



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ทีปกร บุญลือชา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

2568

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย



Factors Related to Intention to Perform Stroke Prevention Behaviors Among
Persons with Asymptomatic Extracranial Carotid Artery Stenosis

Teepakorn Boonluecha

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

2025

Copyright of Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
นักศึกษา	นางสาวทีปกร บุญลือชา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2567

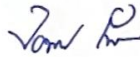
สำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย อนุมัติให้รับ
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นະแส)
คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล)


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี โพธิ์โสภา)

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใน
	การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
	ในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
นักศึกษา	นางสาวทีปกร บุญลือชา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดที่โรงพยาบาลพญาไท 1 และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบระดับน้อยกว่าร้อยละ 50 ไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จำนวน 93 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ทั้ง 4 ฉบับ เท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .77 .81 .76 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Median = 21.00, IQR = 0) และพบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ($r_s = .261$, $r_s = .429$, $r_s = .549$, $p < .05$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการส่งเสริมการมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรค การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม หลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ไม่มีอาการ

Thesis Title	Factors Related to Intention to Perform Stroke Prevention Behaviors Among Persons with Asymptomatic Extracranial Carotid Artery Stenosis
Student	Miss Teepakorn Boonluecha
Major Advisor	Associate Prof. Dr.Johnphajong Phengjard
Major Program	Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Academic Year	2025

Abstract

This descriptive-correlational research study examines the factors associated with the intention to perform stroke prevention behaviors in individuals with asymptomatic carotid artery stenosis. The sample consists of 93 participants who are undergoing carotid artery examination and have been diagnosed with less than 50% stenosis in the carotid arteries, without any prior symptoms of stroke, and have never been diagnosed with a stroke before. Participants were selected through purposive sampling. Data were collected using questionnaires on personal information, attitudes toward stroke prevention behaviors, subjective norms, perceived behavioral control, and behavioral intention. Content validity was assessed by three experts, and the content validity of all four questionnaires were 1. The Cronbach's alpha coefficients were 0.77, 0.81, 0.76, and 0.97, respectively. Data were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient.

The research findings indicate that the majority of individuals with asymptomatic carotid artery stenosis have a high level of intention to perform stroke prevention behaviors (Median = 21.00, IQR = 0). It was also found that attitudes toward behavior, subjective norm, and perceived behavioral control were positively correlated with the intention to engage in stroke prevention behaviors with statistically significant ($r_s = .261$, $r_s = .429$, $r_s = .549$, $p < .05$, respectively). The study highlighted the importance of promoting the intention for stroke prevention through a positive attitude, healthcare team support, and continuous behavioral control.

Keywords: asymptomatic extracranial carotid artery stenosis, intention to perform behavior, stroke prevention

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจ เพ็งจาด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่อาจารย์ได้เสียสละเวลาทั้ง ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ท่านได้ทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ รวมถึงการให้คำปรึกษาการ ทำวิจัยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจน ให้ความรัก เอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่นักศึกษาให้มีความขยัน อดทน และคอยห่วงใยอยู่เสมอ ผู้วิจัยรู้สึก ยินดีและสำนึกในความเมตตาของอาจารย์เป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริตสกุล ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวดี โพธิ์โสภา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงนภาพศรี ชัยสินอนันต์กุล รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญ ภาสกุล และพว.จรวัยพร วงศ์จิต ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในงานวิจัยนี้

กราบขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้กำลังใจด้วยความห่วงใย ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและเจ้าหน้าที่ บัณฑิตศึกษาทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ประสานงานเสมอมา

กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 1 ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รวมถึง เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสมองและระบบประสาททุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลการทำวิจัยในครั้งนี้ให้ผ่านลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้องที่ได้สนับสนุนการศึกษาตลอดมา ตลอดจนหัวหน้า พว.พวงผกา ปัญโญ และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมถึงช่วยรับผิดชอบงานแทนระหว่างการศึกษาของผู้วิจัย และขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ นักศึกษาปริญญาโททุกคนที่คอยช่วยเหลือในการเรียนในครั้งนี้ และคอยให้กำลังใจเสมอมา จนสำเร็จในครั้งนี้ คุณความดีและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี ครู อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ทิปกร บุญลือชา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
รายการตาราง.....	ฉ
รายการภาพประกอบ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดีบที่คอตีบที่ไม่มีอาการ.....	12
แนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดีบที่คอตีบที่ไม่มีอาการ.....	16
พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดีบที่คอตีบที่ไม่มีอาการ.....	19
ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน.....	21
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดีบที่คอตีบที่ไม่มีอาการ.....	26
บทสรุป.....	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
รูปแบบการวิจัย.....	34
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	42
ผลการวิจัย.....	43
การอภิปรายผลการวิจัย.....	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะ.....	55
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	56
เอกสารอ้างอิง.....	57
ภาคผนวก.....	64
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	65
ข เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	67
ค เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยแหล่งเก็บข้อมูล.....	74
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	77
จ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	79
ฉ ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	82
ช ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	88

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
2	ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม ช่วงคะแนนจริง ค่ามัธยฐานของความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม.....	47
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ.....	48
4	ระดับมาตรวัดจากข้อมูลเชิงปริมาณมีการวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา (Interval scale).....	80
5	Test of normality ทดสอบโดยใช้ค่า Skewness และค่า Kurtosis.....	80
6	การวิเคราะห์รายข้อของทศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	83
7	การวิเคราะห์รายข้อของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....	85
8	การวิเคราะห์รายข้อของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....	86
9	การวิเคราะห์รายข้อของความตั้งใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....	87

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดงานวิจัย	9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular accident) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก (World Health Organization: WHO, 2019) ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกในปี ค.ศ. 2019 พบจำนวน 101.5 ล้านคน โดยมีสาเหตุจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันหรือขาดเลือด 77.2 ล้านคน ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) 20.7 ล้านคน และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) 8.4 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากทั้ง 3 สาเหตุจำนวน 3.3 ล้านคน 2.9 ล้านคน และ 0.4 ล้านคน ตามลำดับ (American Heart Association, 2021) สำหรับประเทศไทยพบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของไทยที่เป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ซึ่งไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์โลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 - 2562 พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 451.39 467.46 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นลำดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 43.3 48.7 47.8 และ 47.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือความผิดปกติของสมองส่งผลให้เกิดอาการแสดงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยแบ่งสาเหตุออกเป็นสองสาเหตุได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือดจากสาเหตุหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 85 และภาวะหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 15 (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2565) ถึงแม้ปัจจุบันมีการรักษาที่ทันสมัยที่ช่วยลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง การใส่สายสวนผ่านหลอดเลือดแดงเพื่อนำลิ่มเลือดออกมา แต่มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ตามเวลา ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นแล้ว ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านตัวผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การรับรู้คุณค่าในตัวเองลดลง เกิดการพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบทางด้านครอบครัวด้านจิตใจ ความเครียด ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งค่ารักษา ค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัดฟื้นฟู และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปตรวจตามนัด ซึ่งเป็นผลกระทบ

ระยะยาว การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่ยังไม่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ (กัญจน์ธิดา เรื่องชัยวิสุข และคณะ, 2564)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติคนในครอบครัวหรือแม้แต่โรคทางพันธุกรรม ส่วนปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือทำการรักษาได้และพบว่ามีความเสี่ยงชัดเจนต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว ภาวะอ้วน และภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบ (จิตรลดา สมาจาร และคณะ, 2560) การตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นหาความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมถือเป็นการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบที่ไม่มีอาการ (Smith-Rooker & Hodges, 1998) การเกิดหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบแข็ง ที่เกิดจากการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือดแดงคอโรติค (Artherosclerotic plaque) และมีการหนาตัวขึ้น (Patraithikul & Orrapin, 2021) จนเกิดภาวะหลอดเลือดตีบแคบลง ขัดขวางการไหลผ่านของเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด โดยตำแหน่งที่พบได้บ่อย คือ แขนงของหลอดเลือดแดงคอโรติค (Carotid bifurcation)

ภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบจากหลอดเลือดแดงแข็งประกอบด้วย หลอดเลือดแดงส่วนนอกกะโหลกศีรษะ (Extra cranial carotid artery) และหลอดเลือดแดงส่วนที่อยู่ในโพรงกะโหลกศีรษะ (Intracranial carotid artery) อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงในโพรงกะโหลกศีรษะแข็งและตีบในผู้ป่วยชาวเอเชียร้อยละ 30 - 60 ซึ่งมากกว่าชาวตะวันตก และอุบัติการณ์เกิดภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติคส่วนนอกโพรงกะโหลกศีรษะตีบพบมากในชาวตะวันตกมากกว่าชาวเอเชีย และพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบทั่วโลกในช่วงอายุระหว่าง 30 ถึง 79 ปีอยู่ที่ 1.5% (95% CI, 1.1 - 2.1) ซึ่งเทียบเท่ากับ 58 ล้านคน อุบัติการณ์ปัจจุบันเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 จากปี ค.ศ. 2000 เนื่องมาจากประชากรมีอายุมากขึ้น อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบนั้นขึ้นอยู่กับอายุเป็นอย่างมาก โดยในผู้ชายโรคหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบโดยไม่มีอาการรุนแรงจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.1 ในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี เป็นร้อยละ 3.1 ในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี (Hackam, 2021) สำหรับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบ พบอุบัติการณ์เกิดภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบในชาวตะวันตกประมาณร้อยละ 20 - 30 ซึ่งมากกว่าชาวเอเชีย โดยพบในประชากรได้หัววัน ร้อยละ 13 ส่องกง ร้อยละ 18 และญี่ปุ่น ร้อยละ 19 (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) จากการศึกษาในชาวอินเดียอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 1,500 คน พบความชุกโรคหลอดเลือดแดงคอโรติคตีบที่ไม่มีอาการร้อยละ 5.9

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาไม่มากนักและเป็นการศึกษานานกว่า 10 ปี ที่พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบไม่แตกต่างกัน โดยการศึกษาความชุกของการเกิด Extracranial carotid stenosis ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2550 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจำนวน 184 คน ที่ตรวจด้วย Carotid duplex พบร้อยละ 9.2 และในจำนวนนี้เป็นแบบ Small-artery occlusion ร้อยละ 45 (Dharmasaroja, 2008) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 177 คน พบอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบร้อยละ 9 (Dharmasaroja & Intharakham, 2010) และการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2551 จำนวน 458 คน โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ จำนวน 50 รายหรือร้อยละ 10.9 โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ อายุตั้งแต่ 65 ปี (OR 4.0, $p < .001$) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ (12% vs 8%, $p = .32$) สมองขาดเลือด (18% vs 11%, $p = .17$) หัวใจเต้นพริ้ว (10% vs 5%, $p = .19$) และสูบบุหรี่ (28% vs 24%, $p = .18$) มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ (Dharmasaroja & Intharakham, 2010)

สาเหตุของการเกิดหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบคล้ายกับปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบต้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ รวมถึงอายุที่มากขึ้น การขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน เพศชายและปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นต้น (วิยะดา แสงศรี และคณะ, 2558) โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2021) ระบุถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม น้ำหนักเกิน ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) การสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คอลเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้าและความเครียด คณะทำงานพิเศษเพื่อการป้องกันโรค (U.S. Preventive Services Task Force, 2020) แนะนำว่าการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ โดยมีการคัดกรองเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง การโป่งพองของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง (Abdominal Aortic Aneurysm: AAA) โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เพื่อควบคุมและหยุดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น

การตรวจคัดกรองผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ สามารถทำได้ด้วยการตรวจวินิจฉัยซึ่งมีหลายวิธี เช่น การฉีดสีผ่านหลอดเลือดแดง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า และการตรวจโดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์ การตรวจหลอดเลือดด้วยวิธี Carotid duplex ultrasound เป็นวิธีที่สามารถทำได้รวดเร็วและปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก

การตรวจ อีกทั้งไม่ต้องเตรียมตัวก่อนการตรวจ สามารถเห็นการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือดแดงคาโรติด และประเมินการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ (Intima Media Thickness; IMT) ได้ทันที (รัชยุทธ ธนปิยชัยกุล และคณะ, 2555) เป็นวิธีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดมาเลี้ยงที่มีประสิทธิภาพ (Messas et al, 2020) ที่สามารถคัดกรองและให้การรักษาสภาพหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอบีบก่อนที่จะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และติดตามผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดอาการสมองขาดเลือด พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1 ต่อปี และจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 ต่อปี ในผู้ที่เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองไปแล้ว สำหรับการรักษาเมื่อพบในระยะแรกที่มีภาวะหลอดเลือดตีบน้อยกว่าร้อยละ 50 แนะนำให้ตรวจ Carotid duplex ultrasound ซ้ำทุกปี เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและจะเน้นการดูแลสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านโรคและการเจ็บป่วย เช่น ควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การใชยาต้านเกล็ดเลือดและการใช้ยาในกลุ่มสแตติน เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดตีบ (Krist et al., 2021) และหากตรวจพบว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบมากเกินร้อยละ 70 จะให้การรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดนำแผ่นไขมันตีบตันออก และการผ่าตัดผ่านสายสวนหลอดเลือด เพื่อทำบอลลูนถ่างขยายและใส่ขดลวดค้ำยัน และแนะนำให้เข้ารับการตรวจซ้ำทุกปี เพื่อประเมินภาวะตีบของหลอดเลือดว่าลดลงหรือไม่ (เปรมกมล ภัทรอิทธิกุล และสฤษฎ์พัฒน์ อรพินท์, 2564)

สำหรับโรงพยาบาลพญาไท 1 เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษารโรคหลอดเลือดสมองใกล้เคียงกับสถานการณ์โลกและประเทศไทย โดยพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับรักษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2564 เท่ากับ 300 273 195 และ 185 คนต่อปีตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.11 5.49 2.17 และ 0.90 ตามลำดับ แต่ช่วง 3 ปีย้อนหลังที่อยู่ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีผู้รับบริการลดลง แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1 ได้จัดให้มีบริการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบในบุคคลทั่วไป เพื่อหาความเสี่ยงในการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และให้การดูแลรักษาเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจปี พ.ศ. 2564 จำนวน 559 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,308 ราย และปีพ.ศ. 2566 จำนวน 962 ราย พบว่าผู้รับบริการที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ในระดับตั้งแต่ร้อยละ 10 - 100 จำนวน 1,131 ราย หรือ ร้อยละ 40 และพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ระดับน้อยกว่าร้อยละ 50 จำนวน 1,089 ราย ร้อยละ 39 (ข้อมูลสถิติแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1, 2567) ซึ่งผู้รับบริการกลุ่มนี้ หลังจากได้รับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดและพบความผิดปกติจะได้คำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อรับรักษาและการดูแลส่งเสริมสุขภาพ โดยการแนะนำการปรับ

พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะก่อนการเกิดโรค ประกอบด้วยการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไม่ให้เกิดการหนาตัวเพิ่มขึ้นของคราบไขมันที่บริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติด รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ควบคุมความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือดสูง ควบคุมน้ำหนัก ส่งปรึกษา นักโภชนาบำบัดในการปรับด้านการรับประทานอาหาร และการนัดติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแนะนำให้ตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดซ้ำทุก 1 ปี ในรายที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดน้อยกว่าร้อยละ 50 โดยการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการดื่มแอลกอฮอล์ (Messas et al., 2020) และตรวจซ้ำทุก 6 เดือนในรายที่ตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดมากกว่าร้อยละ 50 รวมถึงการรักษาโดยการฉายาในรายที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามในการให้บริการยังไม่มีข้อมูลและการศึกษาติดตามเกี่ยวกับผลลัพธ์ของบริการ ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการกลุ่มนี้ ที่จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะความสนใจและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การทบทวนวรรณกรรมแบบ Critical review ของเมสแซสและคณะ (Messas et al., 2020) พบว่าการรักษาภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ผลการรักษาสูงสุดคือการควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการที่บุคคลจะปรับพฤติกรรมดังกล่าวได้จะต้องอาศัยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม จากแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) อธิบายว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นผลจากความตั้งใจที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความต้องการและมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด หากบุคคลมีความตั้งใจอย่างมากในการปฏิบัติพฤติกรรมโอกาสที่บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมย่อมมีมากขึ้นด้วยเช่นกัน โดยความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Intention) สามารถทำนายได้จาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนมีการนำมาใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ แต่พบการศึกษาเกี่ยวกับ

ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติ ($r = .40, p < .01$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($r = .38, p < .01$) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ($r = .31, p < .01$) (พัชรราวี ทองเนื่อง และอัญญภัคสร ใจสมคม, 2562) การศึกษาของอินทรีา ไชยณรงค์ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการออกกำลังกาย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่าเจตคติต่อการออกกำลังกาย ($r = .41, p < .01$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($r = .31, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่ผ่านมา ($r = .29, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ ได้แก่ทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปใช้สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

คำถามการวิจัย

1. ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการอยู่ในระดับใด

2. ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
2. คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
3. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของไอเซ็น (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนของไอเซ็น กล่าวว่าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมของบุคคล คือ ความตั้งใจแสดงพฤติกรรม (Behavioral intention) โดยพฤติกรรมที่ถูกแสดงออกมาเป็นผลมาจากความตั้งใจซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สามารถบ่งชี้ได้ว่าบุคคลนั้นมีความต้องการและความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยส่วนใหญ่พฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นของแต่ละบุคคล โดยสามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้จากทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ดังนี้

- 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) เป็นความเชื่อ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อพฤติกรรม และผลที่ตามมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ดี จะต่อต้านหรือสนับสนุนพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิต

สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติ ($r = .40, p < .01$) (พัชรวดี ทองเนื่องและอัญญภัคสร ใจสมคม, 2562) เจตคติต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($r = .409, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์ และคณะ, 2559)

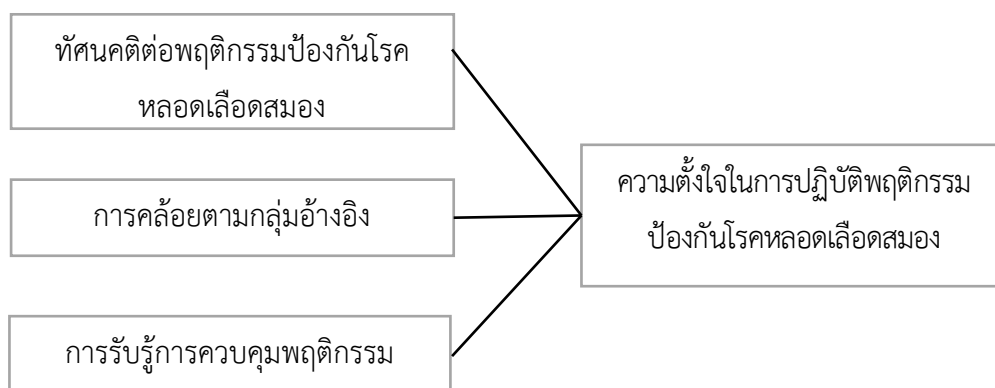
2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) เป็นการรับรู้อิทธิพลของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวัง ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจทำหรือไม่ทำพฤติกรรม อาจมีปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น (Ajzen, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r = .309, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์ และคณะ, 2559) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01$) (พัชรวดี ทองเนื่อง และอัญญภัคสร ใจสมคม, 2562)

3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความง่ายหรือความลำบากในการกระทำหรือควบคุมพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการควบคุมพฤติกรรม โดยโอกาสและทรัพยากรเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถคาดการณ์ความสำเร็จของพฤติกรรม เป็นความสามารถในการจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความสำเร็จทางพฤติกรรมได้ (Ajzen, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) (พัชรวดี ทองเนื่องและอัญญภัคสร ใจสมคม, 2562) การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r = .309, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์ และคณะ, 2559)

การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษา ได้แก่ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม คาดว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ (ภาพ 1)

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ

นิยามตัวแปร

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความแน่วแน่งและพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ประเมินโดยแบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013)

ทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่แสดงออกมาทั้งในทิศทางบวกหรือทิศทางลบ ทัศนคติทางบวก คือ มีความพึงพอใจหรือรู้สึกดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติทางลบ คือ ไม่พึงพอใจหรือรู้สึกไม่ดี ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำในการปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ประเมินด้วยแบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้อิทธิพลของบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ ที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ประเมินด้วยแบบสอบถามการคล้อยตาม

กลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ถึงความยากง่ายหรือความลำบากในการกระทำหรือความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ประเมินด้วยแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013)

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

ภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ หมายถึง ภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดบริเวณคอตีบน้อยกว่าร้อยละ 50 และไม่มีอาการแสดงของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง จากการตรวจโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะด้วยเครื่อง Carotid duplex ultrasonography

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ที่เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 93 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมภาวะสุขภาพให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
2. ผลการศึกษาในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ เพื่อในการส่งเสริมสุขภาพหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา หนังสือ เอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อุบัติการณ์
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยา
 - 1.4 การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัย
 - 1.5 การรักษา
2. การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
 - 2.1 การควบคุมโรคและการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจัยเสี่ยง
 - 2.2 พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
 - 2.3 ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน
 - 2.4 ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ
 - 3.1 ทศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
 - 3.3 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม
4. บทสรุป

ภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ

ความหมาย

ภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic extracranial carotid artery stenosis) หมายถึง ภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติดบริเวณคอติบน้อยกว่าร้อยละ 50 และไม่มีอาการแสดงของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาวะที่หลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอติบแต่ยังไม่พบอาการแสดงทางระบบประสาทที่แสดงถึงภาวะเลือดไม่ไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) หรือภาวะเลือดไม่ไปเลี้ยงสมอง (Ischemic stroke) ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะสมองขาดเลือด (Kim et al., 2022) ซึ่งเกิดการตีบตันของหลอดเลือดแดงแข็งในผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของภาวะสมองขาดเลือดหรือเส้นเลือดจอตลอดตันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (Carreira, 2020) การตีบของหลอดเลือดแดงที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic carotid stenosis) หมายถึง การตีบตันของหลอดเลือดแดงในหลอดเลือดแดง (Internal carotid artery) ที่ตีบตันมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ในระดับ Bifurcation ในบุคคลที่ไม่มีประวัติของการเกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Ischemic stroke หรือ TIA) ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งระดับการตีบตันน้อยกว่าร้อยละ 50 ตีบล็กน้อยกว่าร้อยละ 50 – 69 เป็นระดับการตีบปานกลางและการตีบมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ถือว่าตีบรุนแรง อย่างไรก็ตามไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่เสนอเกี่ยวกับความรุนแรงของการตีบและระยะเวลาของการเกิดสมองขาดเลือดที่แตกต่างกันขึ้นกับคำจำกัดความแตกต่างกันไป ในแต่ละการศึกษาขึ้นอยู่กับวิธีการที่ใช้ในการประเมินการตีบ (Hackam, 2021)

ในการวิจัยในครั้งนี้ภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ หมายถึง ภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติดบริเวณคอติบน้อยกว่าร้อยละ 50 และไม่มีประวัติและอาการแสดงของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงคอโรติดตีบทั่วโลก ในช่วงอายุระหว่าง 30 ถึง 79 ปี อยู่ที่ 1.5% (95% CI, 1.1–2.1) หรือประมาณ 58 ล้านคน พบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น 59% จากปีค.ศ. 2000 ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ นอกจากนี้อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงคอโรติดตีบยังมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างชัดเจน โดยในผู้ชายการเกิดภาวะตีบของหลอดเลือดแดงคอโรติดโดยไม่มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.1 ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี เป็นร้อยละ 3.1 ในผู้ที่

มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Hackam, 2021) พบอุบัติการณ์เกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบในชาวตะวันตกมากกว่าชาวเอเชีย ความชุกของภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการ ซึ่งพบอยู่ในช่วงตั้งแต่ร้อยละ 0.3 - 4.5 ในผู้หญิงและร้อยละ 0.5% - 5.7 ในผู้ชาย แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (หลอดเลือดตีบน้อยกว่าร้อยละ 50) ระดับปานกลาง (หลอดเลือดตีบมากกว่าร้อยละ 50 - 69) และระดับรุนแรง (หลอดเลือดตีบมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70) ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดตีบตันที่ไม่แสดงอาการในระดับรุนแรงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2 - 5 (Carreira, 2020) และอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ (Force, 2021)

จากการศึกษาปัจจัยทางสรีรวิทยาที่ป้องกันได้สำหรับโรคหลอดเลือดสมองในชาวอินเดียอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 1,500 คน พบความชุกของโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic extracranial carotid artery stenosis) ร้อยละ 5.9 โดยปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ไมเกรน และประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคร้อยละ 50 (Kaul et.al., 2017) จากการศึกษาคความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการในชาวจีนจำนวน 3,126 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปที่ไม่มประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจพบความชุกร้อยละ 6.7 โดยในเพศชายร้อยละ 8.8 และเพศหญิงร้อยละ 5 โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคจะเพิ่มสูงขึ้นจากอายุ ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด (Zhang et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในชาวจีนที่มีโรคเส้นเลือดส่วนปลายอุดตัน (Lower extremity peripheral arterial disease) จำนวน 653 คน พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการร้อยละ 19.8 (Li et al., 2021) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของการเกิด Extracranial carotid stenosis ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 184 คน โดยการตรวจด้วย Carotid duplex ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2550 พบร้อยละ 9.2 และในจำนวนนี้เป็นแบบ Small artery occlusion ร้อยละ 45 (Dharmasaroja, 2008) การศึกษาความชุกการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 177 คน พบอัตราการเกิดร้อยละ 9 (Dharmasaroja et al., 2010)

พยาธิสรีรวิทยา

หลอดเลือดแดงคาโรติดเป็นหลอดเลือดที่ต่อมาจากหลอดเลือดแดงใหญ่เชื่อมต่อไปยังสมอง ประกอบไปด้วยหลอดเลือดแดงคาโรติดข้างซ้าย (Left common carotid artery) และหลอดเลือดแดงคาโรติดข้างขวา (Right common carotid artery) เมื่อหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน จะทำให้

ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งส่งผลให้เซลล์เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายหรือตายได้ (Kim et al., 2022) โดยหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ที่เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดเรื้อรัง (Inflammatory reaction) มีโคเลสเตอรอลและสารอื่น ๆ สะสมที่ผนังของหลอดเลือดเกิดเป็นคราบไขมัน (Plaque) ในหลอดเลือดส่งผลให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง หากมีคราบเพิ่มมากขึ้น เลือดจะไหลผ่านได้ยากขึ้นและเมื่อคราบปริแตกจะมีการสร้างเกร็ดเลือดขึ้นมาปิดเกาะกัน เพื่อรักษาคราบที่เสียหาย จึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดขึ้น โดยลิ่มเลือดจับตัวกันจนกระทั่งอุดตันหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดตีบตันอาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือถาวร (Carreira, 2020)

การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัย

การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดีมีหลายวิธี ดังนี้ (วียะดา แสงศรีและคณะ, 2558)

1. การตรวจหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอโดยใช้คลื่นความถี่สูง (Duplex ultrasonography) เป็นการประเมินการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือด ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ใช้อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (Noninvasive method)
2. การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือด (Doppler ultrasound) โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์ตรวจได้ทั้งภาพและลักษณะการไหลของเลือดในหลอดเลือดแดงคาโรติด ใช้ในผู้ป่วยที่มี Carotid bruit ที่ไม่มีอาการ ใช้เป็นการประเมินผู้ป่วยและติดตามผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบได้
3. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดง (Computed Tomographic Angiography: CTA) เป็นการตรวจเพิ่มเติมที่ให้ความละเอียดของภาพสูงแบบ 3 มิติ โดยสามารถดูความผิดปกติของหลอดเลือดได้อย่างชัดเจนแม้หลอดเลือดจะมีภาวะอุดตันก็ตาม
4. การตรวจหลอดเลือดแดงโดยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Angiogram: MRA) เป็นการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) มาตรวจบริเวณหลอดเลือดแดง โดยจะแสดงภาพลักษณะของหลอดเลือดแดง คาโรติดและหลอดเลือดในสมองได้ชัดเจนขึ้น
5. การฉีดสารทึบรังสีบริเวณหลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid angiogram) เพื่อดูหลอดเลือดแดงคาโรติด

สรุปได้ว่าการตรวจวินิจฉัยหลอดเลือดแดงคาโรติดภายนอกกะโหลกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นการตรวจที่รวดเร็ว สะดวก ค่าใช้จ่ายน้อย และผู้ป่วยไม่เจ็บตัวและสามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่

มีหลอดเลือดแดงแข็ง ตีบ ตันหรือความผิดปกติอื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็วและนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายได้ดี

การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ โดยมีภาวะการตีบของ Carotid artery น้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาและควบคุมกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง (เปรมกมล ภัทรอิทธิกุล และสฤกษ์พัฒน์ ออร์พินท์, 2564)

1. การรักษาโดยใช้ยา (Best Medical Therapy: BMT) เป็นการรักษาโดยใช้ยาเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โดยการใช้ยากลุ่ม Beta blocker โดยมีเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เบาหวาน โดยการคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยให้ระดับ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 รักษาภาวะไขมันในเลือดสูงโดยให้ยาลดไขมันกลุ่ม Statin เพื่อให้ระดับ LDL cholesterol น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และการสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด (พงศ์ภัทร์ วรสายัณท์, และคณะ , 2559) ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agents) เช่น Clopidogrel 75 มิลลิกรัม หรือ Aspirin 75 - 325 มิลลิกรัม คู่กับ Dipyridamole 200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หรือใช้ Clopidogrel 75 มิลลิกรัม หรือ Aspirin 75 - 325 มิลลิกรัม เพียง 1 ตัว Monotherapy รวมถึงการใช้ยากลุ่ม Heparin (เปรมกมล ภัทรอิทธิกุล และสฤกษ์พัฒน์ ออร์พินท์, 2564) และการใช้ยากลุ่มสเตติน (Statins) ที่มีความสัมพันธ์กับการลดการแข็งตัวและหนาตัวของผนังหลอดเลือด Plaque regression และยังสามารถป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบได้อีกด้วย (Zhu & Yu, 2020)

2. การผ่าตัดเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (Surgical Revascularization) (Bonati et al., 2022)

2.1 การผ่าตัดเปิดหลอดเลือดคาโรติดบริเวณคอที่ไปเลี้ยงสมอง (Carotid Endarterectomy: CEA) เป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานที่ใช้รักษาในผู้ที่มีหลอดเลือดคาโรติดตีบมากกว่า 70 % ขึ้นไป ทั้งที่แสดงอาการหรือไม่แสดงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หรือในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบมากกว่า 50 - 99% ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำเอาคราบไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดออก ทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้นสามารถส่งเลือดที่มีออกซิเจนไป

เลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (เปรมกมล ภัทรอิทธิกุล และสฤษฎ์พัฒน์ ออรพินท์, 2564)

2.2 การใส่ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดคอโรติด (Carotid artery stenting: CAS) เป็นวิธีการใส่ขดลวดค้ำยัน Stent หรือเป็นการถ่างขยายด้วยบอลูน (Prior to balloon inflation) ของหลอดเลือดแดงคอโรติดตีบที่มีขนาดผนังของหลอดเลือดหนาตัวตีบร้อยละ 50 - 99 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

การควบคุมโรคและการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจัยเสี่ยง

การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เนื่องจาก ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง และเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ และการเกิดหินปูน (Plaque) การลดลงของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ลดลง 10 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) ลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 41 (Sun et al., 2021) ผลกระทบของความดันโลหิตที่สูงขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร มีการศึกษาพบว่าในชาวแอฟริกันอเมริกา มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเมื่อความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มคนผิวขาวพบว่าความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้น 3 เท่า เมื่อความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท จึงแนะนำให้มีการควบคุม Systolic blood pressure ให้น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท จะช่วยลดความเสี่ยงได้ (Alejandro & Roberto, 2020) จากการศึกษาในชาวจีน 13 หมู่บ้านที่มีโรคหลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ พบว่า Systolic blood pressure เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของประเทศเกาหลี พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงคอโรติดตีบและการเกิดคราบไขมัน (Plaque) ($95\%CI = 1.21 - 2.45$, $OR = 1.72$) (Woo et al., 2017) สำหรับประเทศไทยแนะนำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติที่ SBP 90 - 129 มิลลิเมตรปรอท และ DBP 60 - 84 มิลลิเมตรปรอท และวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2566) การคัดกรองความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดแดงคอโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการป้องกันการเกิดโรคของสหรัฐอเมริกา (US Preventive Services Task Force Recommendation Statement:

USPSTF) ได้มีการกำหนดให้ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ในการพิจารณาความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Krist et al., 2021)

ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตจึงมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม สำหรับในกลุ่มคนไข้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ยังไม่เกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ แนะนำให้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120 - 129 มิลลิเมตรปรอทและในกลุ่มคนไข้ที่อายุมากกว่า 65 ปีที่มีหรือไม่มีภาวะ Cardiovascular risk แนะนำให้ควบคุมความดันโลหิต Systolic blood pressure ระหว่าง 130 - 139 มิลลิเมตรปรอท สำหรับ Diastolic Blood Pressure ให้ควบคุมน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท (รัญญา ชนานุวัฒน์ศักดิ์ และคณะ, 2563)

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ภาวะไขมันในเลือดสูงส่งผลให้เกิดความส่งต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในผู้ที่มีระดับไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) ที่สูงกว่าปกติ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) ผนังหลอดเลือดแดงคาโรติด เกิดการสะสมของคราบไขมันตามผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการกีดขวางการไหลเวียนเลือด และส่งผลให้เกิดภาวะตีบหรือตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสูงในการศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันร้อยละ 80 มีระดับ LDL-C สูงกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Suwanwela, 2014) ตามแนวทางที่พัฒนาโดย National Cholesterol Education Program ได้ศึกษาและได้จำแนกระดับคอเลสเตอรอลรวม 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือน้อยกว่า เรียกว่าคอเลสเตอรอลในเลือดปกติ และระดับคอเลสเตอรอลรวม 200 ถึง 239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้กำหนดให้อยู่ในระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปจัดเป็นคอเลสเตอรอลในเลือดสูงที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการลดระดับไขมัน การติดตามสำหรับผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลรวมต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและนัดมาตรวจซ้ำภายใน 5 ปี และในคนที่มีระดับไขมันในเลือดสูงระหว่าง 200 ถึง 239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และควรได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ พร้อมทั้งนัดมาตรวจประเมินซ้ำทุก 1 ปี สำหรับผู้ที่มีระดับเลือดสูงและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด การตัดสินใจเริ่มการรักษาด้วยการลดไขมันควรขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของโรค ในกรณีที่ไม่มีอาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดตีบตันหรือโรคเบาหวาน ระดับเป้าหมายของคอเลสเตอรอล LDL ที่แนะนำคือ 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดตีบตัน (รวมถึงการตีบตันที่ไม่แสดงอาการ) หรือโรคเบาหวาน ระดับคอเลสเตอรอลเป้าหมายที่แนะนำ คือ น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีความเกี่ยวข้องกับการลดลงร้อยละ 25 (95 % CI, 14 ถึง 35 %) ในความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ร้ายแรงและไม่ร้ายแรง (Ezekowitz et al., 2003) และแนวทาง ESC/ESH

ในปี ค.ศ. 2018 ได้แนะนำเกณฑ์ระดับค่าไขมันในเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Very high risk) ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองควรให้ระดับไขมัน LDL ให้เหลือ 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือลดลงร้อยละ 50 ของ Baseline LDL ความเสี่ยงสูง (High risk) ควรให้ระดับไขมัน LDL ลดเหลือ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และความเสี่ยงปานกลางถึงต่ำ (Moderate to low) ควรให้ระดับไขมัน LDL ให้เหลือ 115 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (รัญจนา ธานวณิชศักดิ์ และคณะ, 2563) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้รักษาโดยการให้ยาลดไขมันกลุ่มสแตติน (Statin) สามารถช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 30 ตามแนวทางของ American Heart Association ระบุว่า การรักษาด้วยยาลดไขมันกลุ่ม Statin มีความเหมาะสมในการลดระดับ LDL-C ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดตีบแข็งที่ Carotid artery (Miura & Suzuki, 2019)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบมากในโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด Ischemic stroke ในผู้ที่มีภาวะโรคเบาหวานร่วมส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเพิ่มขึ้น ผลกระทบที่สำคัญเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสะสมเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ธีรศักดิ์ พาจันท์ และคณะ, 2565) และในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และประมาณร้อยละ 20 จะพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้การรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา แนะนำเป้าหมายการลดความเสี่ยงระยะยาวของโรคหลอดเลือดสมองที่ Hemoglobin A1C น้อยกว่า 7 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการปรับพฤติกรรมในผู้ที่เริ่มมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อเป้าหมายให้ได้ระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงปกติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Meschia et al., 2014) และในประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานดดยแนะนำการกำหนดเป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารที่น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แนะนำให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2566)

การควบคุมระดับน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) การมีน้ำหนักเกินเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรกของโรคหลอดเลือดสมองและพบผู้ที่มีน้ำหนักเกิน 1 ใน 5 เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเมื่อน้ำหนักเกินส่งผลให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 64 จากคำแนะนำของ American Heart Association/American Stroke Association 2024 และพบว่า

ดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การมีดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 โดยพบว่าผู้ชายที่มีอัตราส่วนของรอบเอวต่อรอบสะโพกมากกว่า 0.93 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า (95% CI, 1.8–5.0) และผู้หญิงที่มีอัตราส่วนของรอบเอวต่อรอบสะโพกมากกว่า 0.86 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และหากค่ารอบเอวสูงขึ้น 10 เซนติเมตร ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นร้อยละ 10 หากอัตราส่วนเอวต่อส่วนสูงเพิ่มขึ้น 0.1 หน่วย ความเสี่ยงจะสูงขึ้นร้อยละ 16 และหากอัตราส่วนเอวต่อส่วนสูงเพิ่มขึ้น 0.05 หน่วย ความเสี่ยงจะสูงขึ้นร้อยละ 13 ดังนั้นการคัดกรองและการรับรู้ภาวะอ้วนจึงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองการดูแลเบื้องต้น (Bushnell et al., 2024) รวมถึงการควบคุมไม่ให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง เส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตรในผู้ชาย และ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง (นันทน์ภัส ฐนฐากร และธนัช กนกเทศ, 2561) สำนักโภชนาการได้กำหนดภาวะ BMI ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ คือ น้อยกว่า 22.99 และในผู้ชายควรมีรอบเอวต่ำกว่า 90 เซนติเมตร และเพศหญิงที่มีรอบเอวต่ำกว่า 80 เซนติเมตร (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2566)

พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

การจัดการกับภาวะหลอดเลือดแดงตีบที่ไม่แสดงอาการ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังไม่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการรักษาทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมัน ยารักษาระดับน้ำตาลในเลือด และยาต้านเกล็ดเลือดอย่างสม่ำเสมอแล้ว สิ่งที่สำคัญอีกอย่างคือควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิถีชีวิต การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการเลิกสูบบุหรี่ (Hackam, 2021) แอลกอฮอล์ (World Stroke Organization, 2021) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ดังนี้

การออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) หรือการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 25 - 30 (รัญจนา ชนานุวัฒน์ศักดิ์ และคณะ, 2562) โดยแนะนำการออกกำลังกายระดับปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์หรือแอโรบิก 75 นาทีต่อสัปดาห์ (Sun et al., 2021) สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการได้มากขึ้นร้อยละ 50 และมีประโยชน์ในการช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนและความดันโลหิตสูงได้อีกด้วย (Alejandro & Roberto, 2020) ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการเพิ่มสมรรถภาพของหลอดเลือดที่ส่งผลให้เกิดความแข็งแรงของหลอดเลือด

เลือด เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตจะต้องเป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) เช่น การเดินด้วยความเร็ว การวิ่ง การปั่นจักรยาน การเดินแอโรบิก การกระโดดเชือก นอกจากการออกกำลังกายชนิดนี้จะช่วยเรื่องการไหลเวียนเลือดยังช่วยเพิ่มการแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยลดระดับไขมันไม่ดี (LDL) และเพิ่มไขมันดี (HDL) อีกด้วย ตาม American Heart Association (2024) แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างน้อย 30 นาทีและต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์

อาหาร (Diet) แนวปฏิบัติของวิทยาลัยโรคหัวใจอเมริกา (American College of Cardiology: ACC) และสมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ปี ค.ศ. 2019 การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในขั้นปฐมภูมิ แนะนำการบริโภคผักและผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ถั่ว ธัญพืชไม่ขัดสี และเนื้อปลา หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงไขมันเกาะหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ได้แก่ เนื้อสัตว์แปรรูป คาร์โบไฮเดรต เครื่องดื่มรสหวาน และอาหารที่มีไขมันทรานส์ (Sun et al., 2021) กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อปี พ.ศ. 2560 ได้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดโอกาสเสี่ยงโดยการลดอาหารที่มีไขมันสูงและลดอาหารไขมันจากสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อ นม เนย ลดการรับประทานอาหารทอด แป้ง เค้ก หรือของทอดซ้ำซึ่งมีกรดไขมันทรานส์มาก ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว หรือไขมันจากปลาทะเลและปลาน้ำจืด จากการศึกษาในชาวจีน 13 หมู่บ้านที่มีโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ พบว่าระดับไขมันในเลือดที่สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดภายนอกที่คอตีบที่ไม่มีอาการ (95%, $CI = 1.00-1.13$, $OR = 1.06$) (Jin et al., 2017) การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการมีความแตกต่างตามเชื้อชาติ จากการศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารของชาวเมดิเตอร์เรเนียนเน้นรับประทานถั่ว น้ำมันมะกอก ผลไม้ และธัญพืช ลดการบริโภคผลิตภัณฑ์นม เนื้อสัตว์ และของหวาน ชาวนอร์ดิกมีการบริโภคเนื้อปลา ผลไม้ ผักและข้าวโอ๊ต แต่โดยภาพรวมแล้วพบว่าการลดอาหารจำพวกสัตว์เนื้อแดง ขนมปัง แป้ง และของหวาน มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Alejandro & Roberto, 2020)

การสูบบุหรี่ (Smoking) การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและภาวะความดันโลหิตสูง จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญที่ต้องควบคุม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 - 4 เท่าและสำหรับผู้สูดควันบุหรี่หรือสูบบุหรี่มือสอง (Second hand smoking) ก็มีความเสี่ยงในการเกิดโรคได้แต่พบน้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ (Alejandro & Roberto, 2020) จากการศึกษาของซันและคณะ (Sun et al., 2021) การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต

ที่มีความซับซ้อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดลิ้มเลือดในผนังหลอดเลือด การปรับพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่มีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปเป็นประจำหรือการบริโภคเพียงครั้งเดียวก็สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด จากการศึกษาไปข้างหน้า 20 ปี ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยกลางคนและตรวจความหนาของหลอดเลือดคาโรติด (Carotid Intima Media Thickness: CIMT) ในวัยชราตอนต้นของชาวอังกฤษ พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (มากกว่า 15 หน่วยต่อสัปดาห์ในผู้หญิงและมากกว่า 22 หน่วยต่อสัปดาห์ในผู้ชาย) มีความสัมพันธ์ต่อการหนาตัวเพิ่มขึ้นของหลอดเลือดคาโรติด เทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปานกลาง (1 - 14 หน่วยต่อสัปดาห์ในผู้หญิงและ 1 - 21 หน่วยต่อสัปดาห์ในผู้ชาย) (1 หน่วย เท่ากับ แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 8 กรัม) (Britton et al., 2016)

การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงได้ดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก่อนการเกิดโรคเรื้อรังส่งผลให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตัวเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น รวมถึงการมีโรคเรื้อรังที่เป็นโรคประจำตัวแล้วนั้นก็มีความสำคัญในการติดตามผลการรักษาและการมาตรวจตามนัดมีการปรับยาหรือตรวจสอบการรับประทานยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยสามารถติดตามการรับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือไม่ได้ด้วย รวมถึงติดตามการดูแลตนเองในเรื่องของการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เพื่อควบคุมหรือปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง จากการศึกษาการมาตรวจตามนัดในกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่า การมีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.4 (เอกชัย ชัยยาทา และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มคนไข้ที่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะมีการสนใจและติดตามผลลัพธ์ด้านการรักษาเป็นอย่างดีมากกว่ากลุ่มที่มาตามนัดไม่สม่ำเสมอ

ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของไอเซ็น (Ajzen, 1991) ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของไอเซ็นและฟิชบาย (Fishbein & Ajzen, 1975 as cited in Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) จะเป็นตัวกำหนดการเจตนาในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Behavioral intention) แต่พบว่ามีข้อจำกัดในการจัดการกับพฤติกรรมที่

ไม่สมัครใจ ในปี ค.ศ. 1991 ไอ์เซ็น จึงพัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) โดยกล่าวว่าพฤติกรรมที่ถูกแสดงออกมามีสาเหตุมาจากความตั้งใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ที่บุคคลนั้นมีความต้องการ มีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยส่วนใหญ่การแสดงพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคล แต่ก็มีส่วนน้อยที่พฤติกรรมเหล่านั้นมีความเกี่ยวข้องกับโอกาสและทรัพยากร เช่น เวลา เงิน ทักษะ ความร่วมมือของบุคคลอื่น เป็นต้น โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจได้ ได้แก่ ทศคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ดังนี้

1) ทศคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) เป็นความเชื่อ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อพฤติกรรม รวมไปถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจพฤติกรรมว่าดีหรือไม่ดี จะต่อต้านหรือสนับสนุนต่อพฤติกรรมนั้น ๆ

2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) เป็นการรับรู้อิทธิพลของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวัง ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น อาจรวมถึงมีปัจจัยทางอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัจจัยด้านสังคม โดยกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด เพื่อน อาจารย์ บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความยากง่ายหรือความลำบากในการกระทำหรือควบคุมพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการควบคุมพฤติกรรม โดยโอกาสและทรัพยากรเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถคาดการณ์ความสำเร็จของพฤติกรรม ซึ่งไอ์เซ็น กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีมุมมองคล้ายการคาดการณ์ความสำเร็จหรือแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ นอกจากนี้การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมยังเข้าได้กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self - efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1982; as cited in Ajzen, 1991) โดยเป็นความสามารถในการจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของทฤษฎีพฤติกรรมที่วางแผนไว้สามารถทำนายความสำเร็จทางพฤติกรรมได้ต่อมาในปี ค.ศ. 2002 ไอ์เซ็นได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อถกเถียงเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยในการวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจำเป็นต้องรวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้เพื่อให้แน่ใจว่ามีความสอดคล้องภายในสูง (Ajzen, 2002)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ตามทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of planned behavior: TPB) ของไอ์เซ็น

(Ajzen, 1991) ประกอบด้วย ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ดังนั้นการที่บุคคลจะสามารถปรับพฤติกรรมได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับทศนคติของกลุ่มบุคคลในการเลือกที่จะเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในทางบวกหรือทางลบ แต่ถ้าบุคคลมีทศนคติที่ดีหรือคิดในทิศทางบวกจะส่งผลให้บุคคลมีความเชื่อในเรื่องนั้น ๆ เช่น เชื่อว่าการดูแลตนเองดี การเลือกรับประทานอาหารที่ดี เลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หรืออาหารทอด อาหารมัน แอ่งกะทิ ของหวาน จะส่งเสริมหรือการป้องกันไม่ให้ตัวเองเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นหรือทำให้ภาวะหลอดเลือดแดงตีบเพิ่มหรือหนาตัวมากขึ้น เริ่มมีการค้นหาแหล่งข้อมูลอ้างอิงไม่ว่าจะจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน อินเทอร์เน็ต รวมถึงคนรู้จักถ้าบุคคลมีความเชื่อจะเกิดการคล้อยตามและสามารถเลือกได้ว่าสิ่งที่จะทำต่อจากนี้มีประโยชน์หรือโทษมีความง่ายหรือยากต่อการปฏิบัติหรือไม่ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบและมีทศนคติที่ดีว่าถ้าไม่ดูแลตนเอง ไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้ และคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงโดยการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล หรือครอบครัวที่พามาโรงพยาบาล เป็นต้น และเกิดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่ดีจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่ดีในการปรับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความแน่วแน่มุ่งและพยายามที่บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมและแสดงออกมาเป็นผลจากความแน่วแน่มุ่งตั้งใจซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นออกมา (Ajzen, 2013) โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ตามลำดับ ปัจจัยด้านความตั้งใจที่อธิบายจากทฤษฎีนี้ถูกนำไปใช้ในการทำนายพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความตั้งใจในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการพึ่งพาผู้อื่นจากความพิการ (อินทรา ไชยณรงค์, 2561) และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (รุ่งนภา สังข์แก้ว, 2562)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ที่ยังไม่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความแน่วแน่มุ่งตั้งใจ และพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการก่อนเกิดภาวะของโรคขึ้น

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงที่คอติบที่ไม่มีอาการ แต่พบการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 73.91 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.59 (พัชรารัตน์ ทองเนื่อง และอัญญณ์ภักศรใจสมคม, 2562) และการศึกษาความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายด้วยการเดินระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.1 ระดับมาก ร้อยละ 21.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.1 ตามลำดับ โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายด้วยการเดินในระดับน้อยที่สุด หรือไม่มีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายด้วยการเดินเลย (อินทรี ไซยณรงค์ และคณะ, 2559) การศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย พบว่ามีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง (รุ่งนภา สังข์แก้ว, 2562) และการศึกษาความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 (จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ และคณะ, 2561)

จากการวิจัยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าความตั้งใจในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจะมีความแตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและประเภทของพฤติกรรม และความคาดหวังในผลของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นตามมา

เครื่องมือประเมินความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

การทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประเมินความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนี้

1. แบบสอบถามความตั้งใจในการออกกำลังกายด้วยการเดินของ อินทรี ไซยณรงค์ และคณะ (2559) พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นการประเมินระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะออกกำลังกายด้วยการเดิน โดยแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึงมีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายด้วยการเดินมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึงมีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายด้วยการเดินน้อยที่สุด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 สำหรับ

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเนื่องจากมีข้อคำถามเพียง 1 ข้อ คือ ตั้งใจกับไม่ตั้งใจซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน สัมพันธ์กับกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซ็น (Ajzen, 1988)

2. แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของจุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ และคณะ (2561) พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของไอเซ็น 1985 มีข้อคำถามความตั้งใจ จำนวน 1 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตั้งใจมากที่สุดจะเลิกสูบบุหรี่ให้คะแนน 5 จนถึง ไม่ตั้งใจเลยที่จะเลิกสูบบุหรี่ ให้คะแนน 1 ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1 ถึง 5 การแปลคะแนนดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง คะแนน 3 - 4 หมายถึง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 1 - 2 หมายถึง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1

3. แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของพัชรชาติ ทองเนื่อง และอัญญภัคสร ใจสมคม (2562) พัฒนาจากแนวคิด เทย์เลอร์ และคณะ (2005) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกต่อข้อความโดยใช้มาตรวัด 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยแบ่งคะแนนระหว่าง 1 – 5 คะแนน แปลผลโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความตั้งใจระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึงมีความตั้งใจระดับต่ำ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0.88 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Alpha cronbach's coefficient) อยู่ระหว่าง 0.80 – 0.89

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในกลุ่มป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างเครื่องมือ แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและตามทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of planned behavior: TPB) ของไอเซ็น (Ajzen, 2013) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 3 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 ถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนระหว่าง 3 - 21 คะแนน

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3 – 9.0	หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ
คะแนน 9.01 – 15.0	หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง
คะแนน 15.01 - 21	หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมป้องกันเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติของบุคคล เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ มีความสำคัญในการลดโอกาสเสี่ยงเกิดโรคโดยทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนของเองเช่น กล่าวว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกแสดงออกมาเป็นผลมาจากความตั้งใจซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สามารถบ่งชี้ได้ว่าบุคคลนั้นมีความต้องการมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Intention) สามารถทำนายได้จาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) (Ajzen, 1991) ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

ทัศนคติต่อพฤติกรรม

ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) หมายถึง ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่บุคคลแสดงออกมาทั้งทิศทางบวกหรือทิศทางลบ ที่ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 2013)

ทัศนคติต่อพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ แต่พบในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r = .409, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์, 2559) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบเจตคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r = .40, p < .01$) (พัชรารัตน์ ทองเนื่องและอัญญณ์ภักศร ใจสมคม, 2562) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .290, p < .01$) (รุ่งนภา สังข์แก้ว, 2562)

แต่การศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไป ในนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่าเจตคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์และการมองโลกทางบวกไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ (นริณาสายยัดและคณะ, 2561)

เครื่องมือประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรม

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรม ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ดังนี้

1. แบบประเมินเจตคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ เทย์เลอร์ และคณะ (2005) โดยลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินของบุคคลต่อผลดีหรือผลเสียของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอีก 1 เดือนข้างหน้า จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นใช่/ไม่/ تردใจ 5 ระดับ การแปลผลโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามอันดับค่าเฉลี่ย ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ คะแนนสูง หมายถึง มีเจตคติที่ดีอยู่ในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีเจตคติที่ดีอยู่ในระดับต่ำ (พัชรารัตน์ ทองเนื่องและอัญญณ์ภักศร ใจสมคม, 2562)

2. แบบสอบถามเจตคติต่อการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของปัญจพร รอดำ และคณะ (2556) พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมวางแผน (Ajzen, 1980) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเชื่อในการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความสำคัญของประโยชน์ในการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ นำคะแนนที่ได้มารวมกันและนำมาหาค่าเฉลี่ย โดยแบ่งค่าคะแนนให้เป็นลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ คะแนนระหว่าง 11 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยคะแนนรวมระหว่าง 11.0 - 16.9 หมายถึง เจตคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี 17.0 - 23.4 หมายถึง เจตคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และ 23.5 - 25.0 หมายถึง เจตคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี นำไปใช้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มี

อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ตรวจสอบคุณภาพ ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.72 - 0.91

3. แบบสอบถามเจตคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินของอินทรีรา ไชยณรงค์ (2559) พัฒนาจากแบบสอบถามเจตคติต่อการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของปัญจพร รอดำ (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 1980) จำนวน 14 ข้อคำตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ 1 - 5 แบ่งเป็น เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยการแบ่งเกณฑ์การแปลผล คะแนนให้เป็นลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ คะแนนระหว่าง 14 - 25 คะแนน มีการแปลผล คะแนน ดังนี้ คะแนน 24.15 - 25.00 หมายถึง เจตคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับดี คะแนน 17.86 - 24.14 หมายถึง เจตคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 14.00 - 17.85 หมายถึง เจตคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับไม่ดี นำไปใช้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะเวลา 1 - 6 เดือน มีค่า ความตรงเชิงเนื้อหา CVI = .80 ค่าความเที่ยง = .88

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีเครื่องมือที่มีข้อคำถามเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของ ไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 15 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากควรทำ 1 ถึง 7 ไม่ควรทำ คะแนน ระหว่าง 15 - 105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปล ความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 15 - 45.0	หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ
คะแนน 45.01 - 75.0	หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง
คะแนน 75.01 - 105	หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) หมายถึง การรับรู้อิทธิพลของบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ที่ผลต่อการตัดสินใจที่จะทำหรือไม่ทำ พฤติกรรมนั้น (Ajzen, 2013)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่พบงานวิจัยในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ แต่พบในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .38, p < .01$) (พัชรวดี ทองเนื่องและอัญญณ์ภักศร ใจสมคม, 2562) โดยเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญและมีอิทธิพลกับตน ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวยอมมีหน้าที่และต้องปฏิบัติหน้าที่ของตนเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิก ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีคนที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้น จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและกระทำพฤติกรรมนั้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อแรงผลักดันทางสังคมในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ทำให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นออกมา และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .309, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์, 2559) โดยพบว่ากลุ่มอ้างอิงที่กลุ่มตัวอย่างคล้อยตามมากที่สุด คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินจากบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าบุคลากรทางการแพทย์คือผู้ที่สามารถดูแลช่วยเหลือและรักษากลุ่มตัวอย่างให้กลับมาหายเป็นปกติได้ โดยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินจากนักกายภาพมากที่สุด รองลงมาคือ แพทย์ และพยาบาล และได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากลูกหลานและคู่สมรสโดยพบว่า มีลูกหลานคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รองลงมาคือ คู่สมรส การศึกษานี้พบว่า เพื่อนมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจต่อการออกกำลังกายน้อยที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะฟื้นตัวจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่ามีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา มีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ จึงต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวและต้องมีการฟื้นฟูตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้การมีการพบปะเพื่อนน้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น

เครื่องมือประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ดังนี้

1. แบบประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของพัชรวดี ทองเนื่องและอัญญภัคสร ใจสมคม (2562) พัฒนามาจากแนวคิดของ เทย์เลอ และคณะ(2005) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัย มีข้อคำถามทั้งฉบับจำนวน 72 ข้อ การประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความรู้สึกของบุคคลในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำตามความคิดของบุคคลที่ตนให้ความสำคัญ เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน เป็นต้น ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในอีก 1 เดือนข้างหน้า จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) มีคะแนนรวมระหว่าง 6 - 30 การแปลผลคะแนนสูง หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ระดับสูง ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.88 - 1.00 ค่าความเที่ยง 0.80 - 0.89

2. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการออกกำลังกายด้วยการเดินของ อินทิรา ไชยณรงค์ (2559) พัฒนาจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของปัญญพร รอด้า (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของไอเซ็น (1980) จำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามแรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ 1 - 5 แบ่งเป็น เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน คะแนนรวมระหว่าง 12 - 60 คะแนนการแปลผล คะแนนมาก หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับสูง ความตรงเชิงเนื้อหา 1 ค่าความเที่ยง 0.86

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมระหว่าง 10 - 70 คะแนน

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 10 - 23.0	หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่ำ
คะแนน 23.01 - 46.0	หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงปานกลาง
คะแนน 46.01 - 70	หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสูง

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความยากง่ายหรือความลำบากในการกระทำหรือความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรม (Ajzen, 2013)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ แต่พบในกลุ่มอื่น ๆ ประกอบด้วย การศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .31, p < .01$) (พัชรวดี ทองเนื่องและอัญญภัคสร ใจสมคม, 2562) และการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .293, p < .01$) (อินทรีรา ไชยณรงค์, 2559)

เครื่องมือประเมินการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของพัชรวดี ทองเนื่องและอัญญภัคสร ใจสมคม (2562) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ เทย์เลอร์ และคณะ (2005) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัย จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะของข้อความให้ผู้ตอบแสดง ความรู้สึกต่อข้อความโดยใช้มาตรวัด 5 ระดับ คะแนนรวมระหว่าง 6 - 30 คะแนน ลักษณะข้อความคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลว่าเป็นความยากหรือง่ายที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอีก 1 เดือนข้างหน้า คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้การควบคุม

พฤติกรรมอยู่ระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมอยู่ระดับต่ำ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.88 - 1.00 ค่าความเที่ยง 0.80 - 0.89 (พัชรราตรี ทองเนื่อง และอัญญณ์ภักศร ใจสมคม, 2562)

2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินของอินทรีรา ไชยณรงค์ (2559) พัฒนาจากแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของปัญจพร รอถ้ำและคณะ (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของไอเซ็น (1980) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็น มาตราส่วน 5 ระดับ 1 - 5 คะแนนรวมระหว่าง 6 - 30 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 23.58 - 25.00 หมายถึง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับสูง คะแนน 13.15 - 23.57 หมายถึง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 4.00 - 13.14 หมายถึง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับต่ำ เครื่องมือมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 (อินทรีรา ไชยณรงค์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 3 ข้อ คำถาม ตัวเลือกคำตอบ 7 ระดับ ได้แก่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม 3 - 21 คะแนน

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.0 - 9.0 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่ำ

คะแนน 9.01 - 15.0 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมปานกลาง

คะแนน 15.01 - 21 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสูง

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการปรับพฤติกรรมเสี่ยงและการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ยังไม่มีอาการ สามารถป้องกันได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Risk factor control) ได้แก่ การควบคุมภาวะความดันโลหิต การควบคุม

เบาหวาน เป็นต้น การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การลดความเครียด ซึ่งการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านั้น ซึ่งความตั้งใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลถึงการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อภาวะสุขภาพ

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซ็นเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องมีความสัมพันธ์กับ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความตั้งใจพบว่า การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะเกิดพฤติกรรมขึ้นจะมาจากปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยตามที่ทฤษฎีได้กล่าวไว้นั้นแสดงถึง การที่บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากด้วยภาวะของโรคถ้าเกิดขึ้นแล้วเป็นปัญหาและเกิดภาวะความรุนแรงความพิการเป็นอย่างมากเนื่องจากไม่มีอาการแสดงของโรคนำมาก่อนและพบการศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ และคณะ, 2561) ปัจจัยทำนายความตั้งใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปริยาภรณ์ ประยงค์กุล, 2562) ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (พัชรชาติ ทองเนื่อง และอัญญภัคสร ใจสมคม, 2562) และการศึกษาความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาแล้ว ซึ่งในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ เป็นกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบและควบคุมปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการหนาตัวของคราบไขมัน (Plaque) บริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติดต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอแล้วพบว่า มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลพญาไท 1 จากสถิติผู้มาตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 559 ราย และปี พ.ศ. 2565 (เดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม) 816 ราย พบผู้รับบริการที่มาตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ตั้งแต่ 10 - 100 % จำนวน 333 ราย ร้อยละ 40

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพและเข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเครื่อง Carotid duplex ultrasonography โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุที่มีอายุ 30 ขึ้นไป
- 2) เข้ารับการตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ที่ระดับน้อยกว่าร้อยละ 50
- 3) ไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหรือเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบมาก่อน
- 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์คัดออก (Inclusion criteria)

1) ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองหลอดเลือดแดงคาโรติดและพบหลอดเลือดตีบ 2 ข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่งตีบมากกว่าร้อยละ 50

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ มีการศึกษาของอินทราไชยณรงค์ และคณะ (2559) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่าเจตคติต่อการออกกำลังกาย ($r = .409, p < .01$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($r = .309, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่ผ่านมา ($r = .293, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการออกกำลังกายซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงในการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำค่าความสัมพันธ์ดังกล่าวมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 79 และ 89 ราย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้จำนวน 93 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา แหล่งคำแนะนำ

ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว การออกกำลังกาย ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งหลอดเลือดตีบ การรักษาที่ได้รับการรักษา

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 15 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากควรทำ 1 2 3 4 5 6 7 ไม่ควรทำ คะแนนระหว่าง 15 - 105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 15 - 45.0 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

คะแนน 45.01 - 75.0 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนน 75.01 - 105 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 จนถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนระหว่าง 7 - 49 คะแนน

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 7 - 16.0 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่ำ

คะแนน 16.01 - 32.0 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงปานกลาง

คะแนน 32.01 - 49 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสูง

4. แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 3 ข้อ ตัวเลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 จนถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 3 - 21 คะแนน

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.0 - 9.0 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่ำ

คะแนน 9.01 - 15.0 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมปานกลาง

คะแนน 15.01 - 21 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสูง

5. ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น (Ajzen, 2013) จำนวน 3 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 ถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนระหว่าง 3 - 21 คะแนน

แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรายภาคชั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2561) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.0 - 9.0 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ

คะแนน 9.01 - 15.0 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง

คะแนน 15.01 - 21 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลมีความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ไม่ต่ำกว่า .80 (Polit & Beck, 2021)

ค่า CVI แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1.0 และแบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 1.0

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างจริง แล้วจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (Burns & Grove's, 2021) มีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรม	เท่ากับ .77
แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	เท่ากับ .81
แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	เท่ากับ .76
แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมระบบประสาท ห้องตรวจวินิจฉัยหลอดเลือดโรงพยาบาลพญาไท 1 โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเสนอขอหนังสือจากคณบดีบัณฑิตศึกษาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 1 เพื่อขอหนังสือยินยอมให้เก็บข้อมูลวิจัยเพื่อนำมาประกอบการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีบัณฑิตศึกษาถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หน่วยงานวิจัยของเครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล เพื่อขอรับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยพร้อมเอกสารที่กำหนด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของเครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล รหัสโครงการ IRB 012-2566 ลงนามเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2567 แล้วเมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1 ที่บริการตรวจสุขภาพและตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ด้วยเครื่อง Carotid duplex ultrasonography ระหว่างรอเรียกเข้าพบแพทย์เพื่อฟังผลการตรวจ ตามแนวทางการให้บริการของหน่วยงาน ผู้รับบริการจะได้รับข้อมูลความรู้เรื่องภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบและพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการ Scan QR code และศึกษาข้อมูล
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1 ในการแนะนำผู้วิจัยกับผู้รับบริการที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า
4. หลังจากผู้รับบริการเข้าพบแพทย์ฟังผลการตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแล้ว หากผู้รับบริการสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

โครงการวิจัยและชี้แจงรายละเอียดข้อมูลตามเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ทราบถึงเหตุผลการศึกษาครั้งนี้ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะได้รับ การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการวิจัย ให้เวลาในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอม (Informed consent form) ก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 43 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที โดยสามารถหยุดพักได้ระหว่างทำแบบสอบถามตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด หากพบว่าแบบสอบถามใดไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันทีเพื่อขอความร่วมมือให้ตอบคำถามให้ครบถ้วน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและมอบของที่ระลึก

เมื่อได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ครบตามจำนวน 93 ราย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในเครือโรงพยาบาล พญาไท - เปาโล เลขที่ IRB 012-2566 การศึกษาครั้งนี้ปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมวิจัยในคนโดยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. หลักการเคารพเอกราช (Respect for autonomy) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1 ในการแนะนำผู้วิจัยกับ ผู้รับบริการที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก หากผู้รับบริการสนใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง เชิญเข้าห้องที่เป็นส่วนตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แจกเอกสารข้อมูลโครงการวิจัย โดยอธิบายอย่างชัดเจนและ ไม่มีการบิดเบือนความจริง กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่มีการบังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล เคารพในความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดโครงการ ซึ่งจะไม่ผลต่อบริการที่ได้รับ ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของผู้รับบริการ โดยจะไม่เก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ เช่น หมายเลขผู้ป่วยนอก หมายเลขผู้ป่วยใน และชื่อ สกุล เป็นต้น ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลจะเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่เข้าดูได้เฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาและจะทำลายข้อมูลภายหลัง 3 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามเอกสารยินยอม (Consent form) พร้อมทั้งให้เอกสารกับผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ชุด

2. หลักคุณประโยชน์ ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอื่นร่วมด้วยภาพรวมในอนาคต โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจทำให้เสียเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์นานประมาณ 15 - 20 นาทีและไม่มีผลต่อการพบแพทย์

3. หลักความยุติธรรม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากเกณฑ์การคัดเลือก และคัดออกชัดเจน ไม่มีอคติ (Selection bias) และปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (IBM SPSS Statistics Authorized User Version 27, License Code: 704fb2646c79e60d7127 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ทศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม วิเคราะห์โดยหาช่วงคะแนน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ทศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution) โดยใช้ค่า Skewness value และ Kurtosis value แล้วพบว่ามีค่าเกิน 3.29 (Kim, 2013) (ภาคผนวกตาราง 7) จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของโคเฮนในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะของการลดหรือเพิ่มในทางเดียวกันหรือตามกันและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะของการลดหรือเพิ่มในทางตรงกันข้ามกัน (Cohen, 1988) ค่า r มีระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

0.10 - 0.29 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

0.30 - 0.49 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

0.50 - 1.00 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

บทที่ 4

ผลวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ได้แก่ ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการตัดสินใจ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพและเข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่อง Carotid duplex ultrasonography โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก อายุ 30 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ระดับน้อยกว่าร้อยละ 50 และไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหรือเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบมาก่อนจำนวน 93 คน วิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตรวจสอบข้อมูลแจกแจงไม่ปกติและความสัมพันธ์ไม่เป็นเชิงเส้นตรงจึงใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการทดสอบความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการอธิบาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ทักษะการตัดสินใจ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการกับทักษะการตัดสินใจ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ตาราง 1

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 93$)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	50.5
หญิง	46	49.5
อายุ ($M = 64.16$, $SD = 11.18$, $Max = 88$, $Min = 36$)		
สถานภาพ		
โสด	15	16.1
สมรส	70	75.3
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	8.6
อาชีพ		
ข้าราชการ	7	7.5
พนักงานรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	24	25.8
แม่บ้าน	19	20.4
ธุรกิจส่วนตัว	30	32.3
รับจ้าง	6	6.5
อื่น ๆ	7	7.5
รายได้		
เพียงพอ	73	78.5
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	2	2.2
เหลือเก็บ	17	18.3
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	1	1.1
สิทธิการรักษา		
จ่ายเอง	81	87.1

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สวัสดิการบริษัท	6	6.5
ประกันสังคม	1	1.1
อื่น ๆ	5	5.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	5.4
ประถมศึกษา	16	17.2
มัธยมศึกษา	15	16.1
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	10	10.8
ปริญญาตรี	43	46.2
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.3
แหล่งคำแนะนำ		
แพทย์	13	14
พยาบาล	12	12.9
แพทย์และพยาบาล	66	71
แพทย์และอินเทอร์เน็ต	1	1.1
ข้อมูลสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	28	30
โรคความดันโลหิตสูง	7	7.5
โรคไขมันในเลือดสูง	20	21.5
โรคเบาหวาน	2	2.2
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	12	12.9
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	3	3.2
โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันสูง	6	6.5
โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	3	3.2
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	56	60.2
ออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน	21	22.6
ออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน	7	7.5
ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีต่อวัน	9	9.7

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	77	82.8
เคยสูบบุหรี่	13	14.0
ปัจจุบันสูบบุหรี่	3	3.2
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	77	82.8
เคยดื่มแอลกอฮอล์	7	7.5
ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์	9	9.7
ประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	89	95.7
โรคหลอดเลือดสมอง ตีบ ตัน	3	3.2
โรคหลอดเลือดสมองแตก	1	1.1
การรับรู้ความเสี่ยง		
มีความเสี่ยงเล็กน้อย	71	76.3
มีความเสี่ยงปานกลาง	21	22.6
มีความเสี่ยงสูง	1	1.1
น้ำหนัก ($M = 65.63$, $SD = 12.38$, $Max = 106$, $Min = 41$)		
ส่วนสูง ($M = 162.10$, $SD = 8.43$, $Max = 183$, $Min = 143$)		
ดัชนีมวลกาย ($M = 24.91$, $SD = 4.03$, $Max = 37.10$, $Min = 17.28$)		
รอบเอว ($M = 79.71$, $SD = 11.41$, $Max = 116$, $Min = 50$)		
ตำแหน่งหลอดเลือดตีบ		
Right CCA	7	7.5
Right Bifurcation	38	40.9
Right ICA	7	7.5
Right ECA	3	3.2
Left CCA	8	8.6
Left Bifurcation	55	59.1
Left ICA	7	7.5
Left ECA	3	3.2

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะหลอดเลือดตีบ 2 ตำแหน่ง	28	30.1
ภาวะหลอดเลือดตีบ 3 ตำแหน่ง	4	4.3
ภาวะหลอดเลือดตีบ 4 ตำแหน่ง	1	1.1

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 49.5) และเพศชาย (ร้อยละ 50.5) ใกล้เคียงกัน ($M = 64.16$, $SD = 11.18$, $Max = 88$, $Min = 36$) มีอายุระหว่าง 36 - 88 ปี อายุเฉลี่ย 64 ปี ($SD = 11.18$) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานะภาพสมรส (ร้อยละ 75.3) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.3) พบว่ามีสถานะทางการเงินเพียงพอ (ร้อยละ 78.5) โดยเกือบทั้งหมดจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (ร้อยละ 87.1) พบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 46.2) รองลงมาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 17.2) และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล (ร้อยละ 71) โดยพบว่าในผู้รับบริการที่มารับตรวจ มีโรคประจำตัวร้อยละ 70 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 21.5) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 2.2) และพบว่าในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค 3 ลำดับแรกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.9) ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมกับโรคเบาหวานเท่ากัน (ร้อยละ 3.2) และพบทั้งโรคเบาหวาน ความดันสูงและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 6.5)

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 60.2) รองลงมาออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน (ร้อยละ 22.6) ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีต่อวัน (ร้อยละ 9.7) และออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน (ร้อยละ 7.5) ในด้านการสูบบุหรี่พบว่าผู้รับบริการไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 82.8) เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว (ร้อยละ 14) และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 3.2) เช่นเดียวกับการดื่มแอลกอฮอล์ผู้รับบริการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 82.8) เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแอลกอฮอล์แล้ว (ร้อยละ 7.5) และปัจจุบันยังพบว่าดื่มแอลกอฮอล์อยู่ (ร้อยละ 9.7) และในด้านประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวพบมากที่สุดไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 95.7) รองลงมาเคยมีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (ร้อยละ 3.2) และน้อยที่สุดเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (ร้อยละ 1.1) และพบว่าการรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือการรับรู้ในความเสี่ยงน้อย (ร้อยละ 76.3) เสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 22.6) และเสี่ยงสูง (ร้อยละ 1.1) ดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 24.91 มากที่สุดที่ 37.10 และดัชนีมวลกายที่น้อยที่สุดอยู่ที่ 17.28 และมีรอบเอวอยู่ในระดับดี เฉลี่ยรอบเอวอยู่ที่ 79.71 เซนติเมตร มากที่สุดอยู่ที่ 116 เซนติเมตร และน้อยที่สุดอยู่ที่ 50 เซนติเมตร

ในส่วนของตำแหน่งที่ตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดีบมากที่สุดอยู่บริเวณแขนงทางแยกของหลอดเลือดคาโรติด (Bifurcation) และส่วนใหญ่จะพบบริเวณข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ร้อยละ 59.1 ส่วนตำแหน่ง Right CCA, Right ICA, Left ICA ไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 7.5) และตำแหน่ง ECA ไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 3.2) นอกจากนี้ยังพบว่านอกจากจะตรวจพบภาวะหลอดเลือดตีบที่ 1 ตำแหน่งแล้วในบางรายยังพบภาวะหลอดเลือดตีบ มากกว่า 1 ตำแหน่ง ที่ 2 ตำแหน่ง (ร้อยละ 30.1) พบหลอดเลือดตีบ 3 ตำแหน่ง รองลงมา (ร้อยละ 4.3) และ 4 ตำแหน่ง (ร้อยละ 1.1)

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ตาราง 2

ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม ช่วงคะแนนจริง ค่ามัธยฐาน ของความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (N = 93)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนของ แบบสอบถาม	ช่วงคะแนนจริง	Mdn (IQR)	ระดับ
ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม	3 - 21	12 - 21	21.00 (0)	สูง
ทักษะคิดต่อพฤติกรรม	15 - 105	84 - 105	104.00 (4)	สูง
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	7 - 49	32 - 49	49.00 (2)	สูง
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	3 - 21	12 - 21	21.00 (0)	สูง

จากการศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการจำนวน 93 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 21 คะแนน

(Median = 21.00, IQR = 0) มีคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง มีค่ามัธยฐาน 104 คะแนน (Median = 104.00, IQR = 4) มีคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในระดับสูง มีค่ามัธยฐาน 49 คะแนน (Median = 49.00, IQR = 2) และมีคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับสูง มีค่ามัธยฐาน 21 คะแนน (Median = 21.00, IQR = 0)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการกับทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ตาราง 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ (N = 93)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน	p-value
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	.261	.012*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.429	.000**
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.549	.000*

* $p < .05$

** $p < .001$

จากตาราง 3 พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .261, p < .012$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .429, p < .01$) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .549, p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง หมายความว่า เมื่อหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างรับทราบผลการตรวจและได้รับข้อมูลว่าความผิดปกติที่พบสามารถควบคุมได้หากได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีเศรษฐฐานะค่อนข้างดี และเป็นผู้ที่มีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจึงมีความตั้งใจในการมาตรวจสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งผลให้มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อพบว่าตนเองมีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงคาโรติดและมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้มีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจสูงในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่กล่าวว่า การที่บุคคลวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดจากแรงสนับสนุนด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ความเชื่อมั่นในคำแนะนำของแพทย์ผู้ให้การรักษา และประเมินแล้วว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงส่งผลให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง (Ajzen, 2013) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราวดี ทองเนื่อง และอัญญภัศสร ใจสมคม (2562) ที่พบว่ากลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่มีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของอินทรา ไชยณรงค์ และคณะ (2559) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความตั้งใจในการออกกำลังกายในการเดินในระดับมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการกับทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลดังนี้

ทัศนคติต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ($r_s = .261, p < .01$) สนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 หมายความว่า ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการมีทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค ก็จะทำให้ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ทัศนคติต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลมาจากความเชื่อ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อพฤติกรรม และผลที่ตามมาจากการปฏิบัติพฤติกรรม หากมีความเชื่อในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีผลดี และประเมินค่าว่าควรปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการจึงมีทัศนคติต่อพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทางบวก สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of planned behavior: TPB) ของไอเซ็น (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่าความตั้งใจได้มาจากทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) ซึ่งทัศนคติต่อพฤติกรรม เป็นความเชื่อ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อพฤติกรรม รวมไปถึงผลที่ตามมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจว่าพฤติกรรมดีหรือไม่ดี จะต่อต้านหรือสนับสนุนต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นเมื่อผู้มารับการตรวจคัดกรองได้รับทราบผลการตรวจและข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีผลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรมในการป้องกันทั้งในทางบวกและทางลบแล้วแต่บุคคล ย่อมมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อการฟื้นตัวด้านร่างกายอย่างรวดเร็วในช่วง 1 - 3 เดือนแรก หากมีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยการเดิน การรับรู้ดังกล่าวจึงเป็นการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีและส่งผลต่อความตั้งใจต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่าเจตคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับ

ความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r = .409, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์, 2559) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงผ่านบุคลากรทางสุขภาพ พบเจตคติต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r = .40, p < .01$) (พัชรวดี ทองเนื่อง และอัญญะภัสร์ ใจสมคม, 2562) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .290, p < .01$) (รุ่งนภา สังข์แก้ว, 2562) การศึกษาในกลุ่มนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชลบุรี พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = .62, p < .05$) (พฤษพร เกียรติเกริกไกร และคณะ, 2563) แต่การศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่าเจตคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์และการมองโลกทางบวกไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ (นริมา สายยี่ต และคณะ, 2561)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ($r_s = .429, p < .01$) สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 หมายความว่า ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการรับรู้อิทธิพลของบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ ที่ทำหรือไม่ทำพฤติกรรมส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of planned behavior: TPB) ของไอเซ็น (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่าความตั้งใจได้จากการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) กล่าวว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นการรับรู้อิทธิพลของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวัง อาจมีปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจทำหรือไม่ทำพฤติกรรม หากผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก ย่อมส่งผลความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .38, p < .01$) (พัชรวดี ทองเนื่องและอัญญะภัสร์ ใจสมคม, 2562) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .309, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์, 2559)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ($r_s = .549, p < .01$) สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3 หมายความว่า ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการมี

การรับรู้ของบุคคลถึงความยากง่ายหรือความลำบากในการกระทำหรือความสามารถในการควบคุม การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มี อาการ ส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับทฤษฎี พฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of planned behavior: TPB) ของไอเซ็น (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่าความตั้งใจได้จากการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความยากง่ายหรือความลำบากในการ กระทำหรือควบคุมพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการควบคุมพฤติกรรม โดยโอกาส และทรัพยากรเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถคาดการณ์ความสำเร็จของพฤติกรรม หากผู้ที่มีหลอดเลือดแดง คาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมาก ย่อมส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความ ตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .31, p < .01$) (พัชรราวี ทองเนื่อง และอัญญภัคสร ใจสมคม, 2562) และการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางด้วย กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .293, p < .01$) (อินทิรา ไชยณรงค์, 2559)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ได้แก่ ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรม แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพและเข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่อง Carotid duplex ultrasonography โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า อายุ 30 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ที่ระดับน้อยกว่าร้อยละ 50 และไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหรือเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบมาก่อน จำนวน 93 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ตรวจสอบข้อมูลแจกแจงไม่ปกติและความสัมพันธ์ไม่เป็นเชิงเส้นตรงจึงใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman's Correlation) ในการทดสอบความสัมพันธ์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ที่เข้ารับการตรวจภาวะหลอดเลือดแดงที่คอตีบ

หลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 49.5) และเพศชาย (ร้อยละ 50.5) ใกล้เคียงกัน ($M = 64.16$, $SD = 11.18$, $Max = 88$, $Min = 36$) มีอายุระหว่าง 36 - 88 ปี อายุเฉลี่ย 64 ปี ($SD = 11.18$) ร้อยละ 60 ไม่ออกกำลังกาย และพบว่า มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรค ร้อยละ 70 ตำแหน่งที่ตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบมากที่สุดอยู่บริเวณแขนงทางแยกของหลอดเลือดคาโรติด (Bifurcation) และส่วนใหญ่จะพบบริเวณข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ร้อยละ 59.1 ส่วนตำแหน่ง Right CCA, Right ICA, Left ICA พบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 7.5) และตำแหน่ง ECA ทั้งสองข้างใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 3.2) เช่นเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างนี้พบภาวะหลอดเลือดตีบมากกว่า 1 ตำแหน่ง ถึงร้อยละ 35.5 โดยมีหลอดเลือดตีบ 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 30.1 หลอดเลือดตีบ 3 ตำแหน่ง ร้อยละ 4.3 และหลอดเลือดตีบ 4 ตำแหน่ง (ร้อยละ 1.1)

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการจำนวน 93 คน พบว่าค่ามัธยฐานความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 21 คะแนน ($Median = 21.00$, $IQR = 0$) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมมีค่ามัธยฐาน 104 คะแนน ($Median = 104.00$, $IQR = 4$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีค่ามัธยฐาน 49 คะแนน ($Median = 49.00$, $IQR = 2$) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีค่ามัธยฐาน 21 คะแนน ($Median = 21.00$, $IQR = 0$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการกับทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยด้านทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวก

ระดับต่ำกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ($r_s = .261, p < .05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ($r_s = .429, p < .001$) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ ($r_s = .549, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาหลังจากผู้รับบริการได้รับรู้ถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลควรจัดโปรแกรมสนับสนุนการปรับพฤติกรรมโดยเฉพาะการควบโรค การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล เพื่อช่วยสนับสนุนและจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม
2. พยาบาลติดตามผู้รับบริการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หากพบผู้บริการมีความเสี่ยงมากขึ้นสามารถให้ผู้รับบริการได้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงรายด้านหลังจากตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ
2. การศึกษาต่อยอดในระดับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยง
3. การศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นข้อคำถามการปฏิบัติตนในภาพรวม อาจส่งผลต่อคำตอบถึงความตั้งใจสูงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยรวม แต่ยังไม่สามารถสะท้อนถึงความตั้งใจในปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค.แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
2566 [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี: 2567 [สืบค้นเมื่อ 24 กพ.2568].สืบค้นจาก:
<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9279>
- กัญจน์ณิชา เรื่องชัยวีสุข, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, และนริสา วงศ์พนารักษ์. (2564). ปัจจัยทำนาย
พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร
พยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 14(1), 213-225.
- ข้อมูลสถิติแผนกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1. (2565) สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือด
แดงแดงคาโรติดที่คอติบ. กรุงเทพมหานคร: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพญาไท 1
- จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ, เกษร สำเภาทอง, และพรทิพย์ จอมพุก. (2561). ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิก
สูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารพยาบาล
สาธารณสุข*, 32(2), 138-153.
- จิตรลดา สมาจาร, พงศ์ภัทร์ วรสายัณห์, อรุมา ชุตินेत्र, และนิจศรี ชาญณรงค์. (2560). *Basic &
Clinical Neuroscience9* : การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ (พิมพ์ครั้งที่ 1).
คลาสิคสแกน. 31-53
- พงศ์ภัทร์ วรสายัณห์, อรุมา ชุตินेत्र, และนิจศรี ชาญณรงค์. (2559). *Basic & Clinical
Neuroscience8* : การตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (พิมพ์ครั้งที่ 1).
คลาสิคสแกน. 95-104
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์
- ธีรศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, และนิรันดร์ ธาระคร. (2565). ปัจจัยที่
มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 อำเภอท่าบ่อ
จังหวัดหนองคาย. *วารสารศูนย์อนามัยที่9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*,
16(1), 285-298.
- นริมา สายยัด, จิณห์จุฑา ชัยเสนา, และชนิดดา แนนเกษร. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
ตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษา. *วารสารการพยาบาลและ
การดูแลสุขภาพ*, 36(4), 120-127.
- นันทน์ภัส ธนฐากร และธนัช กนกเทศ. (2561). โรคอ้วนในผู้สูงอายุ:การประเมินและแนวทางการ
ป้องกัน. *วารสารวิชาการวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย*, 13(1), 16-26

- ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล, ทศนา ทวีคุณ, โสภณ แสงอ่อน. (2562). ปัจจัยทำนายความตั้งใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(2), 219-235.
- พัชรชาติ ทองเนื่อง และอัญญะภัสร์ ใจสมคม. (2562). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่. *วารสารโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 49-65.
- รุ่งนภา สังข์แก้ว, พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 33(ออนไลน์), 21-36.
- รัชยุทธ ธนปิยชัยกุล, นภาพร ชัยสินอนันต์กุล, และนิจศรี ชาญณรงค์. (2555). *Basic and Clinical Neuroscience 4*. คลาสสิกสแกน จำกัด.
- รัตนศิริ ทาโต (2561). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. ใน รัตนศิริ ทาโต (บรรณาธิการ). *การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 308-322). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัฐจนา ธนาวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, และธนบูรณ์ วรกิจอำราชย์. (2563). *The Primary Prevention of Stroke*. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง*, 18(2), 29-39.
- วิยะดา แสงสี, ปิยะฉัตร สีวานันท์, และนุชจรี นักรั. (2558). โรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน (carotid stenosis) และการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยการใส่ขดลวดถ่างขยาย (Carotid Stent). *เวชบันทึกศิริราช*, 8(2), 89-97.
- สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2565). *โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน: โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อินทิรา ไชยณรงค์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, และศรัณยา โฆสิตะมงคล. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการออกกำลังกาย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 178-185.
- อินทิรา ไชยณรงค์. (2561). ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 47-55.

- เอกชัย ชัยยาหา, ลภัสสรดา หนู่มคำ, และณิชน รักกะเปา. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 28(1), 182-196.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior 1. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I. (2013). Theory of planned behaviour questionnaire. *Measurement instrument database for the social science*, Retrive from www.midss.ie
- Alejandro, M. S., & Roberto, C. (2020). Ischemic Stroke Management : Medical, Interventional and Surgical Management [Book]. Thieme.
<https://chula.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=2323264&site=eds-live>
- American Heart Association. (2021) <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>
- American Stroke Association. (2024) <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000475>
- Bonati, L. H., Jansen, O., de Borst, G. J., & Brown, M. M. (2022). Management of atherosclerotic extracranial carotid artery stenosis. *The Lancet Neurology*, 21(3), 273-283.
- Booth, J., Connelly, L., Lawrence, M., Chalmers, C., Joice, S., Becker, C., & Dougall, N. (2015). Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. *BMC Neurology*, 15, 233-233.
<https://doi.org/10.1186/s12883-015-0456-4>
- Britton, A., Hardy, R., Kuh, D., Deanfield, J., Charakida, M., & Bell, S. (2016). Twenty-year trajectories of alcohol consumption during midlife and atherosclerotic thickening in early old age: findings from two British population cohort studies. *BMC Medicine*, 14(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0656-9>

- Bushnell, C., Kernan, W. N., Sharrief, A. Z., Chaturvedi, S., Cole, J. W., Cornwell III, W. K., ... & Whelton, P. K. (2024). 2024 Guideline for the primary prevention of stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 55(12), e344-e424.
- Carreira, M., Duarte-Gamas, L., Rocha-Neves, J., Andrade, J. P., & Fernando-Teixeira, J. (2020). Management of The Carotid Artery Stenosis in Asymptomatic Patients. *Revista portuguesa de cirurgia cardio-toracica e vascular*, 27(3), 159-166. PMID: 33068504.
- Dharmasaroja, P. (2008). arevalence of extracranial carotid stenosis in Thai ischemic stroke/TIA patients. *Journal of the neurological sciences*, 269(1-2), 92-95. doi: 10.1016/j.jns.2007.12.032
- Dharmasaroja PA, Intharakham K. (2010). Risk factors for carotid stenosis in Thai patients with ischemic stroke/TIA. *Angiology*, 61(8), 789-92. doi: 10.1177/0003319710369793. Epub 2010 May 12. PMID: 20462893.
- Force, U. P. S. T. (2021). Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 325(5), 476-481. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26988>
- Hans, S. S. (2018). Carotid endarterectomy for high plaque. In *Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease* (pp. 147-150). Springer.
- Hackam, D. G. (2021). Optimal medical management of asymptomatic carotid stenosis. *Stroke*, 52(6), 2191-2198.
- Jin, H., Peng, Q., Nan, D., Lv, P., Liu, R., Sun, W., Teng, Y., Liu, Y., Fan, C., Xing, H., Xu, K., & Huang, Y. (2017). Prevalence and risk factors of intracranial and extracranial artery stenosis in asymptomatic rural residents of 13 villages in China. *BMC Neurology*, 17(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-0924-0>
- Ezekowitz, J. A., Straus, S. E., Majumdar, S. R., & McAlister, F. A. (2003). Stroke: strategies for primary prevention. *American family physician*, 68(12), 2379-2386.

- Kaul, S., Alladi, S., Mridula, K. R., Bandaru, V. C., Umamashesh, M., Anjanikumar, D., Lalitha, P., & Chandrasekhar, R. (2017). Prevalence and risk factors of asymptomatic carotid artery stenosis in Indian population: An 8-year follow-up study. *Neurol India*, 65(2), 279-285. https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI_523_16
- Kim, H.W., Regenhardt, R.W., D'Amato S.A., et al. (2022). Asymptomatic carotid artery stenosis: a summary of current state of evidence for revascularization and emerging high-risk features. *Journal of NeuroInterventional Surgery*. doi: 10.1136/jnis-2022-018732
- Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., Curry, S. J., Donahue, K. E., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Kubik, M., Landefeld, C. S., Li, L., Owens, D. K., Pbert, L., Silverstein, M., Stevermer, J., Tseng, C. W., Wong, J. B., ... US Preventive Services Task Force. (2021). Screening for asymptomatic carotid artery stenosis: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, 325(5), 476–481. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26988>
- Li, Z., Yang, H., Zhang, W., Wang, J., Zhao, Y., & Cheng, J. (2021). Prevalence of asymptomatic carotid artery stenosis in Chinese patients with lower extremity peripheral arterial disease: a cross-sectional study on 653 patients. *BMJ Open*, 11(4), e042926. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042926>
- Messas, E., Goudot, G., Halliday, A., Sitruk, J., Mirault, T., Khider, L., Mahjoub, H., Ben Salem, D., Diouf, M., Serfaty, J. M., Lapergue, B., Touzé, E., Bodenant, M., Henon, H., Arquizan, C., Naggara, O., Becquemin, J. P., Davaine, J. M., Julia, P., ... Aboyans, V. (2020). Management of carotid stenosis for primary and secondary prevention of stroke: State-of-the-art 2020: A critical review. *European Heart Journal Supplements*, 22(Supplement_M), M35–M42. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suaa099>
- Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., & Wilson, J. A. (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.

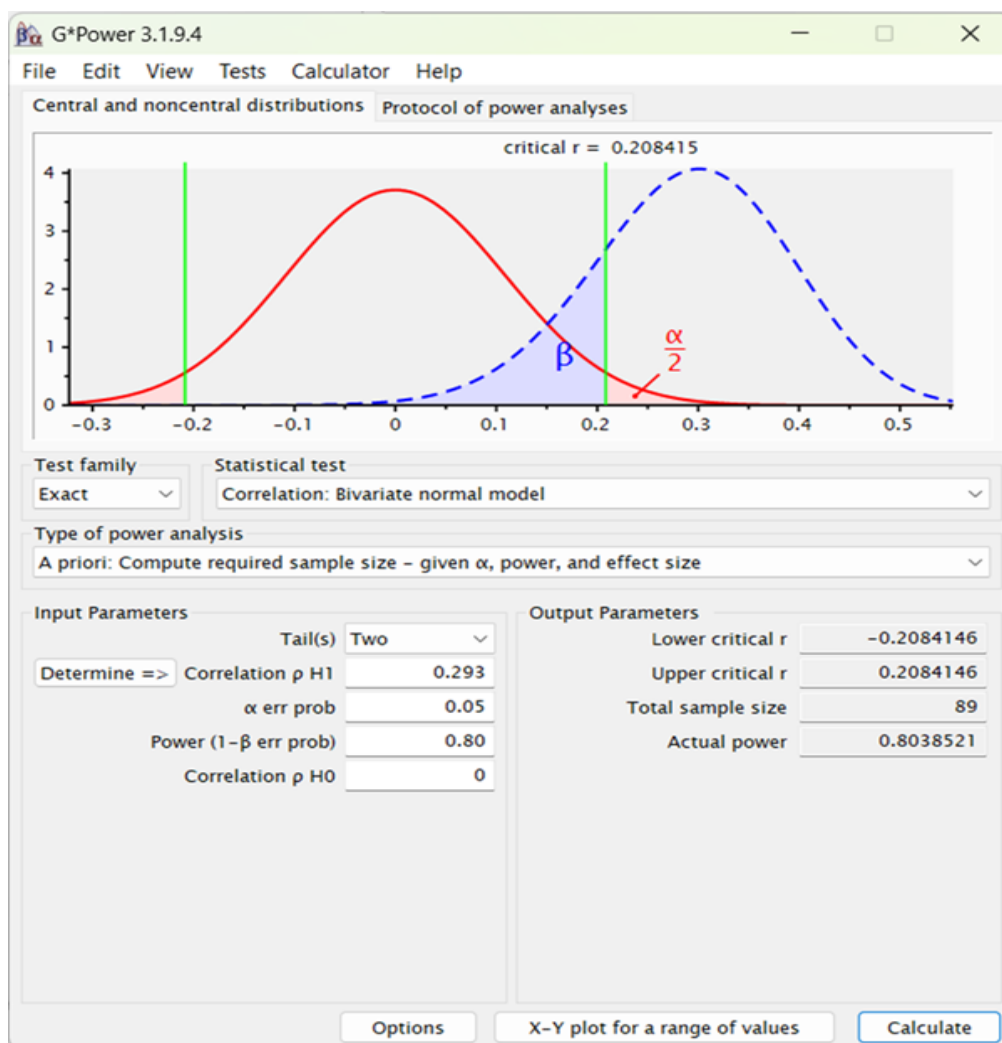
- Miura, Y., & Suzuki, H. (2019). *Dyslipidemia and atherosclerotic carotid artery stenosis*. *Vessel Plus*, 3(1), 2574-1209.
- Patraithikul, P., & Orrapin, S. S. (2021). Management of extracranial carotid artery stenosis: Extracranial carotid artery stenosis. *Journal of the Association of General Surgeons of Thailand under the Royal of Patronage of HM the King*, 6(1), 24-51.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Wolters Kluwer.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., & Hoh, B. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344-e418.
- Rajashekar, D., & Liang, J. W. (2022, February 10). *Intracerebral Hemorrhage*. Retrieved 4 April from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553103/>
- Samaniego, E. A., & Hasan, D. (2019). *Acute stroke management in the era of thrombectomy*. Springer.
- Sreejesh, Kp & Athira, Ks & Heydey, J. (2018). Awareness and attitude towards stroke and its prevention among hypertensive and non-hypertensive people. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. www.11.39.10.22159/ajpcr.2018.v11i3.22612.
- Smith-Rooker, J. L., & Hodges, L. C. (1998). Managing patients with carotid stenosis. *MedSurg Nursing*, 7(5), 280-292. <https://link.gale.com/apps/doc/A21212552/AONE?u=anon~9238eac7&sid=googleScholar&xid=2b8a9e8b>.
- Sun, J., Yuan, C., & Hatsukami, T. S. (2021). Stroke Prevention with Extracranial Carotid Artery Disease. *Current Cardiology Reports*, 23(11), 161. <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01593-1>
- Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of stroke*, 16(1), 1.

- World Health Organization. (2019, October 29). *World Stroke Day 2019: Don't be the one*. World Health Organization – South-East Asia.
<https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day-2019>
- World Stroke Organization. (2021). *Stroke-prevention*. <https://www.world-stroke.org/world-strokeleaders/about-future-leaders/funded-projects/stroke-prevention>
- Woo, S. Y., Joh, J. H., Han, S. A., & Park, H. C. (2017). Prevalence and risk factors for atherosclerotic carotid stenosis and plaque: a population-based screening study. *Medicine*, 96(4). e5999. doi: 10.1097/MD.0000000000005999
- Zhang, K., Lin, Q., Zhang, T., Guo, D., & Cao, L. (2020). Contemporary Prevalence and risk factors of carotid artery stenosis in asymptomatic low-income Chinese individuals: a population-based study. *Postgraduate Medicine*, 132(7), 650-656. <https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1788319>
- Zhu, Z., & Yu, W. (2020). Update in the treatment of extracranial atherosclerotic disease for stroke prevention. *Stroke and Vascular Neurology*, 5(1), e000261. <http://dx.doi.org/10.1136/svn2019-000261>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติดที่ไม่มีอาการ แต่มีการศึกษาของ อินทรา และคณะ (2559) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่าเจตคติต่อการออกกำลังกาย ($r = .409, p < .01$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($r = .309, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่ผ่านมา ($r = .293, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการออกกำลังกายซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงในการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำค่าความสัมพันธ์ดังกล่าวมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 79 และ 89 ราย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้จำนวน 93 ราย



ภาคผนวก ข
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
 ที่อยู่.....

ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าเกี่ยวข้องในโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติบที่ไม่มีอาการ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้อย่างละเอียด ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น (ตามรายละเอียดเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยที่แนบมากับเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้)

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในเนื้อหาที่เป็นสรุปผลโครงการวิจัยและคณะผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจแก่ข้าพเจ้าตลอดโครงการวิจัยนี้ และรับรองว่าหากเกิดมีอันตรายใดๆ จากโครงการวิจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับคณะนักวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับคณะผู้วิจัย คือ นางสาวทีปกร บุญลือชา ได้ที่ บ้านเลขที่ 118/56 หมู่บ้านปรัญญา บิซโฮม2 ถนนอ่อนนุช-ลาดกระบัง แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10250 โทรศัพท์ 087-854-6800 E-mail 6344103@stin.ac.th หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระรามที่สี่ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4092-97 ต่อ 283 โทรสาร 0-2256-4090

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม นักวิจัย

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....

นักวิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้อย่างละเอียดโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงนาม..... นักวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ชื่อนักวิจัยหลัก

นางสาวทีปกร บุญลือชา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจาง พึ่งจาด

หลักการและเหตุผล

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการสามารถเกิดขึ้นได้โดยการรักษาทางการแพทย์ที่ควบคุมปัจจัยด้านโรคและความเจ็บป่วยอื่น ๆ นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ ได้แก่ ทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่นำไปใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการได้ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลกับผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการ อายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 93 ราย ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติด ด้วยเครื่อง Carotid duplex ultrasonography โดยพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญ และตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงตีบน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง

การปฏิบัติตนของอาสาสมัครวิจัย/ผู้ให้ข้อมูลและระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วมการวิจัย

การร่วมวิจัยครั้งนี้ เป็นความสมัครใจ โดยผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามความตั้งใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม พร้อมบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

ประโยชน์ที่อาสาสมัครวิจัย/ผู้ให้ข้อมูล หรือสถาบันจะได้รับ

การเข้าร่วมวิจัยนี้อาจจะไม่เกิดประโยชน์ต่อท่านโดยตรง แต่ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ความเสี่ยงและอาการไม่พึงประสงค์

การเข้าร่วมวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก ท่านอาจเกิดอาการอ่อนล้าในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังโดยการหยุดพักตามที่ท่านต้องการ

การชดเชย การดูแลรักษากรณีมีภาวะแทรกซ้อน

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยการเสียเวลา ผู้วิจัยขอมอบของที่ระลึก เพื่อเป็นการขอบคุณแก่ท่านภายหลังการสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม

วิธีปฏิบัติหากไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

การรักษาความลับ

การตอบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลจะใช้รหัสข้อมูลจะถูกสรุปเป็นภาพรวมนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ที่ถูกกำหนดรหัสผ่านไว้เป็นอย่างดีและงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่จะนำข้อมูลไปทำลายภายหลัง 3 ปี บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีอาสาสมัครวิจัยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยนางสาวทีปกร บุญลือชา ได้ที่ บ้านเลขที่ 118/56 หมู่บ้านปรัญญา บิซโฮม2 ถนน อ่อนนุช-ลาดกระบัง แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10250 โทรศัพท์ 087-854-6800 E-mail 6344103@stin.ac.th หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาล ศรีสวรินทิรา สภาวิชาชีพไทย เลขที่ 1873 ถนนพระรามที่สี่ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4092-97 ต่อ 283 โทรสาร 0-2256-4090



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือข่ายโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.



แบบเอกสารที่ PF 10_1(หน้า1/2)

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย

ภาษาไทย บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ภาษาอังกฤษ Factors Related to Intention to Perform Stroke Prevention Behaviors among Persons with Asymptomatic Extracranial Carotid Artery Stenosis

ชื่อผู้ทำงานวิจัย นางสาวทีปกร บุญลือชา (หัวหน้าโครงการวิจัย) สังกัด โรงพยาบาลพญาไท 1
นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลพญาไท 1

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวทีปกร บุญลือชา บ้านเลขที่ 666/146 คอนโดมี อ่อนนุช- พระราม9 ถนน แขวงประเวศ เขตประเวศ
กรุงเทพฯ 10250 โทรศัพท์ 087-854-6800 E-mail 6344103@stin.ac.th

ความเป็นมาของโครงการวิจัย

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการปรับพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Risk factor control) เช่น การควบคุมภาวะความดันโลหิต การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีความตั้งใจที่จะปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้น ซึ่งความตั้งใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการวางแผนในการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลถึงการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบต่อไป

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาคือ

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลกับผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการ อายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 93 ราย ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติด ด้วยเครื่อง Carotid duplex ultrasonography โดยพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญ และตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงตีบน้อยกว่าร้อยละ 50



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.



แบบเอกสารที่ PF 10_1 (หน้า 2/2)

การร่วมวิจัยครั้งนี้ เป็นความสมัครใจ โดยผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ข้อคำถามจำนวน 56 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม พร้อมบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การเข้าร่วมวิจัยนี้อาจจะไม่เกิดประโยชน์ต่อท่านโดยตรง แต่ผลการศึกษาก็คงจะเป็นข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยการเสียเวลา ผู้วิจัยขอมอบของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณแก่ท่านภายหลังการสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก ท่านอาจเกิดอาการอ่อนล้าในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังโดยการหยุดพักตามที่ท่านต้องการ

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และการตอบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลจะใช้รหัส เช่น หมายเลขผู้ป่วยนอก หมายเลขผู้ป่วยใน และชื่อ สกุล เป็นต้น ข้อมูลจะถูกสรุปเป็นภาพรวม นำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ที่ถูกกำหนดรหัสผ่านไว้เป็นอย่างดี

หากท่านมีปัญหาสงสัย หรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ท่านสามารถติดต่อ นางสาว ทิพย์กร บุญลือชา หัวหน้าโครงการ) หมายเลขโทรศัพท์ 0878546800 หรือ บ้านเลขที่ 666/146 คอนโดมี อ่อนนุช- พระราม๑ ถนน แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250

E-mail 6344103@stin.ac.th

หรือ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
ชั้น 10 อาคารสำนักงาน โรงพยาบาลพญาไท 2 หมายเลขโทรศัพท์ 02-617-2444 ต่อ 1975

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยแหล่งเก็บข้อมูล



Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand
Tel. +662617-2444 Fax. +662617-2499



PF 04_4

Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board Certificate of Approval

COA. 001/2024

Protocol Title: Factors Related to Intention to Perform Stroke Prevention Behaviors among Persons with Asymptomatic Extracranial Carotid Artery Stenosis

Principal Investigator/Affiliation:

TEEPAKORN BOONLUECHA

IRB Protocol No. : IRB 012-2566

Research site : Phyathai 1

Approval date : 10 January 2024

Expired date : 10 January 2025

This is to certify that Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines for Human Research Protection

(Asst.Prof.Dr. Veeraya Paochareon, M.D.,FRCS (T))
Chairman of Phyathai-Paolo Hospital Group
Institutional Review Board

Date..... 11 January 2024



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.



แบบเอกสารที่ PF 04_3

**เอกสารรับรองผลการพิจารณาโครงร่างการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์
เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล**

COA. 001/2024

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบที่ไม่มีอาการ

ชื่อหัวหน้าโครงการ:

พว. ทิพย์กร บุญธิษฐา

Nurse case manager รพ.พญาไท 1

รหัสโครงการ : IRB 012-2566

สถานที่ศึกษาวิจัย : รพ. พญาไท 1

วันที่รับรอง : 10 มกราคม 2567

วันที่สิ้นสุดการรับรอง : 10 มกราคม 2568

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล ซึ่งได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์สากลเพื่อการคุ้มครองงานวิจัยของมนุษย์

(ผศ.นพ.วีระชะ เกาเจริญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์

เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล

วันที่ 11 / มกราคม / 2567

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. แพทย์หญิงนภาศรี ชัยสินอนันต์กุล | ผู้อำนวยการศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลพญาไท1 |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | นักวิชาการอิสระ ชำราชการบำนาญ
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. พว.จรรยาพร วงศ์ขจิต | หัวหน้าหอผู้ป่วย Stroke unit
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด
ไทย |

ภาคผนวก จ

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' Product moment correlation) มีผลดังนี้

1. ระดับมาตรวัดจากข้อมูลเชิงปริมาณมีการวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา (Interval scale)

ตาราง 4

ระดับมาตรวัดตัวแปร

ตัวแปร	ค่าที่ประเมินได้	ระดับการวัด
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	คะแนน 15 - 105	Interval
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	คะแนน 7 - 49	Interval
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	คะแนน 3 - 21	Interval
ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม	คะแนน 3 - 21	Interval

จากตาราง 4 พบว่า ตัวแปรของงานวิจัยนี้มีระดับมาตรวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมีการวัดอยู่ในระดับมาตรอันดับ (Interval scale) ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

2. การแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution of the data)

ตาราง 5

Test of normality ทดสอบโดยใช้ ค่า Skewness และค่า Kurtosis

ตัวแปร	Statistic	Skewness value (-3.29 -3.29)	Statistic	Kurtosis value (-3.29 -3.29)
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	-2.375	-9.5	7.819	15.795
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	-2.728	-10.912	8.106	16.375
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	-4.274	17.096	21.715	43.868
ความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม	-3.917	15.668	16.185	32.696

หมายเหตุ SE of skewness = 0.25, SE of kurtosis = 0.495

จากตาราง 5 พบว่าทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ Normality โดยใช้ค่าความเบ้ Skewness และความโด่ง (Kurtosis) พบว่า ทักษะคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าเกิน 3.29 (Kim, 2013) ดังนั้น ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

ภาคผนวก ฉ
ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 6.

การวิเคราะห์รายข้อของทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (N = 93)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น						
	ไม่ควรทำ <-----> ควรทำ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันคิดว่า... การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ของทอด แกงกะทิ ของหวาน เป็นสิ่งที่...				1 (1.1)	3 (3.2)	18 (19.4)	71 (76.3)
2. ฉันคิดว่า... การรับประทานอาหารรสเค็มจัด หรือใส่เครื่องปรุงรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง ซิอิ้ว น้ำปลา เป็นต้น เป็นสิ่งที่....				1 (1.1)	1 (1.1)	18 (19.4)	73 (78.5)
3. ฉันคิดว่า... การรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ได้ทุกวัน เช่น ข้าวกล้อง ถั่วแดง ผักกาด กะหล่ำปลี เป็นต้น เป็นสิ่งที่.....				1 (1.1)	4 (4.3)	10 (10.8)	78 (83.9)
4. ฉันคิดว่า... การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้ำอัดลม การดื่มชาหรือกาแฟที่ใส่น้ำตาล เป็นสิ่งที่....	61 (65.6)	26 (28.0)	2 (2.2)	1 (1.1)	1 (1.1)		2 (2.2)
5. ฉันคิดว่า... การออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นสิ่งที่...			1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	11 (11.8)	79 (84.9)
6. ฉันคิดว่า...การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน โดย ผู้หญิง รอบเอวไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว ผู้ชาย รอบเอวไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว เป็นสิ่งที่....	2 (2.2)					10 (10.8)	81 (87.1)
7. ฉันคิดว่า... การนอนหลับอย่างเพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน เป็นสิ่งที่.....						5 (5.4)	88 (94.6)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น						
	ไม่ควรทำ <-----> ควรทำ						
	1	2	3	4	5	6	7
8. ฉันคิดว่า... การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิด เครียด หรือไม่สบายใจ เป็นสิ่งที่....	2 (2.2)					8 (8.6)	83 (89.2)
9. ฉันคิดว่า... การจัดการกับความเครียดโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย พักผ่อน เป็นสิ่งที่....					3 (3.2)	5 (5.4)	85 (91.4)
10. ฉันคิดว่า... การไม่สูบบุหรี่ หรือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือ ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ เป็นสิ่งที่....						1 (1.1)	92 (98.9)
11. ฉันคิดว่า... การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/เหล้า/เบียร์ หรือ ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน เป็นสิ่งที่....					1 (1.1)	4 (4.3)	88 (94.6)
12. ฉันคิดว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ในการควบคุมโรคประจำตัว เช่นโรคเบาหวาน หรือ โรคอื่นๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งที่...					1 (1.1)	3 (3.2)	89 (95.7)
13. ฉันคิดว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่.....					4 (4.3)	7 (7.5)	82 (88.2)
14. ฉันคิดว่าการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้เป็นปกติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่....					4 (4.3)	6 (6.5)	83 (89.2)
15. ฉันคิดว่าการมาตรวจสุขภาพประจำปี หรือการมาตรวจตามนัดอย่าง					1 (1.1)	4 (4.3)	88 (94.6)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น						
	ไม่ควรทำ <-----> ควรทำ						
	1	2	3	4	5	6	7
สม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่.....							

ตาราง 7

การวิเคราะห์รายข้อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
(N = 93)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น						
	ไม่ควรทำ <-----> ควรทำ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ครอบครัวของฉันมีความคิดเห็นว่าคุณควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1 (1.1)				2 (2.2)	9 (9.7)	81 (87.1)
2. เพื่อนของฉันมีความคิดเห็นว่าคุณควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					8 (8.6)	12 (12.9)	73 (78.5)
3. แพทย์และพยาบาลที่ดูแลฉัน มีความเห็นว่าฉันควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					2 (2.2)	8 (8.6)	83 (89.2)
4. หากครอบครัวฉันต้องการให้คุณปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองฉันก็จะทำ					1 (1.1)	12 (12.9)	80 (86.0)
5. หากเพื่อนฉันต้องการให้คุณปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองฉันก็จะทำ					5 (5.4)	13 (14.0)	75 (80.6)
6. หากแพทย์และพยาบาลต้องการให้คุณปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด						11 (11.8)	82 (88.2)

ข้อความถาม	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น						
	ไม่ควรรู้ <-----> ควรรู้						
	1	2	3	4	5	6	7
เลือดสมองฉันก็จะทำ							
7. ฉันมักปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1 (1.1)			4 (4.3)	1 (1.1)	7 (7.5)	80 (86.0)

ตาราง 8

การวิเคราะห์รายข้อการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (N = 93)

ข้อความถาม	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น						
	ไม่ควรรู้ <-----> ควรรู้						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หากฉันต้องการ				1 (1.1)	3 (3.2)	7 (7.5)	82 (88.2)
2. การที่ฉันจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับตัวของฉันเอง				1 (1.1)		6 (6.5)	86 (92.5)
3. สำหรับฉันการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องที่ฉันสามารถทำได้				1 (1.1)	2 (2.2)	5 (5.4)	85 (91.4)

ตาราง 9.

การวิเคราะห์รายข้อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (N = 93)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น						
	ไม่ควรทำ <-----> ควรทำ						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันวางแผนว่าฉันจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				1 (1.1)	2 (2.2)	6 (6.5)	84 (90.3)
2. ฉันพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				1 (1.1)	4 (4.3)	3 (3.2)	85 (91.4)
3. ฉันตั้งใจอย่างแน่วแน่ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				1 (1.1)	3 (3.2)	4 (4.3)	85 (91.4)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ สกุล นางสาวทีปกร บุญลือชา

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6344103

วุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยศรีสเทวียน	2557

ประวัติการทำงาน (ตำแหน่งงาน สถานที่ทำงาน)

พยาบาลชำนาญการพิเศษ1 Nurse case manager Stroke โรงพยาบาลพญาไท1 เลขที่ 364/1 แขวงทุ่งพญาไท เขตพญาไท 10250

สถานที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

โรงพยาบาลพญาไท1 เลขที่ 364/1 แขวงทุ่งพญาไท เขตพญาไท 10250

โทรศัพท์ 087-8546800 E-mail. 6344103@stin.ac.th

ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกา

ทุนอุดหนุนทำวิทยานิพนธ์โดยสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย