



Factors Predicting Health Behaviors of Persons with Transient Ischemic Attack at Least Six Months Post-Diagnosis*

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว
หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 6 เดือนขึ้นไป*

Tanyatorn	Mongkolsukpirom**	ธัญธรณ์	มงคลสุขภิรมย์**
Benjamas	Suksatit***	เบญจมาศ	สุขสถิตย์***
Pratum	Soivong****	ประทุม	สร้อยวงศ์****

Abstract

A transient ischemic attack (TIA) serves as a critical warning sign of a future stroke. Promoting appropriate and sustained health behaviors in individuals with TIA is essential for secondary stroke prevention. This predictive correlational study aimed to identify the key psychological predictors of health behaviors among individuals diagnosed with TIA at least six months post-diagnosis. The framework of this study was guided by Becker's Health Belief Model (HBM). The participants comprised 160 individuals receiving outpatient care at three hospitals in Thailand. Quota sampling was employed to ensure proportional representation of the participants. Data were collected using the following instruments: 1) a personal information questionnaire, 2) the Health Behaviors among Persons with TIA Questionnaire, 3) the Perceived Susceptibility to Stroke Questionnaire, 4) the Perceived Severity of Stroke Questionnaire, 5) the Perceived Benefits of Health Behavior Questionnaire, and 6) the Perceived Barriers to Health Behavior Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that only perceived barriers significantly predicted health behaviors ($\beta = -.431$, $p < .001$), accounting for 18.1% of the variance (Adjusted $R^2 = .181$, $F = 36.057$, $p < .001$). Other components of the HBM, including perceived susceptibility, severity, and benefits, were not significant predictors.

These results highlight the need for nursing professionals to develop and implement targeted interventions that specifically reduce perceived barriers to health behavior adherence in individuals six months post-diagnosis. Nurses can play a critical role in supporting patients to sustain healthy behaviors and prevent recurrent strokes.

Keywords: Health behaviors; Predictive factors; Transient ischemic attack

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Graduate student of Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: benjamas.s@cmu.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 27 March 2025; Revised 3 July 2025; Accepted 14 July 2025



บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ถือเป็นสัญญาณเตือนสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การวิจัยเชิงพหุภาคีแบบมีความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวทำนายทางจิตวิทยาที่สำคัญของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 160 ราย จากโรงพยาบาล 3 แห่งในประเทศไทย โดยใช้การสุ่มแบบโควตาเพื่อให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า มีเพียงการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเท่านั้น ที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.431, p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 18.1 (Adjusted $R^2 = .181, F = 36.057, p < .001$) ขณะที่องค์ประกอบอื่นในกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ไม่เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาชี้ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่บุคลากรทางการพยาบาลควรพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 6 เดือนขึ้นไป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทำนาย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: benjamas.s@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attack: TIA) หรือที่เรียกว่า "mini stroke" เป็นภาวะผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ จากการที่ระบบไหลเวียนโลหิตหยุดชะงักชั่วคราว ส่งผลให้บางส่วนของสมอง ไขสันหลัง หรือจอประสาทตาได้รับเลือดไม่เพียงพอ แม้จะไม่รุนแรงถึงขั้นเป็นภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันก็ตาม (Smith et al., 2022; Wiebers et al., 2020) อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวและหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง (Louis et al., 2022) แม้ว่าภาวะดังกล่าวจะมีลักษณะของการฟื้นตัวได้เอง แต่อุบัติการณ์ของ TIA ยังอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดยพบประมาณ 1.19 ต่อ 1,000 คนต่อปี (Lioutas et al., 2021)

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ถือเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization, 2021) รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้สูงถึง 5.5 ล้านคนต่อปี และผู้ป่วยรายใหม่กว่า 13 ล้านคนต่อปี ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทย แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจาก 43.3 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 53.0 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 (Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health, 2020) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการป้องกันโรคซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีประวัติ TIA ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำมากกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ (Smith et al., 2022; Wiebers et al., 2020)

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมในผู้ที่เคยมีภาวะ TIA ถือเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งอาจมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเกิดซ้ำ โดยพฤติกรรมสุขภาพที่แนะนำครอบคลุม 6 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) การเลิกสูบบุหรี่ 4) การหลีกเลี่ยงสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ 5) การจัดการความเครียด และ 6) การใช้ยาตามแพทย์สั่ง รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติและการเข้ารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Brouwer-Goossensen et al., 2021; Bunsonti et al., 2020) พฤติกรรมเหล่านี้สามารถชะลอหรือป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงได้ หากมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

แม้พฤติกรรมสุขภาพ จะมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วย TIA แต่ผลการศึกษาหลายฉบับกลับพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาของ บรูเวอร์-กูสเซนเซน (Brouwer-Goossensen et al., 2021) พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย TIA มีความพึงพอใจกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติอยู่ และไม่รู้ลึกถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยโดย ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วย TIA ที่อยู่ในช่วง 1-6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และมีเพียงร้อยละ 22.09 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความท้าทายในการรักษาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วย TIA ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย TIA อาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรค และประวัติครอบครัวที่มีโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยกระตุ้น เช่น การได้รับข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกหรือไม่เลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล จึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker,

1974) ซึ่งเสนอว่าการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงผู้ที่มีภาวะ TIA ด้วย

องค์ประกอบหลักทั้ง 4 ประการในแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) ซึ่งหมายถึงความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงสูง ย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบที่รุนแรงจากการเกิดโรค เช่น ความพิการ หรือการเสียชีวิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) เป็นความเชื่อว่าการปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมจะนำมาซึ่งผลดี เช่น ลดความเสี่ยงของโรคหรือเพิ่มคุณภาพชีวิต และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) คือ การประเมินถึงสิ่งนี้อาจขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เวลา ค่าใช้จ่าย ความยุ่งยาก หรือผลข้างเคียง ความเชื่อทั้ง 4 ด้านนี้ได้รับการนำมาใช้ในการศึกษาเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย และมีความเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาในบริบทของผู้ที่มีภาวะ TIA ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องอาศัยแรงจูงใจและความเข้าใจที่ชัดเจนในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ได้รับการนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยหลากหลายที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะ TIA โดยพบว่า องค์ประกอบด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่รับรู้อุปสรรคมาก มักมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติหรือหยุดพฤติกรรมสุขภาพ (Bunsonti et al., 2020; Runions et al., 2006) ขณะที่การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (Chaiwang, 2019; Dehghani-Tafti et al., 2015; Konghasook et al., 2020) งานวิจัยของ อลงกรณ์ สุขเรืองกุล และคณะ (Sukrueangkul et al., 2019) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ถึงร้อยละ 57.20 อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยเหล่านี้จะยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดในแง่ของการศึกษาที่จำเพาะต่อผู้ป่วย TIA โดยเฉพาะในช่วงหลัง 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่ความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำยังคงอยู่ในระดับสูง

แม้ว่าม้งานวิจัยจำนวนหนึ่ง ที่ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย TIA แล้ว แต่ส่วนใหญ่มักเน้นในช่วงเวลา 1–6 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังคงมีแรงจูงใจสูงในการดูแลตนเอง ขณะที่ช่วงหลัง 6 เดือน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคซ้ำที่ต่อเนื่องยาวนานกลับยังไม่ค่อยได้รับการศึกษาเชิงพยากรณ์อย่างชัดเจน (Bunsonti et al., 2020) ประเด็นนี้มีความสำคัญต่อการออกแบบแนวทางการดูแลแบบต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งมักอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลปฐมภูมิ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพจากองค์ประกอบหลักของกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในกลุ่มผู้ป่วย TIA ที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกในการวางแผนการพยาบาล กำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในระยะต่อเนื่อง อันจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในบริบทการดูแลสุขภาพระยะยาว

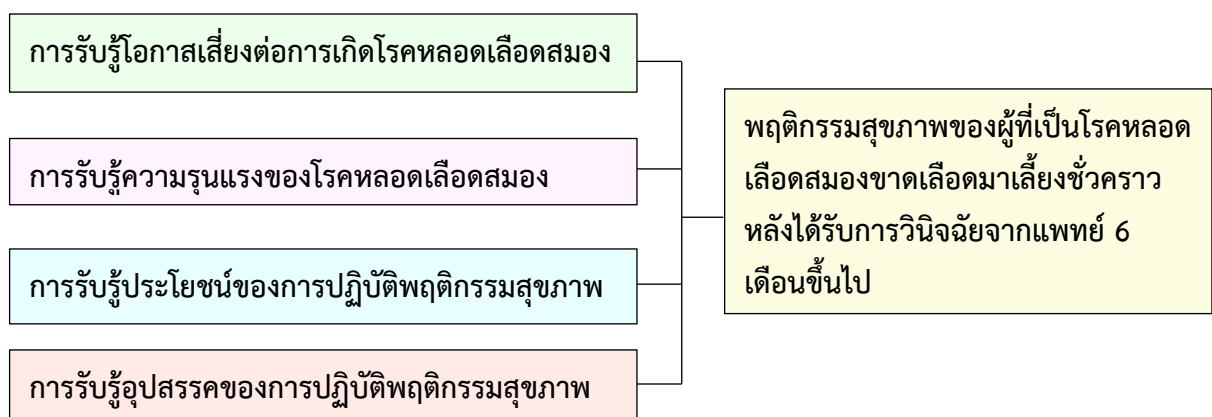


วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 6 เดือนขึ้นไป โดยพิจารณาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายในระยะเวลา 1-5 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัย การป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคดังกล่าวสามารถดำเนินการได้ผ่านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ 2) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) การงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 4) การรับประทานยาตามคำแนะนำ 5) การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวจำนวนมากที่ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมแม้จะอยู่ในช่วงหลังได้รับการวินิจฉัยไปแล้วมากกว่า 6 เดือน ส่งผลให้อาจมีแนวโน้มกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในระยะเวลาอันใกล้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว โดยอาศัยแนวคิดของเบคเกอร์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ปัจจัย ด้านการรับรู้ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 6 เดือนขึ้นไป มีการรับรู้ในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง อาจส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม หากมีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง อาจเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้วตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 24 คน โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 56 คน และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 80 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวครั้งแรก 6 เดือนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การฟัง และการพูด และ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าหรือเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษา

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของ บรูคส์ และ บาร์ซิคอฟสกี (Brooks & Barcikowski, 1994) ซึ่งแนะนำอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง 40 คนต่อตัวแปร ในการศึกษาที่มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 160 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบโควตา (quota sampling) โดยพิจารณาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วย TIA รายใหม่ในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาล	ร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
พิจิตร	15	24
กำแพงเพชร	35	56
สวรรค์ประชารักษ์	50	80
รวม		160

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการขออนุญาตใช้เครื่องมือแล้ว แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ยาที่ได้รับ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติของญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การมาตรวจตามนัด และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (checklist) และเติมข้อความ (open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว พัฒนาโดย ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 22 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ การงดแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด และการใช้ยา/การมาตรวจตามนัด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก คือ 1 = ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 4 = ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 22–88 คะแนน โดยแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ: ต่ำ (22–44), ปานกลาง (45–66), และสูง (67–88)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว พัฒนาโดย ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 4 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก คือ 1 = ไม่เสี่ยงเลย ถึง 4 = เสี่ยงมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4–16 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ: ต่ำ (4–8), ปานกลาง (9–12), และสูง (13–16)



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว พัฒนาโดย ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก คือ 1 = ไม่เลย ถึง 5 = มาก ที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12–60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ: ต่ำ (12–28), ปานกลาง (29–44), และสูง (45–60)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว พัฒนาโดย ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9–36 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ: ต่ำ (9–18), ปานกลาง (19–27), และสูง (28–36)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว พัฒนาโดย ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 17 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17–68 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ: ต่ำ (17–34), ปานกลาง (35–51), และสูง (52–68)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการขออนุญาตใช้เครื่องมือ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ในการตรวจสอบเครื่องมือเดิมได้รับการยืนยันความตรงไว้แล้วในงานวิจัยก่อนหน้านี้ จึงนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ปรับปรุง และไม่ได้ทดสอบซ้ำ แต่ได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มิมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีวัดซ้ำ (test-retest) ในช่วงระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ในส่วนของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.96, 0.92, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ 3 หน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 033/2567 วันที่อนุมัติ 6 มีนาคม 2567 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร เลขที่ 0224/2567 วันที่อนุมัติ 19 เมษายน 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ 27/2567 วันที่อนุมัติ 10 เมษายน 2567 ในส่วนของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยเริ่มจากการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วม ความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการ รวมถึงการยืนยันว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจอย่างแท้จริง การปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ และสามารถยุติการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผล ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด และรายงานเฉพาะในลักษณะภาพรวมเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น



เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการก่อนการเก็บข้อมูล ตลอดกระบวนการพบและติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และหนังสืออนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์โดยติดประกาศเชิญชวนผู้ที่เคยมีภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวครั้งแรก หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เมื่อมีผู้แสดงความสนใจ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต ประโยชน์ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน และเก็บข้อมูลหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์และอยู่ระหว่างรอรับยา การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ตามด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามด้านการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความสามารถในการรับรู้ด้านวัน เวลา และสถานที่ ก่อนการตอบแบบสอบถามเพื่อให้แน่ใจว่าเข้าใจเนื้อหาอย่างถูกต้อง แบบสอบถามที่ได้รับจำนวนทั้งสิ้น 160 ชุด ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ตัวแปรหลัก ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์อำนาจทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ stepwise multiple regression analysis โดยทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอย ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูลด้วยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test ซึ่งพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และสอดคล้องกับข้อกำหนดเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว (Gray & Grove, 2021; Grove & Ciper, 2020)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.75 มีอายุเฉลี่ย 56.97 ปี (SD = 11.35) มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.38 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.88 ประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน/ทำไร่เป็นหลัก ร้อยละ 25.00 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 65.00 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70.62 มากกว่าครึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมาแล้ว 6 เดือน ถึง 1 ปี (ร้อยละ 59.37) และได้รับการรักษาด้วยยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดและยาลดระดับไขมันเลือดมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 79.38 และ 78.75 ตามลำดับ รองลงมา คือ ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 68.13



โรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.50) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 54.37) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 23.13) จ่ายค่ารักษาด้วยบัตรทอง ร้อยละ 72.50 มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 14.37) มีประวัติญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.00 มาตรวจตามนัดเป็นประจำทุกครั้ง และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 65.63 ซึ่งแหล่งที่ได้รับความรู้มาจากเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือโรงพยาบาลเป็นหลัก ร้อยละ 38.13

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในช่วงระหว่าง 44-72 คะแนน ($M = 58.39$, $SD = 5.35$) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.50) มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 160$)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (22-44 คะแนน)	2	1.25
ระดับปานกลาง (45-66 คะแนน)	148	92.50
ระดับสูง (67-88 คะแนน)	10	6.25
($M = 58.39$, $SD = 5.35$, $Min = 44.00$, $Max = 72.00$)		

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง ($M = 10.16$, $SD = 3.07$, $Min = 4.00$, $Max = 16.00$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระดับปานกลาง ($M = 39.43$, $SD = 8.34$, $Min = 19.00$, $Max = 57.00$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับสูง ($M = 43.06$, $SD = 11.16$, $Min = 13.00$, $Max = 60.00$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระดับสูง ($M = 29.08$, $SD = 4.02$, $Min = 19.00$, $Max = 36.00$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 160$)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
ระดับต่ำ (4-8 คะแนน)	58	36.25
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	76	47.50
ระดับสูง (13-16 คะแนน)	26	16.25
($Min = 4.00$, $Max = 16.00$, $M = 10.16$, $SD = 3.07$, $Median = 10$ ระดับปานกลาง)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง		
ระดับต่ำ (12-28 คะแนน)	17	10.63
ระดับปานกลาง (29-44 คะแนน)	57	35.63
ระดับสูง (45-60 คะแนน)	86	53.74
($Min = 13.00$, $Max = 60.00$, $M = 43.06$, $SD = 11.16$, $Median = 45$ ระดับสูง)		



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 160) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ		
ระดับต่ำ (9-18 คะแนน)	-	-
ระดับปานกลาง (19-27 คะแนน)	79	49.37
ระดับสูง (28-36 คะแนน)	81	50.63
(Min = 19.00, Max = 36.00, M= 29.08, SD = 4.02, Median 28 ระดับสูง)		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ		
ระดับต่ำ (17-34 คะแนน)	35	21.87
ระดับปานกลาง (35-51 คะแนน)	116	72.50
ระดับสูง (52-68 คะแนน)	9	5.63
(Min = 19.00, Max = 57.00, M= 39.43, SD = 8.34, Median 39 ระดับปานกลาง)		

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ stepwise multiple regression analysis พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted $R^2 = .181$, $F = 36.057$, $p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ -0.277 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -0.431 และค่าคงที่ (constant) เท่ากับ 69.297 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) และค่าคงที่ในการทำนายของปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 160)

ตัวแปร	Unstandardized		β	t	p-value
	coefficients				
	b	SE			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-.277	.046	-.431	-	<.001
				6.005	
Constant	69.297				
R = .431	Adjusted $R^2 = .181$		F = 36.057		
$R^2 = .186$	Std. Error of the Estimate = 4.845		p-value < .001		

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวหลังได้รับการวินิจฉัย 6 เดือนขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.50) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐภูมิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง แม้ระยะเวลาหลังการวินิจฉัยในงานวิจัยเดิมจะสั้นกว่า การที่พฤติกรรมสุขภาพไม่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง อาจมาจากการรับรู้อาการที่หายได้เองใน 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยมองว่าตนเองกลับสู่ภาวะปกติ และลดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพใน

ระยะยาว (Heron et al., 2017; Sajatovic et al., 2018) แม้ว่าการศึกษานี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($M = 43.06$, $SD = 11.16$, $Min = 13.00$, $Max = 60.00$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 29.08$, $SD = 4.02$, $Min = 19.00$, $Max = 36.00$) ก็ยังไม่เพียงพอที่จะลดอุปสรรคตามการรับรู้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 6 เดือนขึ้นไป ได้ร้อยละ 18.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.431$, $p < .001$, $Adj. R^2 = .181$) ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า เมื่อระดับการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมสุขภาพจะลดลงโดยเฉลี่ย 0.431 หน่วย สะท้อนว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณสมบัติหรือข้อจำกัดหรืออุปสรรคต่าง ๆ จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพลดลง โดยการรับรู้อุปสรรคในที่นี้ หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ความเหนื่อยล้า ความจำเป็นต้องทำงานหนัก ภาระค่าใช้จ่าย หรือการขาดความเข้าใจด้านสุขภาพ จากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 25.00) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 65.00) และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.88) อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านเวลา ความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องหรือไม่เกิดขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และคณะ (Bunsonti et al., 2020) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ($r_s = -0.36$, $p < .01$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู และคณะ (Joychoo et al., 2014) ซึ่งรายงานว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน ($r = -.31$, $p < .01$) อีกทั้งงานวิจัยของ อลิสร่า อยู่เลิศลบ (Yulertlob, 2023) ยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคส่งผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยง ($\beta = .254$, $p < .001$) ซึ่งเมื่ออธิบายตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบรคเกอร์ (Becker, 1974) การรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้อุปสรรคต่ำก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า เพราะไม่มีข้อจำกัดที่ขัดขวางการดำเนินพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา หรือการเข้ารับบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .245$, $p < .01$) แต่ไม่เพียงพอในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลางอาจยังไม่เพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่สม่ำเสมอ ทั้งที่แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ระบุว่า ความตระหนักถึงผลกระทบที่รุนแรงจากโรค เช่น ความพิการหรือเสียชีวิต อาจส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากบุคคลประเมินความรุนแรงว่าเป็นอันตรายที่ใกล้ตัวและหลีกเลี่ยงได้

ในลักษณะเดียวกัน ถึงแม้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .231$, $p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะการรับรู้ประโยชน์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีความสนับสนุนหรือการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม งานวิจัยของ ศกุนตพา จันทน์นวล และ นิตชาธร ภาโนมัย (Channuan & Panomai, 2018) ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ แม้ว่าผู้ป่วยจะตระหนักถึงประโยชน์แล้วก็ตาม สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแม้มีการรับรู้ใน



ระดับปานกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .148, p > .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ความเสี่ยงจะส่งผลต่อพฤติกรรมก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงความเสี่ยงที่รับรู้เข้ากับแนวทางการป้องกันได้อย่างชัดเจน (Srisodsakul et al., 2024) และมีแรงจูงใจภายในเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
2. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้นักศึกษาสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจต้นตอของปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในผู้ป่วยกลุ่มนี้

References

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education & Behavior, 2*(4), 409-419. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Brooks, G. P., & Barcikowski, R. S. (1994). *A new sample size formula for regression*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED412247.pdf>
- Brouwer-Goossens, D., den Hertog, H. M., Mastenbroek-de Jong, M. A., van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C., & Taal, E. (2021). Patient perspectives on health-related behavior change after transient ischemic attack or ischemic stroke. *Brain and Behavior, 11*(4), e01993. <https://doi.org/10.1002/brb3.1993>
- Bunsonti, N., Soivong, P., & Tachaudomdach, C. (2020). Factors related to health behaviors among persons with transient ischemic attack. *Nursing Journal, 47*(2), 262-273. (in Thai)
- Chaiwang, P. (2019). Health beliefs and preventive behaviors among older persons with prehypertension. [Master's thesis, Chiang Mai University]. Chiang Mai University Digital Collections (CMUDC). <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:143243> (in Thai)
- Channuan, S., & Panomai, N. (2018). Perception and self-care behavior to prevent stroke in diabetic patients at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 21*(2), 120-128. (in Thai)
- Dehghani-Tafti, A., Mazloomi, S. S. M., Morowatisharifabad, M. A., Ardakani, M., Rezaeipandari, H., & Lotfi, M. H. (2015). Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model. *Global Journal of Health Science, 7*(5), 33-42. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p33>



- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier.
- Grove, S. K., & Ciper, D. J. (2020). *Statistics for nursing research a workbook for evidence-based practice* (3th ed.). Elsevier.
- Heron, N., Kee, F., Mant, J., Reilly, P. M., Cupples, M., Tully, M., & Donnelly, M. (2017). Stroke prevention rehabilitation intervention trial of exercise (SPRITE)-a randomised feasibility study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0717-9>
- Joychoo, N., Pinyopasakul, W., & Chareonkitkarn, V. (2014). Relationships among age, perceived benefits of health behaviors, perceived barriers of health behaviors and health behaviors in patients with ischemic stroke. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(2), 236-248. (in Thai)
- Konghasook, P., Rattanagreethakul, S., & Junprasert, S. (2020). Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among people with chronic disease in Chon Buri. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(2), 28-40. (in Thai)
- Lioutas, V. A., Ivan, C. S., Himali, J. J., Aparicio, H. J., Leveille, T., Romero, J. R., Beiser, A. S., & Seshadri, S. (2021). Incidence of transient ischemic attack and association with long-term risk of stroke. *JAMA*, 325(4), 373-381.
- Louis, E. D., Rowland, L. P., Mayer, S. A., & Noble, J. M. (2022). *Merritt's neurology* (14th ed.). Wolters Kluwer.
- Runions, S., Arnaert, A., & Sourial, R. (2006). Causal attributions and health behavior choices among stroke and transient ischemic attack survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(4 Suppl), 288-295. <https://doi.org/10.1097/01376517-200609000-00004>
- Sajatovic, M., Tatsuoka, C., Welter, E., Colon-Zimmermann, K., Blixen, C., Perzynski, A. T., Amato, S., Cage, J., Sams, J., Moore, S. M., Pundik, S., Sundararajan, S., Modlin, C., & Sila, C. (2018). A targeted self-management approach for reducing stroke risk factors in African American men who have had a stroke or transient ischemic attack. *American Journal of Health Promotion*, 32(2), 282-293. <https://doi.org/10.1177/0890117117695218>
- Smith, W. S., Johnston, C., & Hemphill, C. (2022). Introduction to cerebrovascular diseases. In J. Loscalzo, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., pp. 3324-3335). Harrison's manual of medicine.
- Srisodsakul, P., Noparoojjinda, S., Meethong, P., & Chansaeng, S. (2024). Factors predicting health promoting behaviors among persons at risk of stroke. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 4(2), 25-36. (in Thai)
- Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health. (2020). *Public health statistics A.D.2019*. <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297>



- Sukrueangkul, A., Vannarit, T., & Tachaudomdach, C. (2019). Factors predicting health promoting behaviors among persons with coronary artery disease and undergone percutaneous coronary intervention. *Nursing Journal*, 46(3), 118-129. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/218544/151367> (in Thai)
- Wiebers, D. O., Feigin, V. L., & Brown, R. D. (2020). *Handbook of stroke* (3rd ed.). Wolters Kluwer.
- World Stroke Organization. (2021). *World stroke campaign*. <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign>
- Yulertlob, A. (2023). *Factors influencing stroke prevention behaviors among hypertension patients under aged 60 years old, Tak Province*. [Master's thesis, Naresuan University]. NU Intellectual Repository. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/6063> (in Thai)