมูลเครื่องมือวิจัย/แบบสอบถามดังกล่าว เพื่อใช้/ดัดแปลง และเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ของท่านให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ  
นางสาวบุษราคม อินแดง

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร



Somburane Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt;

**ขออนุญาตใช้/ดัดแปลงเครื่องมือ คุณวิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล**

1 message

Somburane Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt;

Wed, Mar 1, 2023 at 5:01 PM

To: "pungpang29@gmail.com" &lt;pungpang29@gmail.com&gt;

เรียน พันโทหญิง วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล

ดิฉัน นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ จังหวัดชลบุรี ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสนิต 64910025 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา วิไลโส เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้/ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของกำลังพลกองทัพบก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก ของท่าน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ  
นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์

นิตินิตหลักสูตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail : 64910025@go.buu.ac.th  
เบอร์โทรศัพท์ : 099-4171695

**ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัย**

1 message

วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล &lt;pungpang29@gmail.com&gt;

Fri, Mar 3, 2023 at 11:56 PM

To: 64910025@go.buu.ac.th

ดิฉัน พ.ท.หญิง วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล นายทหารพยาบาลกองแพทย์ สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ยินดีให้ น.ต.หญิง สมบุรณ์ ศรีบุรมย์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รหัสนิต 64910025 ใช้/ดัดแปลง เครื่องมือวิจัย เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา ทำวิทยานิพนธ์



Somburanee Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt;

## จะขออนุญาตใช้/ตัดแปลงเครื่องมือวิจัยคุณธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

3 messages

Somburanee Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt;

Mon, Feb 27, 2023 at 10:06 AM

To: "thanya.dpc8@gmail.com" &lt;thanya.dpc8@gmail.com&gt;

เรียน คุณธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

ดิฉัน นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ จังหวัดชลบุรี ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสนิต 64910025 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา วิเสโส เป็นท่านอาจารย์ที่ปรึกษา มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้/ตัดแปลงเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ของท่าน เพื่อให้เป็นแนวทางในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ  
นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์

นิตยสารสุขภาพปริทัศน์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail : 64910025@go.buu.ac.th

เบอร์โทรศัพท์ : 099-4171695

ID-line : katoy1983

thanyarat wong &lt;thanya.dpc8@gmail.com&gt;

Sat, Mar 4, 2023 at 8:11 PM

To: Somburanee Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt;

เรียน นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์

ตามที่ท่าน ได้ขออนุญาตใช้/ตัดแปลงเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อให้เป็นแนวทางในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ นั้น ดิฉัน นางธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ อนุญาตให้/ตัดแปลงเครื่องมือวิจัย ดังกล่าวค่ะ

ขอแสดงความนับถือ

ในวันที่ จ. 27 ก.พ. 2023 เวลา 10:06 Somburanee Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt; เขียนว่า:

[Quoted text hidden]

--

ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มโรคติดต่อ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก

โทรศัพท์ 055-214615-7 ต่อ 332

โทรสาร 055-321323

Email : thanya.dpc8@gmail.com

Somburanee Sriburom &lt;64910025@go.buu.ac.th&gt;

Sun, Mar 5, 2023 at 1:26 PM

To: thanyarat wong &lt;thanya.dpc8@gmail.com&gt;



ภาคผนวก จ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือวิจัย

### แบบสอบถามสำหรับโครงการวิจัย

#### เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกำลังพลกองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง”

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถาม มีทั้งหมด 89 ข้อ ประกอบด้วย 6 ชุด รายละเอียดดังนี้

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- ชุดที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
- ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

## ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเดียว หรือกรอกข้อความในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

#### 1. เพศ

1. ชาย  2. หญิง

#### 2. อายุ ..... ปี (นับจำนวนเต็มปีถึงวันที่ทำแบบสอบถาม)

#### 3. สถานภาพสมรส

1. โสด  2. สมรส  3. หย่า  4. แยกกันอยู่  5. หม้าย

#### 4. ชั้นยศ .....

#### 5. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่าอนุปริญญา หรือ ปวช.  2. อนุปริญญา หรือ ปวส.  
 3. ปริญญาตรี  4. ปริญญาโท  
 5. ปริญญาเอก

#### 6. รายได้ต่อเดือนของท่าน (รวมทั้งเงินเดือนและรายได้จากแหล่งอื่น)

1. น้อยกว่า 10,000 บาท  2. 10,000 - 20,000 บาท  
 3. 20,001 - 30,000 บาท  4. 30,001 - 40,000 บาท  
 5. 40,001 - 50,000 บาท  6. มากกว่า 50,000 บาท

#### 7. ความเพียงพอของรายได้

1. เพียงพอ  2. ไม่เพียงพอ

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ

8. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

เส้นรอบเอว ..... เซนติเมตร

(BMI ..... kg/m<sup>2</sup> เฉพาะเจ้าหน้าที่ลงข้อมูล)

## 9. โรคประจำตัว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็น ..... ปี (นับจำนวนเต็มปี)
- โรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็น ..... ปี (นับจำนวนเต็มปี)
- โรคไขมันในเลือดสูง ระยะเวลาที่เป็น ..... ปี (นับจำนวนเต็มปี)
- อื่นๆ โปรดระบุ ..... ระยะเวลาที่เป็น ..... ปี (นับจำนวนเต็มปี)

## 10. ประวัติการสูบบุหรี่

- ไม่เคยสูบเลย
- สูบบุหรี่ ..... มวนต่อวัน
- เคยสูบ ระยะเวลาที่เคยสูบ ..... ปี ระยะเวลาที่หยุดสูบ ..... ปี

## 11. ประวัติการดัดเครื่องดัดที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

- ไม่เคยดัดเลย
- ดัด
1. เบียร์ ปริมาณ ..... กระป๋องต่อครั้ง หรือ ..... ขวดต่อครั้ง สัปดาห์ละ ..... ครั้ง
2. วิสกี้ / วอดก้า ปริมาณ ..... แก้วต่อครั้ง สัปดาห์ละ ..... ครั้ง
3. ไวน์ ปริมาณ ..... แก้วต่อครั้ง สัปดาห์ละ ..... ครั้ง
4. เหล้าแดง ปริมาณ ..... แก้วต่อครั้ง หรือ ..... แบนต่อครั้ง สัปดาห์ละ .... ครั้ง
5. เหล้าขาว ปริมาณ ..... แก้วต่อครั้ง หรือ ..... ขวดต่อครั้ง สัปดาห์ละ ..... ครั้ง
6. อื่นๆ โปรดระบุชนิดของเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ..... ปริมาณ ..... ต่อครั้ง สัปดาห์ละ ..... ครั้ง
- เคยดัด ระยะเวลาที่เคยดัด ..... ปี ระยะเวลาที่หยุดดัด ..... ปี

## 12. การออกกำลังกาย

- ไม่ได้ออกกำลังกาย
- ออกกำลังกาย โดย
1. ว่ายน้ำ  2. วิ่ง  3. ปั่นจักรยาน  4. อื่นๆ โปรดระบุ .....
- ออกกำลังกายครั้งละ ..... นาที สัปดาห์ละ ..... ครั้ง

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)
1. ท่านมีโอกาสเสี่ยงเป็น โรคหลอดเลือดสมอง หากระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด หรือระดับไขมันในเลือดสูง				
2. หากบิดา หรือ มารดา หรือ ญาติพี่น้อง (สายตรง) .....				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
12. หากท่านไม่มาตรวจติดตามการรักษาตามแพทย์นัด อาจทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกัน

#### โรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ท่านเชื่อว่า การรับประทานยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันใน เลือดสูง ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง และไม่ หยุดหรือเพิ่มลดขนาดยาด้วยตนเอง จะช่วย ป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองได้				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
13. ท่านเชื่อว่า การมาตรวจตามแพทย์นัดทุก ครั้ง จะช่วยป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองได้				

#### ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านสามารถรับประทานยา รักษาโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือ ไขมันในเลือดสูง ครบจำนวนตามที่แพทย์สั่ง เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
.. ....				
.. ....				
.. ....				
.. ....				
.. ....				
13. ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านสามารถมาตรวจตามที่ แพทย์นัด ได้ทุกครั้ง				

### ชุดที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

แรงสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>ครอบครัว</b>				
1. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ช่วยแบ่งเบาภาระงานต่าง ๆ เพื่อเอื้อให้ท่านมีเวลาในการออกกำลังกาย				
2. ....				
3. ....				
<b>เพื่อน</b>				
5. เพื่อนร่วมงานชักชวนให้ท่านไปออกกำลังกายอยู่เสมอ				
6. ....				
7. ....				
<b>ผู้บังคับบัญชา</b>				
8. ผู้บังคับบัญชาของท่านมีนโยบายสนับสนุนการออกกำลังกาย				
9. ....				
10. ....				

แรงสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>บุคลากรทางการแพทย์</b>				
11. ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				
12. ....				
<b>การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทางสื่อต่างๆ</b>				
13. วิทยุเสียงตามสาย โทรทัศน์				
14. ....				
15. โซเชียลมีเดีย อินเทอร์เน็ต				

### ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ให้พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไร แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลง  
ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติได้เลย

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
<b>พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร</b>				
1. ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือป่น (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ลงในอาหารระหว่าง รับประทานอาหาร				
2. ....				
11. ....				
<b>การจัดการความเครียด</b>				
12. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะ จัดการความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ				
16. ....				
<b>การออกกำลังกาย</b>				
17. ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ ๆ หรือ กายบริหาร เป็นต้น				
20. ....				
<b>พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ และควบคุม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์</b>				
21. ปัจจุบันท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์				

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
22. ....				
พฤติกรรมกำรมาพบแพทย์ตามนัดและกำร รับประถนย				
23. ท่านมำพบแพทย์ตรงตามนัด				
24. ท่านรับประถนยตามแพทย์สั่ง				





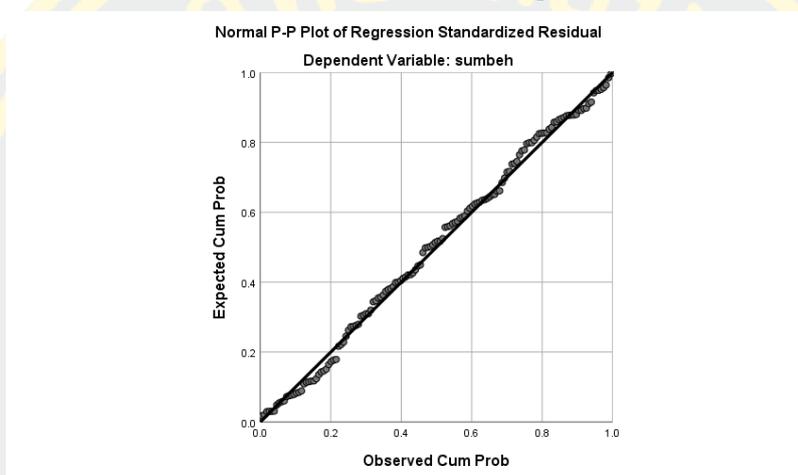
ภาคผนวก จ

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

### การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ หรือตัวแปรต่อเนื่อง หรือมีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval scale) หรืออัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม มีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval scale)

2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ประเมินด้วยกราฟ Normal P-P plot โดยจุดที่แสดงในกราฟอยู่ใกล้ ๆ เส้นตรง ทำมุม 45 องศา แสดงว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)



3. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity)

3.1 สามารถประเมินด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยหากคะแนน มากกว่า 4 ถือว่า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า VIF เท่ากับ 2.10, 2.527, 1.710 และ 1.597 ตามลำดับ

3.2 สามารถประเมินด้วยค่า Tolerance โดยหากคะแนน น้อยกว่า .20 ถือว่า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Tolerance เท่ากับ .476, .396, .585 และ .626 ตามลำดับ

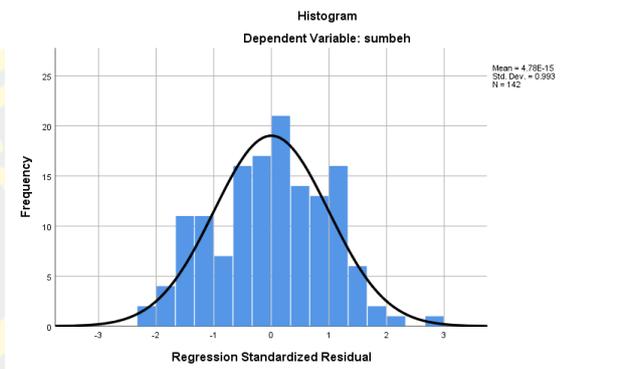
#### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	37.081	5.538		6.696	.000		
	sumper_all	.026	.134	.021	.193	.847	.476	2.101
	sumexp_all	.014	.144	.011	.095	.925	.396	2.527
	sumself_all	.404	.127	.315	3.193	.002	.585	1.710
	sumso_all	.263	.128	.195	2.048	.042	.626	1.597

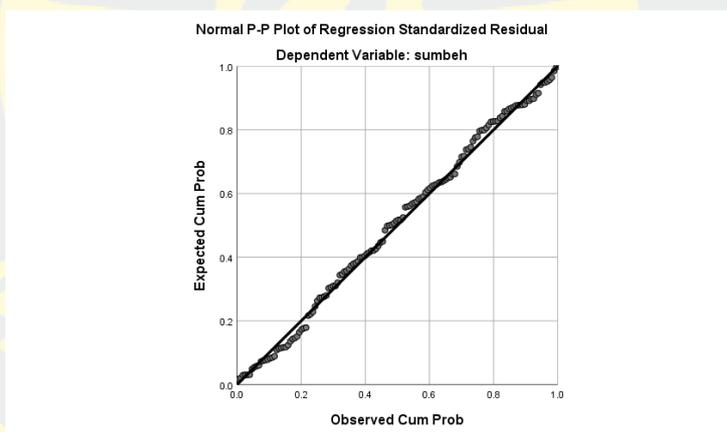
a. Dependent Variable: sumAll\_beh

4. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normality)

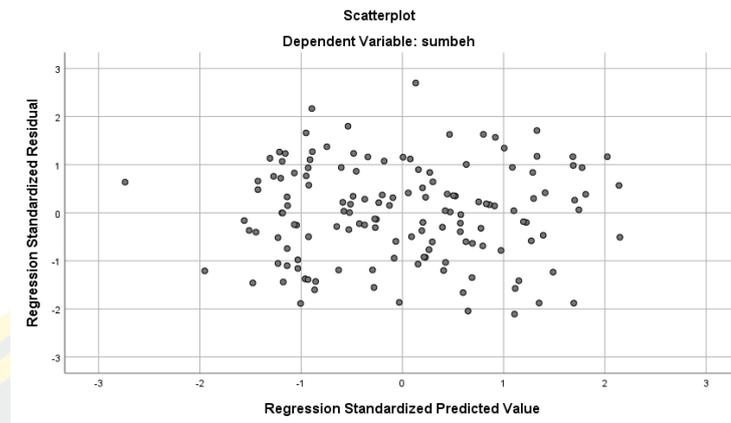
4.1 ประเมินด้วยกราฟ Histogram โดยกราฟที่ได้จะเป็นรูประฆังคว่ำ มีจุดยอดของโค้งอยู่ตรงกลาง แบ่งครึ่งจากจุดยอด มีความสมมาตรระหว่างซีกซ้ายและซีกขวา



4.2 ประเมินด้วยพล็อตกราฟ Normal P-P plot โดยจุดที่แสดงในกราฟอยู่ใกล้ ๆ เส้นตรง แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ



5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ประเมินด้วยกราฟ Scatterplot พบว่า มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง และไม่เกิน -3 และ +3 แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



6. ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) สามารถประเมินด้วยค่า Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.820



**ภาคผนวก ข**

ตารางร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพลกองทัพเรือ  
ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง รายชื่อ ( $n = 142$ )

ตารางภาคผนวก ข ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกำลังพล  
กองทัพเรือที่เป็นกลุ่มเสี่ยง รายข้อ ( $n = 142$ )

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
<b>พฤติกรรมการบริโภคอาหาร</b>				
ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ้ว หรือเกลือป่น...	9.9	23.2	52.8	14.1
ท่านใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผงสำเร็จรูป...	16.9	34.5	40.1	8.5
ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น...	4.9	16.9	65.5	12.7
ท่านรับประทานอาหารที่เป็นของหมักดอง...	3.5	19.7	64.1	12.7
ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม...	2.8	23.9	65.5	7.7
ท่านรับประทานผักใบเขียว และผลไม้ที่...	12.0	62.0	24.6	1.4
ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร	0.0	44.4	45.1	10.6
ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร	1.4	14.1	50.7	33.8
ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็น...	0.7	20.4	74.6	4.2
ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์ปริมาณสูง...	0.7	28.9	65.5	4.9
ท่านดื่มกาแฟสำเร็จรูป (ทรินวัน) หรือ...	4.2	12.7	43.0	40.1
<b>การจัดการความเครียด</b>				
...ท่านจะจัดการความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ	2.8	20.4	66.9	9.9
...ท่านดูภาพยนตร์หรือฟังเพลง	16.9	53.5	23.9	5.6
...ท่านจะหากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด	27.5	47.9	22.5	2.1
...ท่านสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ	9.2	14.1	47.9	28.9
...ท่านจะพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด	21.1	38.0	39.4	1.4
<b>การออกกำลังกาย</b>				
ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน...	18.3	38.0	34.5	9.2
ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย...	12.0	25.4	45.1	17.6
ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย...	20.4	45.8	31.0	2.8
ท่านหยุดออกกำลังกายทันที...	64.8	19.7	14.8	0.7

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
<b>พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ และควบคุม</b>				
<b>เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์</b>				
ปัจจุบันท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม...	1.4	12.7	48.6	37.3
ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่	4.6	7.0	11.3	77.5
<b>พฤติกรรมกำรมาพบแพทย์ตามนัด</b>				
<b>และการรับประทานยา</b>				
ท่านมาพบแพทย์ตรงตามนัด	79.6	16.2	4.2	0.0
ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	80.3	16.2	3.5	0.0

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นาวาตรีหญิงสมบุรณ์ ศรีบุรมย์
วัน เดือน ปี เกิด	2 กันยายน พ.ศ.2526
สถานที่เกิด	จังหวัดมุกดาหาร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	30/82 หมู่ที่ 1 หมู่บ้านนาวิเฮาส์ 30 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พ.ศ. 2551 - ปัจจุบัน ตำแหน่ง พยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2549 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ พ.ศ. 2555 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฉุกเฉิน รุ่นที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พ.ศ. 2567 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา