

โมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย ในประชาชนจังหวัดชลบุรี

A Causal Model of Lom Amma-pluk Amma-paht Preventive Behaviors Based on the Eight Causes of Disease in Thai Traditional Medicine Among People in Chonburi Province

เครือวัลย์ แพทนัทธี, นิรุติ ผึ้งผล*, สีนีนาน วิทยพิเชฐสกุล, สรินธา สุภาภรณ์, วราภรณ์ รัตนพาหิระ,
สุพรรณษา สุขสมทรง, ยอดมนู สายพรหม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชลบุรี 20000
Kruawan Patnattee, Nirut Phuengphol*, Sineenart Witayapichetsakul, Sarintha Supaporn,
Waraporn Rattanapahira, Supansa Suksomsong, Yordmanoo Saiprom
Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute, Chonburi 20000
*Corresponding author, e-mail: Phuengphol@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ คลินิกบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาล ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 12 แห่ง จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล ผลการวิจัยพบว่า โมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี พิจารณาจากค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 44.24 ค่า df = 36 ค่า $p = .16$ ค่า GFI เท่ากับ 0.985 ค่า AGFI เท่ากับ 0.951 ค่า CFI เท่ากับ .998 ค่า NFI เท่ากับ .988 ค่า NNFI เท่ากับ .994 ค่า SRMR เท่ากับ 0.033 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.024 และตัวแปรอิสระทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตได้ร้อยละ 82.40 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตมากที่สุดคือ ความตั้งใจในการป้องกันโรค ($\beta = .907$) รองลงมาคือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ($\beta = .856$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันโรค ($\beta = .018$) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ($\beta = .013$) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนและระบบสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: โรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง มูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

Abstract

This study aimed to develop and validate a causal model of Lom Amma-pluk Amma-paht preventive behaviors based on the eight causes of disease in Thai traditional medicine among people in Chonburi Province. The sample comprised 400 individuals aged 50 years and above who received services at Traditional Thai Medicine and Alternative Medicine clinics in 12 hospitals across Chonburi Province. Data were collected using questionnaires and analyzed through frequency distribution, percentages, means, median, maximum and minimum values, standard deviations, and path analysis. The findings revealed that the causal model of Lom Amma-pluk Amma-paht preventive behaviors based on the eight causes of disease in Thai traditional medicine among people in Chonburi Province demonstrated good fit with the empirical data. The model fit indices were as follows: chi-square (χ^2) = 44.24, df = 36, p = .16, GFI = .985, AGFI = .951, CFI = .998, NFI = .988, NNFI = .994, SRMR = .033, and RMSEA = .024. All independent variables in the model explained 82.40 % of the variance in Lom Amma-pluk Amma-paht preventive behaviors. The variables with the greatest influence on Lom Amma-pluk Amma-paht preventive behaviors were, in descending order: behavioral intention for disease prevention (β = .907), followed by attitude toward disease prevention behaviors (β = .856), perceived behavioral control over disease prevention actions (β = .018), and subjective norm regarding disease prevention behaviors (β = .013). These research findings can be utilized as guidelines for designing health promotion activities at the community and health system levels.

Keywords: Lom amma-pluk amma-paht disease, stroke disease, eight causes of disease in Thai traditional medicine, theory of planned behavior

บทนำ

โรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต (Lom Amma-pluk Amma-paht) ทางกายภาพแผนไทยแสดงอาการเทียบได้กับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke disease) ทางกายภาพแผนปัจจุบัน⁽¹⁻²⁾ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ ในประเทศไทยมีแนวโน้มโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตสูงขึ้นมาตลอด ตั้งแต่ปี 2560-2565 พบอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในปี 2565 ถึงแม้อุบัติการณ์จะคงที่ในปี 2564 และ 2565 อาจเกิดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบการรักษาที่ลำบากของผู้ป่วย สถานการณ์ของโรคนี้ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งอยู่เขตสุขภาพที่ 6 พบอัตราอุบัติการณ์จากโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต ตั้งแต่ปี 2565-2567 อัตรา 17.18, 14.92 และ 18.37 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾

โรคลัมออฟกฤษ-อัมพาตส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความผิดปกติของร่างกายเนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายและต้องใช้ชีวิตอย่างไม่สมบูรณ์ตลอดไป ซึ่งจะมีการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย ร้อยละ 31.00 เมื่อหายป่วยมักจะมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 90.00 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 10.00⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 12,619 บาทต่อเดือน⁽⁶⁾ ตลอดทั้งไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ร้อยละ 71.00⁽⁵⁾ ดังนั้นผู้ป่วยโรคลัมออฟกฤษ-อัมพาตที่มีความพิการทางร่างกายจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงประเทศชาติต่อไป⁽⁷⁾

ปัจจุบันการรักษาโรคลัมออฟกฤษ-อัมพาตนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุและโรคประจำตัวของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีแนวทางการรักษาทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ตลอดทั้งการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ รักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ควบคุมระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ งดดื่มสุรา งดและเลิกสูบบุหรี่ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และลดความเครียด^(2, 8) นอกจากนี้ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในคัมภีร์ชวดาร แนะนำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้โทษรวม 8 ประการ ได้แก่ การกินอาหารมิได้เสมอ กินมากเกินไป กินน้อยไป กินอาหารดิบ กินอาหารบูดเน่า กินอาหารหยาบ กินผิดเวลา และกินเนื้อสัตว์มากเกินไป ตลอดทั้งการหลีกเลี่ยงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ร้อนหรือเย็นมากเกินไป^(1, 9)

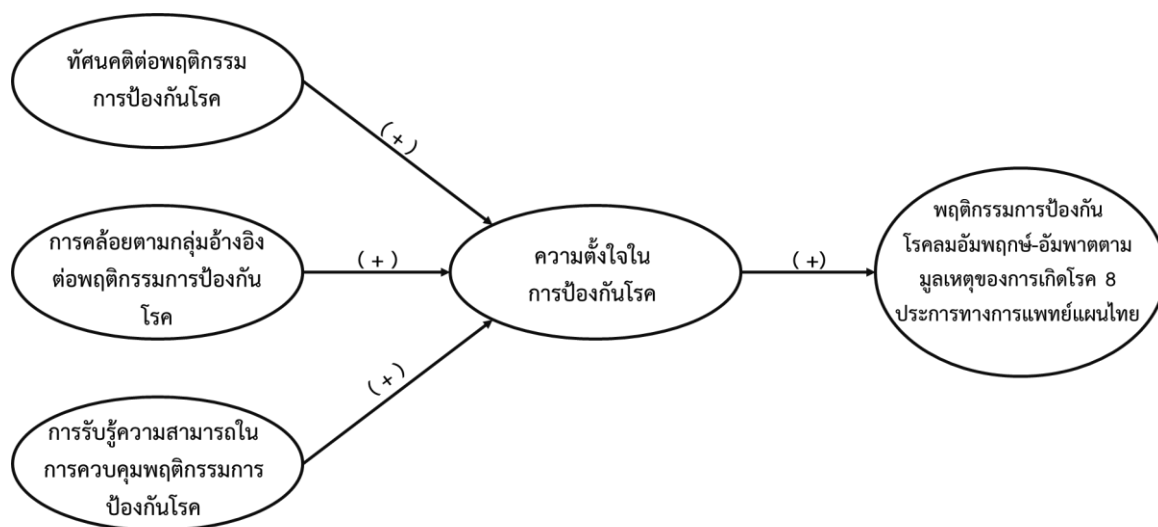
วิธีการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล การที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน โดยการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Behavioral intention) นั้น และความตั้งใจเกิดจากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Perceived behavioral control)⁽¹⁰⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอย่างแพร่หลาย⁽¹¹⁻¹⁶⁾ แต่การประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคลัมออฟกฤษ-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดทำการศึกษามาก่อน

จากเหตุผลเบื้องต้นจึงศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลัมออฟกฤษ-อัมพาตในประชาชนจังหวัดชลบุรี โดยนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตลอดทั้งได้นำมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยอาหาร อิริยาบถ ความร้อน/ความเย็น การอดนอน/อดข้าว/อดน้ำ การกลืนอุจจาระ/ปัสสาวะ การทำงานเกินกำลัง ความเศร้าโศก/เสียใจ และความโทสะ⁽¹⁷⁾ ซึ่งเลือกเฉพาะด้านที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคลัมออฟกฤษ-อัมพาต ได้แก่ อาหาร ความร้อน/ความเย็น และการทำงานเกินกำลัง มาผสมผสานกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนด้วย ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคลัมออฟกฤษ-อัมพาตของประชาชนตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคลัมออฟกฤษ-อัมพาตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี ที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. โมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. ตัวแปรความตั้งใจกระทำพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต
3. ตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต ตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต และตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย (Explanatory research) โดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior - TPB)⁽¹⁰⁾ มาอธิบายพฤติกรรมกำหนัดโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ คลินิกบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 12 แห่ง ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2568 จำนวน 400 คน ซึ่งกำหนดจากจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างควรมีน้อยกว่า 400 หน่วย⁽¹⁸⁾ และเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เคยสวนหัวใจ (Angioplasty) ผ่าตัดหัวใจ 2) มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เบาหวาน (Diabetes) ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) 3) อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 4) สามารถฟัง พูด และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed consent form)

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามเรื่องโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะ 3 มูลเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต ได้แก่ อาหาร ความร้อน/ความเย็น และการทำงานเกินกำลัง มีทั้งหมด 6 ตอน ได้แก่

1. ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน และโรคประจำตัว โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเปิดและปิด จำนวน 5 ข้อ

2. ตอนที่ 2 ทศนคติต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาตตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร 6 ข้อ ด้านความร้อน/ความเย็น 4 ข้อ และด้านการทำงานเกินกำลัง 5 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดระดับของลิเคิร์ต (Likert scales) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ/ปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

3. ตอนที่ 3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาตตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร 6 ข้อ ด้านความร้อน/ความเย็น 4 ข้อ และด้านการทำงานเกินกำลัง 5 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดระดับของลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ/ปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

4. ตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาตตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร 6 ข้อ ด้านความร้อน/ความเย็น 4 ข้อ และด้านการทำงานเกินกำลัง 5 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดระดับของลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ/ปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

5. ตอนที่ 5 ความตั้งใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาตตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร 6 ข้อ ด้านความร้อน/ความเย็น 4 ข้อ และด้านการทำงานเกินกำลัง 5 ข้อ โดยลักษณะคำถาม

เป็นแบบมาตรวัดระดับของลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ/ปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

6. ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านอาหาร 6 ข้อ ด้านความร้อน/ความเย็น 4 ข้อ และด้านการทำงานเกินกำลัง 5 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดระดับของลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ/ปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยทดสอบความตรง (Validity) ของเครื่องมือด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย จำนวน 3 คน พบว่าคำถามทุกข้อมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และทำการทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ คลินิกแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.77 ถือว่าเครื่องมือนี้มีทั้งความตรง และความเที่ยงเหมาะสมแก่การนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป ⁽¹⁹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุ พฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี ที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path analysis)

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 003/2568 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.30 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 44.75 การศึกษาสูงสุดอนุปริญญาหรือ ปวส. ร้อยละ 31.80 อาชีพพ่อบ้านหรือแม่บ้าน ร้อยละ 24 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 79.80 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	171	42.75
หญิง	229	57.25
อายุ		
50 – 59 ปี	179	44.75
60 – 69 ปี	156	39.00
70 – 79 ปี	59	14.75
80 ปี ขึ้นไป	6	1.50
อายุเฉลี่ย 61.16 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.78) ค่ามัธยฐานอายุ 61 ปี (อายุน้อยสุด 50 ปี สูงสุด 82 ปี)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	19	4.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	14.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./	105	26.20
อนุปริญญา/ ปวส.	127	31.80
ปริญญาตรี	75	18.80
สูงกว่าปริญญาตรี	17	4.30
อาชีพในปัจจุบัน		
เกษตรกร	81	20.25
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	66	16.50
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	64	16.00
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	96	24.00
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	58	14.50
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	35	8.75
โรคประจำตัว		
มี	319	79.75
ไม่มี	81	20.25

2. ผลการพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี พบว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต 4 อย่าง ได้แก่ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต และความตั้งใจในการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต (รูปที่ 2)

3. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทยในประชาชนจังหวัดชลบุรี พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูล

เชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ผลการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 44.24 มีค่าองศาอิสระ (Degree of freedom: df) เท่ากับ 36 ค่าความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ 0.16 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index: GFI) เท่ากับ .985 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (Adjusted goodness of fit index: AGFI) เท่ากับ .951 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative fit index: CFI) เท่ากับ .998 ค่าดัชนีความสอดคล้องบรรทัดฐาน (Norm fit index: NFI) เท่ากับ .988 ค่าดัชนีความสอดคล้องไม่เป็นบรรทัดฐาน (Non norm fit index: NNFI) เท่ากับ .994 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน (Standardized root mean square residual: SRMR) เท่ากับ .033 และค่าดัชนีวัดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root mean square residual: RMSEA) เท่ากับ .024 โดยค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจในการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต และพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต มีค่าเท่ากับ .901 และ .824 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต (ตารางที่ 2 และรูปที่ 2) พบว่า

3.1 ทิศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่า สัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ .856

3.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต มีอิทธิพลทางอ้อมเชิง บวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ .013

3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต มีอิทธิพล ทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ .018

3.4 ความตั้งใจในการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ .907

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย ในประชาชนจังหวัดชลบุรี

ตัวแปรผล ตัวแปรเหตุ	ความตั้งใจในการป้องกันโรค			พฤติกรรมการป้องกันโรค		
	TE	DE	IE	TE	DE	IE
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ	.943** (.070)	.943** (.070)	-	.856** (.060)	-	.856** (.060)
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ	.015* (.006)	.015* (.006)	-	.013* (.005)	-	.013* (.005)
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคฯ	.020* (.008)	.020* (.008)	-	.018* (.007)	-	.018* (.007)
ความตั้งใจในการป้องกันโรคฯ	-	-	-	.907** (.074)	.907** (.074)	-
ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์	.901			.824		

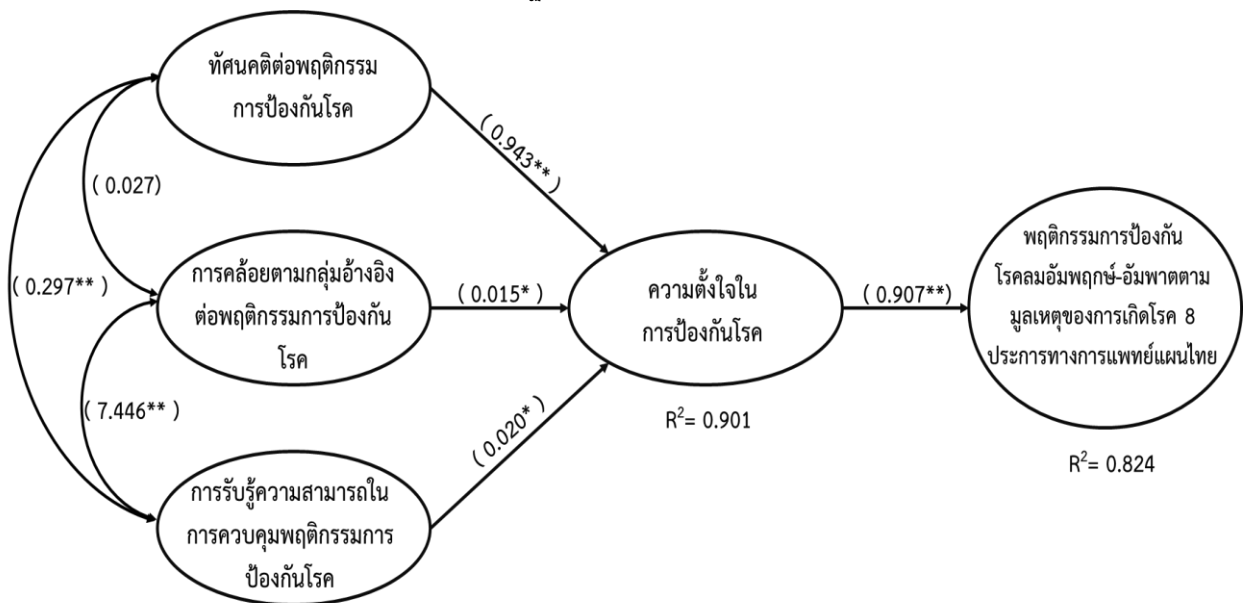
ค่าสถิติ $\chi^2 = 44.24$, $df = 36$, $p = .16$, GFI = .985, AGFI = .951, CFI = .998, NNFI = .994, NFI = .988, SRMR = .033, RMSEA = .024

หมายเหตุ: TE แทน อิทธิพลรวม (Total effect)

DE แทน อิทธิพลทางตรง (Direct effect)

IE แทน อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)

ตัวเลขในวงเล็บคือ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน * $p < .05$, ** $p < .01$



หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$

รูปที่ 2 โมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคลมอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย ในประชาชนจังหวัดชลบุรี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความตั้งใจในการป้องกันโรค มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต ขณะที่ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การป้องกันโรค และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความตั้งใจในการป้องกันโรค (Behavioral intention) มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดีที่สุด การที่ค่าอิทธิพลสูงสุด แสดงว่าเมื่อประชาชนมีความตั้งใจในการป้องกันโรคตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสาเหตุของโรค การอาศัยหรือปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดการความเครียดและออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น มีแนวโน้มสูงมากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคตามที่ตั้งใจไว้ ยิ่งมีความตั้งใจมากเพียงใดการแสดงพฤติกรรมก็จะยิ่งไปได้มากเพียงนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wei และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ใช้แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า ความตั้งใจมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และแบบจำลองนี้ความเหมาะสมในการอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของธีรพล ผังดี และคณะ⁽²¹⁾ ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 83 ซึ่งส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ ตัวแปรเจตนาพฤติกรรม (Behavioral intention) มีผลทางตรงในเชิงบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($\beta = .310, p < .05$) ทั้งนี้ความตั้งใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต เป็นจุดสำคัญที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การสร้างความตั้งใจที่เข้มแข็งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาตอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์

2. ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (Attitude toward behavior) มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต โดยผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค แสดงว่าการมีเจตคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสาเหตุของโรค การอาศัยหรือปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดการความเครียดและออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม การที่ประชาชนเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและคุณค่าของการป้องกันโรคตามแนวทางการแพทย์แผนไทยจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจ และเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wei และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ใช้แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ทักษะที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจในพฤติกรรม ขณะที่ความตั้งใจในพฤติกรรมส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่มีอิทธิพลต่อเจตคติ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ab Malik และคณะ⁽²²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในช่องปากหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เจตคติ ($\beta = .21, p < .001$) สามารถอธิบายความตั้งใจและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต จึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน การสร้างทัศนคติเชิงบวกต้องอาศัยความเข้าใจในบริบทและลักษณะเฉพาะของประชาชน

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived behavioral control) มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต โดยผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค แสดงว่าเมื่อประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสาเหตุของโรค การอาศัยหรือปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดการความเครียดและออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น ตลอดจนความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าวได้ ประชาชนย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความตั้งใจในการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ab Malik และคณะ⁽²²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในช่องปากหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรค ($\beta = .04, p < .001$) สามารถอธิบายความตั้งใจและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wei และคณะ⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรค มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจในพฤติกรรม ขณะที่ความตั้งใจในพฤติกรรมส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรค ตลอดจนยังสอดคล้องกับงานวิจัยของธีรพล ผังดี และคณะ⁽²¹⁾ ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) มีอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($\beta = .55, p < .05$) และยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารผ่านความตั้งใจในพฤติกรรม ($\beta = .27, p < .05$) ด้วย แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต ของประชาชนไม่ได้เป็นเพียงตัวแปรทางจิตวิทยาเท่านั้น แต่สะท้อนถึงภูมิปัญญา ประสบการณ์ชีวิต และการปรับตัวที่ซับซ้อน ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวทางการแพทย์แผนไทย

4. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมป้องกันโรค (Subjective norm) มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ-อัมพาต โดยผ่านความตั้งใจในการป้องกันโรค แสดงว่า บุคคลในครอบครัว เพื่อน แพทย์แผนไทย หรือบุคลากรทางการแพทย์ ล้วนมีผลต่อประชาชนในการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคตามมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การแนะนำหรือเป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสาเหตุของโรค การแนะนำหรือเป็นแบบอย่างที่ดีในการอาศัยหรือปฏิบัติงานใน

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การแนะนำหรือเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความเครียดและออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น เนื่องจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนเป็นผู้ที่ใกล้ชิดที่สุดและไว้วางใจได้มากที่สุด ดังนั้นเมื่อรู้ว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนปฏิบัติอย่างไร ก็จะเกิดการคล้อยตามและแสดงพฤติกรรมนั้นตามด้วย ส่วนแพทย์แผนไทย หรือบุคลากรทางการสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีภาพลักษณ์ในการป้องกันโรคที่ดีในฐานะบุคคลที่มีความรู้ ดังนั้นเมื่อให้คำแนะนำและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรค ประชาชนย่อมปฏิบัติตาม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ab Malik และคณะ⁽²²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ($\beta = .38, p < .001$) สามารถอธิบายความตั้งใจและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wei และคณะ⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจในพฤติกรรม ทั้งนี้ความตั้งใจในพฤติกรรมมีผลกระทบทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าความตั้งใจในการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์สูงสุดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคตามอัมพฤกษ์-อัมพาต และปัจจัยอื่นๆ มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตามอัมพฤกษ์-อัมพาตในระดับชุมชนและระบบสุขภาพ เช่น กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุป้องกันลมอัมพฤกษ์ กิจกรรมคลินิกตรวจสุขภาพตามฤดูกาล เป็นต้น ส่วนข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไปนั้น ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม เช่น ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการสุขภาพหรือปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนควรพัฒนาและทดสอบแบบจำลองการแทรกแซงที่เน้นจุดแข็งของโมเดล เช่น 1) ความตั้งใจในการป้องกันโรค ($\beta = .907$) ควรพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นแรงจูงใจ เช่น การให้คำปรึกษาเชิงบวก การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล 2) ทักษะติดต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค ($\beta = .856$) ควรนำไปสร้างกิจกรรมเปลี่ยนมุมมอง เช่น การศึกษาดูงาน เวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Tikham S, Songthap A. The treatment in stroke with Thai traditional medicine. J South Technol. 2022;15(2):123-31. (in Thai)
2. The Institute of Thai Traditional Medicine, Thai Traditional Medicine Promotion Service Unit. Clinical practice guidelines for intermediate care of patients with Thai traditional and alternative medicine. Bangkok: Samchareon phanich (Bangkok); 2021. (in Thai)
3. Department of Disease Control, Non-communicable Disease Division. Annual report 2019. Bangkok: Aksorn graphic and design; 2020. (in Thai)
4. Chonburi Provincial Public Health Office. Stroke incidence rate in Chonburi province, 2024 [internet]. 2024 [updated 2024 Oct 8; cited 2025 Jan 5]. Available from: https://cbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=672d5ed26be10f6862593da30364201d (in Thai)
5. Veldeman M, Höllig A, Clusmann H, Stevanovic A, Rossaint R, Coburn M. Delayed cerebral ischaemia prevention and treatment after aneurysmal subarachnoid haemorrhage: a systematic review. Br J Anaesth. 2016;117(1):17-40. doi: 10.1093/bja/aew095.
6. National Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation. An investigation report on chronic non-chronic disease surveillance (2007-2009) [internet]. 2013 [cited 2024 Dec 15]. Available from: http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_10091170940.doc
7. Stinear CM, Lang CE, Zeiler S, Byblow WD. Advances and challenges in stroke rehabilitation. Lancet Neurol. 2020;19(4):348-360. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30415-6.
8. Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Don't want to have a stroke when you're old? take care of yourself [internet]. 2018 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/ไม่อยากป่วยเป็น-อัมพฤกษ์/> (in Thai)
9. Prachinburi Provincial Health Office. Clinical practice guidelines for stroke patient care with Thai traditional and alternative medicine, health region 6. Sa Kaeo: CH.Dumrongchai Kanpim; 2016. (in Thai)
10. Ajzen I. The theory of planned behavior. In: Lange PAM, Kruglanski AW, Higgins ET, editors. Handbook of theories of social psychology. . New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2012. pp. 438-59.
11. Liamdee P, Sarakarn P, Sirichuanjun K. Examination for goodness of fit between theory of planned behavior and preventive alcohol consumption behavior of secondary students in Sangkha district, Surin province. J Health Sci. 2019;28(Suppl 1):S88-96. (in Thai)
12. Chainarong I. Theory of planned behavior and walking exercise intention in post stroke patients. J R Thai Army Nurs. 2019;19(1):47-53. (in Thai)

13. Phuengphol N, Yimyong A, Namwong N, Laobuadee P, Booma C, Patnattee K, et al. A causal relationship model of preventive behavior on low back pain from eight-causes of disease among people in Chonburi province. *KKU J Public Health Res.* 2017;10(3):32-42. (in Thai)
14. Duangchan P, Piasai P. Predicting obesity prevention behavior: efficacy of the extended theory of planned behavior. *J Behav Sci.* 2017;23(1):123-46. (in Thai)
15. Kohtbantau S, Witayapichetsakul S, Salout A, Suksawang P. A causal relationship model of practice to reduce hypertension risk of people in Bansuan municipality, Muang district, Chonburi province. *Public Health J Burapha Univ.* 2014;9(2):85-96. (in Thai)
16. Sukohar A, Suharmanto S. Theory of planned behavior (TPB) and hypertension prevention. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2021;15(3):2049-2053. doi: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v15i3.15616>.
17. Health Center 5. Eight root causes of disease (Thai traditional medicine) [internet]. 2023 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://apps.hpc.go.th/dmkm/item/743> (in Thai)
18. Schumacker RE, Lomax RG. *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling.* 3rd ed. New York: Taylor & Francis Group; 2010.
19. Kanjanawasee S. *Classical test theory.* 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2013. (in Thai)
20. Wei X, Xu M, Yang L, Gao Z, Kuang J, Zhou K. Determinants influencing health-promoting behaviors in individuals at high risk of stroke: a cross-sectional study. *Health Educ Behav.* 2024;51(3):457-66. doi: 10.1177/10901981231160149.
21. Phungdee T, Sirisophon N, Rawdaree P. A causal relationship structure model of dietary behavior to control blood glucose levels of type 2 diabetes mellitus patients. *Interdiscip Res Rev.* 2022;7(2):22-30. (in Thai)
22. Ab Malik N, Mohamad Yatim S, Lam OLT, Jin L, McGrath C. Factors influencing the provision of oral hygiene care following stroke: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Disabil Rehabil.* 2018;40(8):889-93. doi: 10.1080/09638288.2016.1277397.