

Original research

Citation:

ทัชชกร กาหยี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2569;4(1):44-57.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ทัชชกร กาหยี¹

¹โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ การดูแลในระยะฟื้นฟูและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเกิดการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 60 คน ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมาตรวัดความผาสุก โดยเครื่องมือวิจัยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.82–0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.001$, $p = 0.001$) และแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน ($p = 0.002$, $p = 0.005$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 46.0 ($R^2 = 0.460$) และทำนายความผาสุกได้ร้อยละ 38.6 ($R^2 = 0.386$)

สรุปผล: การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วย การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคควบคู่กับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนอาจช่วยลดการกลับเป็นซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำ การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความผาสุก

วันรับ: 3 พ.ย. 2568

วันแก้ไข: 20 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 24 เม.ย. 2569

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

ทัชชกร กาหยี;

Email: jaae.tachakorn@gmail.com

Original research

Citation:

Thachakorn Kahyee. Factors Influencing Stroke Recurrence Prevention Behaviors and Well-Being of Patients Attending a Stroke Clinic at a Tertiary Hospital. Journal of Public Health Research and Innovation. 2026;4(1):44-57.

Factors Influencing Stroke Recurrence Prevention Behaviors and Well-Being of Patients Attending a Stroke Clinic at a Tertiary Hospital

Thachakorn Kahyee¹

¹ Surat Thani Hospital, Surat Thani Province

Abstract

Background: Stroke is a leading cause of death and disability worldwide. Rehabilitation care and the prevention of stroke recurrence play important roles in reducing recurrence rates and promoting patients' well-being. This study aimed to examine factors influencing stroke recurrence prevention behaviors and well-being among patients with stroke.

Methods: This predictive correlational study was conducted among 60 patients with recurrent stroke attending a stroke clinic at a tertiary hospital. Participants were purposively selected. Data were collected between August and September 2025. Research instruments included self-administered questionnaires assessing stroke awareness, stroke beliefs, community support, stroke recurrence prevention behaviors, and well-being. The reliability of the instruments ranged from 0.82 to 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: Stroke awareness ($p < 0.001$; $p = 0.001$) and community support ($p = 0.002$; $p = 0.005$) were significantly positively associated with stroke recurrence prevention behaviors and well-being among patients with stroke. Together, these variables significantly predicted recurrence prevention behaviors and well-being, accounting for 46.0% ($R^2 = 0.460$) and 38.6% ($R^2 = 0.386$) of the variance, respectively.

Conclusion: Stroke awareness and community support are important factors influencing recurrence prevention behaviors and well-being among patients with stroke. Enhancing stroke-related knowledge alongside strengthening community support systems may help reduce stroke recurrence and improve patients' quality of life.

Keywords: Stroke, Recurrence, Stroke Awareness, Well-being

Received: 3 Nov 2025

Revised: 20 Feb 2025

Accepted: 24 Apr 2025

Correspondence to

Thachakorn Kahyee;
Email: jaae.tachakorn@gmail.
com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก จากข้อมูลขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกและองค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในประชากรผู้ใหญ่¹⁻² สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560–2564 พบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน³ ทั้งนี้ รายงานสถิติสาธารณสุขล่าสุดยังคงพบแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย สะท้อนให้เห็นถึงภาระด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุ

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมักเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานี้หลังการเกิดโรคครั้งแรก โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูง การเกิดโรคซ้ำสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่รุนแรงขึ้น ทั้งการเสียชีวิต ความพิการที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนภาระการดูแลระยะยาวของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ⁴⁻⁶ นอกจากนี้ การกลับเป็นซ้ำยังสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเหมาะสม⁴⁻⁵ ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านพฤติกรรมและจิตสังคม เช่น การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตใจ ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถของผู้ป่วยในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค⁶

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁷ ขณะที่ความผาสุกทางจิตใจช่วยลดความเครียดและเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง⁸ นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณหนึ่งในสามมีภาวะซึมเศร้า

ภายใน 3 เดือนหลังการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต⁹ หลักฐานดังกล่าวสะท้อนว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและการได้รับแรงสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ รอบตัวผู้ป่วย อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมความ ผาสุกภายหลังการเจ็บป่วย

ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำยังคงมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยชัยยุทธ โคตะรักษ¹⁰ รายงานว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ขณะที่อรุมา คงแก้ว¹¹ และสุจิตรา คุ่มสะอาด และคณะ¹² พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทาน อาหาร การไม่ออกกำลังกาย และการไม่ไปตรวจตามนัด มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นปัจจัยด้านชีวภาพหรือพฤติกรรมรายบุคคลเป็นหลัก ขณะที่การศึกษาด้านบทบาทของแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนร่วมกับการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค ในมิติที่เชื่อมโยงทั้ง พฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วย ยังมีอยู่จำกัด

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูง จากข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ของโรงพยาบาล พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยมากกว่า 1,100 รายต่อปี แม้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำจะมีสัดส่วนไม่สูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁹ การกลับเป็นซ้ำส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาระการดูแลของครอบครัว และภาระงานของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของคลินิกเฉพาะทางที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

จากหลักฐานเชิงวิชาการและข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและทรัพยากรสนับสนุนที่ผู้ป่วย

ได้รับจากชุมชนรอบตัว อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเชิงประจักษ์ที่วิเคราะห์บทบาทของปัจจัยดังกล่าวร่วมกัน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเกิดการกลับเป็นซ้ำแล้ว ภายใต้บริบทของคลินิกโรคหลอดเลือดสมองระดับตติยภูมิในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเกิดการกลับเป็นซ้ำ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงวิชาการสำหรับพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งเข้ารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยอ้างอิงข้อมูลประชากรในปี พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 1,224 คน⁹

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเกิดการกลับเป็นซ้ำ และเข้ารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยอ้างอิงแนวทางของ Polit และ Hungler¹³ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen¹⁴ ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 55 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน ทั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสอดคล้องกับหลักเกณฑ์สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ซึ่งแนะนำให้มียานวนตัวอย่างอย่างน้อย 10–15 รายต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ และเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดตีบหรืออุดตัน และชนิดเลือดออกในสมอง 2) เป็นผู้ป่วยที่เคยเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง 3) สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้อย่างถูกต้อง 4) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) โดยมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน 5) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยมีคะแนน Barthel Activities of Daily Living Index อยู่ระหว่าง 50–99 คะแนน และ 6) สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วยตามการวินิจฉัยของแพทย์

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและคำถามแบบเลือกตอบ ใช้รวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง โรคร่วม และประวัติการรักษา

2) แบบสอบถามการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากงานของกันยรัตน์ บัญชานนท์¹⁵ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ปรับถ้อยคำของข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์อิงกลุ่มของ

Bloom¹⁶ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80–100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11–55 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับความเชื่อที่เหมาะสมมากขึ้น การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9–45 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

3) แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน พัฒนาจากเครื่องมือของ กันยารัตน์ บัญชานนท์¹⁵ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้สอดคล้องกับบริบทของการสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชนของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ¹⁵ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย โดยกำหนดคะแนนเป็น 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00–1.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67–2.33 คะแนน) และระดับสูง (2.34–3.00 คะแนน)

4) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากเครื่องมือของ กันยารัตน์ บัญชานนท์¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 4 ถึง 1 คะแนนตามลำดับ การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย

แบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00–2.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.01–3.00 คะแนน) และระดับสูง (3.01–4.00 คะแนน)

5) มาตรวัดความผาสุกด้วยสายตา (Well-being Visual Analogue Scale: Well-being VAS) พัฒนาจากแนวคิดของ Dupuy¹⁷ และฉบับแปลภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล¹⁸ ลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0–10 คะแนน ใช้ประเมินความผาสุกใน 6 ด้าน รวมจำนวน 17 ข้อ โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับความผาสุกที่ดีขึ้น การแปลผลคะแนนแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0.00–3.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.34–6.66 คะแนน) และระดับสูง (6.67–10.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและการวิจัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามตัวแปร ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการประเมินค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของเครื่องมือแต่ละฉบับอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder–Richardson 20: KR-20)¹⁹ สำหรับแบบสอบถามที่มีลักษณะคำตอบแบบถูก-ผิด และใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)²⁰ สำหรับแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละฉบับพบว่า แบบสอบถามการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนมีค่าเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีค่าเท่ากับ 0.87 และมาตรวัดความผาสุกด้วยสายตามีค่าเท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2568

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด จากนั้นเชิญผู้เข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วมจึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมมีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือการเขียน ผู้วิจัยจะช่วยอ่านคำถามตามต้นฉบับโดยไม่ขึ้นคำตอบ หลังจากเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันที หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนจะสอบถามเพื่อยืนยันข้อมูลในขณะนั้น และนำข้อมูลเข้ารหัสเพื่อปกปิดตัวตน ก่อนบันทึกลงฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ IBM SPSS Statistics เวอร์ชัน 26.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน กับพฤติกรรมกำหนัดการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำหนัดการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์

การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ได้แก่ ความเป็นเชิงเส้น (Linearity) ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน (Independence of errors) ความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) และความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรทำนาย (Multicollinearity) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 053/68 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 38.33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.00 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 46.67 และประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 28.33 โดยมีรายได้เฉลี่ยเพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 40.00 ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 51.67 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.51-22.90 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 63.33 มีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง (Systolic BP 120-129 mmHg และ Diastolic BP <80 mmHg) ร้อยละ 38.33 และมีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 81.67 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.33 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.33 ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 76.67 และไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ร้อยละ 53.33 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	43.33
หญิง	34	56.67
สถานภาพสมรส		
โสด	7	11.67
สมรส	33	55.00
หม้าย	20	33.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	18.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	15.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	28	46.67
อนุปริญญา	6	10.00
ปริญญาตรี	6	10.00
อาชีพ		
ทำการเกษตร	11	18.34
ค้าขาย	8	13.33
รับราชการ	17	28.33
พนักงานบริษัท	7	11.67
ไม่ได้ทำงาน	17	28.33
ชนิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
Ischemic stroke	48	80.00
Hemorrhagic stroke	9	15.00
Other	3	5.00
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	24	40.00
ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน/อื่นๆ	36	60.00
ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย		
คู่สมรส	31	51.67
อื่นๆ/ไม่มีผู้ดูแล	29	48.33

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)		
ปกติ (18.51–22.90)	38	63.33
อื่นๆ	22	36.67
$\bar{X} \pm SD$	22.40 $\pm$ 3.21	
ค่าระดับความดันโลหิต		
ปกติค่อนข้างสูง	23	38.33
อื่นๆ	37	61.67
Systolic ($\bar{X} \pm SD$)	128.62 $\pm$ 14.28 mmHg	
Diastolic ($\bar{X} \pm SD$)	78.43 $\pm$ 9.76 mmHg	
โรคประจำตัว		
โรคหลอดเลือดสมอง	49	81.67
โรคความดันโลหิตสูง	41	68.33
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	44	73.33
สูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว	16	26.67
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	46	76.67
ดื่ม/เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	14	23.33
เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหลอดเลือดสมองซ้ำ		
ไม่เคย	32	53.33
เคย	28	46.67

ด้านการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 23.42$, $SD = 4.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 11.22$, $SD = 1.45$) ขณะที่ด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 6.20$, $SD = 1.23$) และด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 6.00$, $SD = 1.66$) อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลคะแนนการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้านและค่าเฉลี่ยรวม (n=60)

การตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	Max	Min	ระดับ
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	13	11.22	1.45	13	9	มาก
ด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	11	6.20	1.23	8	4	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	9	6.00	1.66	9	3	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	33	23.42	4.34	32	15	มาก

ด้านแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.97$, $SD=0.71$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นระดับน้อย ร้อยละ 26.67 และระดับมาก ร้อยละ 23.33 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลคะแนนด้านแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน (n=60)

แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	14	23.33
ปานกลาง	30	50.00
น้อย	16	26.67
$(\bar{X}=1.97, SD=0.71)$		

ด้านพฤติกรรมกำกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำกับการกลับเป็นซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.92$, $S.D. = 0.78$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.33 รองลงมาเป็นระดับน้อย ร้อยละ 35.00 และระดับมาก ร้อยละ 26.67 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ด้านความผาสุกด้วยสายตา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความผาสุกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=6.24$, $SD=1.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=7.22$, $SD=1.45$) อยู่ในระดับมาก ขณะที่ด้าน

ความซึมเศร้า ความสุขในชีวิต การควบคุมตนเอง ความมีชีวิตชีวา และสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลคะแนนด้านพฤติกรรมกำกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=60)

พฤติกรรมกำกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	16	26.67
ปานกลาง	23	38.33
น้อย	21	35.00
$(\bar{X}=1.92, SD=0.78)$		

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมกำกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำกับการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.563$, $p<0.001$) รองลงมาคือ แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน ($r=0.446$, $p<0.001$) ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำกับการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.027$, $p=0.391$) รายละเอียดแสดงดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลคะแนนความพึงพอใจด้วยส่ายตาจำแนกตามรายด้านและค่าเฉลี่ยรวม (n=60)

ความพึงพอใจด้วยส่ายตา	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	Max	Min	ระดับ
ด้านความวิตกกังวล	10	7.22	1.45	10	5	มาก
ด้านความซึมเศร้า	10	6.20	1.23	8	4	ปานกลาง
ด้านความสุขในชีวิต	10	6.00	1.66	9	3	ปานกลาง
ด้านการควบคุมตนเอง	10	5.80	1.30	9	3	ปานกลาง
ด้านความมีชีวิตชีวา	10	6.50	1.25	9	4	ปานกลาง
ด้านสุขภาพทั่วไป	10	5.70	1.40	8	3	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	60	6.24	1.38	10	3	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=60)

ตัวแปรอิสระ	r	p-value
อายุ	0.027	0.391
ระดับการศึกษา	—	—
- มัธยมศึกษา	0.024	0.404
- อาชีวศึกษา	0.174	0.038*
- อุดมศึกษา	-0.142	0.075
การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.563	<0.001*
แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน	0.446	<0.001*

r = Correlation, *Correlation is significant at the 0.05 level

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับความพึงพอใจด้วยส่ายตา พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจด้วยส่ายตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดคือ การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.50$, $p<0.001$) รองลงมาคือ แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน ($r=0.46$, $p<0.001$) ส่วนอายุและสถานภาพสมรสไม่พบความสัมพันธ์กับความพึงพอใจด้วยส่ายตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 7

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้น ได้แก่ ความเป็นเชิงเส้นของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ความแปรปรวนคงที่ของค่าคลาดเคลื่อน และความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรทำนาย (Multicollinearity) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=25.234$, $p<0.001$) โดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 46.0 ($R^2=0.460$) และเมื่อปรับค่าแล้ว ร้อยละ 44.2 (Adjusted $R^2=0.442$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลเชิงทำนายมากที่สุด ($\beta=0.521$, $p<0.001$) รองลงมาคือ แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน ($\beta=0.395$, $p=0.002$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 8

สามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

$$\hat{Y} = 12.315 + 0.428 (\text{การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง}) + 0.367 (\text{แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน})$$

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับความผาสุกด้วยสายตา (n=60)

ตัวแปร	อายุ	ระดับการศึกษา	การตระหนักรู้	แหล่งสนับสนุน	ความผาสุกด้วยสายตา
อายุ	1				
การตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	-0.15	0.28*	1		
แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน	-0.10	0.24*	0.42**	1	
ความผาสุกด้วยสายตา	-0.09	0.27*	0.50**	0.46**	1

*Correlation is significant at the 0.05 level, **Correlation is significant at the 0.01 level

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (n = 60)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
การตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.428	0.091	0.521	4.709	<0.001
แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน	0.367	0.110	0.395	3.327	0.002
(Constant)	12.315	2.184	–	5.642	<0.001

R=0.678, R²=0.460, Adjusted R²=0.442, F=25.234, p<0.001

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกด้วยสายตาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=17.980, p<0.001) โดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกด้วยสายตาได้ร้อยละ 38.6 (R²=0.386) และเมื่อปรับค่าแล้วร้อยละ 36.5 (Adjusted R²=0.365) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลเชิงทำนายมากที่สุด ($\beta=0.472$, p=0.001) รองลงมาคือ แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน ($\beta=0.389$, p=0.005) รายละเอียดแสดงดังตาราง ที่ 9

สมการทำนายความผาสุกด้วยสายตาสามารถเขียนได้ดังนี้

$$\hat{Y} = 8.426 + 0.312 (\text{การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง}) + 0.285 (\text{แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน})$$

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนายความผาสุกด้วยสายตา (n=60)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.312	0.088	0.472	3.543	0.001
แหล่งสนับสนุนด้านชุมชน	0.285	0.097	0.389	2.938	0.005
(Constant)	8.426	1.973	–	4.272	<0.001

R = 0.621, R² = 0.386, Adjusted R² = 0.365, F = 17.980, p < 0.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ขณะที่ ด้านความเชื่อและการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงในระดับดี แต่อาจยังมีข้อจำกัดในการแปลงความรู้ไปสู่ความเชื่อและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงได้รับข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ บริบทของจังหวัดสุราษฎร์ธานีซึ่งมีระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การนำความรู้ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจยังต้องอาศัยแรงสนับสนุนด้านจิตสังคมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับ โรคในระดับสูงจะมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมามากขึ้น²¹ นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า การได้รับข้อมูล การให้คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุน สามารถช่วยเพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองได้²²

ด้านแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ การสนับสนุนจากชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เพียงพอที่จะเสริมความมั่นคงและการมีส่วนร่วมทางสังคมในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดของระบบสนับสนุนในชุมชน เช่น ความต่อเนื่องของกิจกรรม/บริการ การเข้าถึงทรัพยากร หรือ ความแตกต่างของศักยภาพชุมชนในแต่ละพื้นที่ รวมถึงผู้ป่วยอาจพึ่งพาครอบครัวมากกว่าชุมชนรอบข้าง แนวคิด Social Support Theory อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัว การดูแลสุขภาพ และความผาสุกของผู้ป่วย หากการสนับสนุนไม่เพียงพออาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความผาสุกในระยะยาว²³ ทั้งนี้มีรายงานว่า การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในระดับสูงสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า²⁴⁻²⁵

ด้านพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ขณะที่ปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่า พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมมากกว่า²⁶ โดยสอดคล้องกับแนวคิด Pender's Health Promotion Model ที่ชี้ว่าการรับรู้และแรงสนับสนุนจากสังคมเป็นแรงเสริมสำคัญในการสร้างและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ²⁷ และสอดคล้องกับหลักฐานที่รายงานว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนจากชุมชนช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองและลดโอกาสเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง²⁸

ด้านความผาสุกด้วยสายตาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความผาสุกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ แม้ว่าผู้ป่วย

ยังคงมีศักยภาพในการปรับตัวและดำรงชีวิตประจำวันได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงระยะฟื้นฟูและต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคซ้ำในอนาคต ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุพบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชนสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีแนวโน้มที่จะมีความผาสุกทางจิตใจและอารมณ์ในระดับที่ดีกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพองค์รวม (Holistic health) ซึ่งมองว่าสุขภาพของบุคคลเกิดจากการบูรณาการของมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสามารถช่วยเพิ่มความมั่นคงทางจิตใจและลดความกลัวเกี่ยวกับการดำเนินโรค ขณะที่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนช่วยส่งเสริมการปรับตัว ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง²⁹ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความผาสุกทางจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุขในระดับสูง มักมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า³⁰⁻³¹

สรุปผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุพบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ

46.0 และทำนายความผาสุกด้วยสายตาได้ร้อยละ 38.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดในทั้งสองด้าน

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองควบคู่กับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชน มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล การให้คำปรึกษา และการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมส่งเสริมการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้ การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย และการประสานเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มความผาสุกของผู้ป่วย
2. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมพยาบาล โดยเน้นการเสริมทักษะในการประเมินการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับการประเมินระดับการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพและประสานการดูแลต่อเนื่องกับครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมและลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ
4. ด้านการวิจัยในอนาคต เนื่องจากแบบจำลองสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความผาสุกได้ร้อยละ 38.60–46.00 การวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยอื่น

เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อยืนยันผลการวิจัยและเพิ่มความสามารถในการอธิบายผลลัพธ์ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการวิจัย 1) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คน ซึ่งแม้จะเพียงพอตามเกณฑ์ขั้นต่ำสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ แต่อาจมีพลังทางสถิติจำกัดและอาจส่งผลต่อการสรุปอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรอื่น 2) กลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดในการอธิบายสถานการณ์ของผู้ป่วยในบริบทพื้นที่หรือระดับบริการสุขภาพที่แตกต่าง และ 3) การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามอาจเกิดอคติจากการตอบของผู้เข้าร่วมวิจัย (Self-report bias) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) อาจทำให้แบบจำลองการทำนายมีความจำเพาะต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการศึกษารั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในหลายพื้นที่เพื่อยืนยันผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Oct 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- World Health Organization. Annual report 2019: Health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2024 Oct 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333249>.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023.
- Kim MJ, Lee CK, Jung T. Exploring consumer behavior in virtual reality tourism using an extended stimulus-organism-response model. J Travel Res. 2020;59:69–89. <https://doi.org/10.1177/0047287518818915>.
- O’Kane E, De Ivey R, Pearson K, et al. Medication adherence following stroke and TIA: a qualitative synthesis of patient, caregiver and clinician perspectives. Neurol Int. 2026;18(2):34. <https://doi.org/10.3390/neurolint18020034>.
- Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. International journal of stroke. 2014;9(8):1017-25. <https://doi.org/10.1111/ijss.12357>.
- Khotarak C. Factors associated with health behaviors of older adults with recurrent stroke [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2020.
- Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services. Clinical practice guideline for ischemic stroke. Bangkok: Thana Press; 2019.
- Information Center, Medical Informatics Division, Surat Thani Hospital. Stroke patient statistics 2020–2024. Surat Thani: Surat Thani Hospital; 2024.
- Kotalux C. Factors related to health behavior of elderly with recurrent stroke [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2020.
- Khongkaew O. Illness perception and preventive behavior of recurrent stroke among older adults [dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018.
- Khumsaard S, Thiengtham W, Suwanampai P. Behavior factors related to recurrent stroke. Journal

- of Public Health Nursing. 2018;31:13–26. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/100844>.
13. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1987.
 14. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112(1):155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>.
 15. Banchanon K, Toskulklao T, Changmai S. Factors influencing recurrent preventive behavior of stroke patients based on transition theory. *Thai Journal of Nursing*. 2022;71(3):54–62. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/257352/176917>.
 16. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
 17. Dupuy HJ. The general well-being schedule. In: McDowell I, Newell C, editors. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1977.
 18. Nucharoenkul S, Inthasombat P, Putwatana P. Daily hassles, sense of coherence and perceived well-being among nursing faculty in universities. *Thai Journal of Nursing*. 1989;38(3):169–90.
 19. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*. 1937;2(3):151–60. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>.
 20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>.
 21. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 1974;2(4):328–35. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>.
 22. Panida P. Effects of a self-management support program on health behaviors in chronic disease patients. *Thai J Nurs Res*. 2020;24(2):155–67.
 23. House JS. *Work stress and social support*. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
 24. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300–14. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>.
 25. Supaporn C. Community support and mental well-being among stroke patients. *J Public Health*. 2019;49(3):210–9.
 26. Jaruwat T. Family support and psychological well-being in chronic illness patients. *Thai J Psychol*. 2021;28(2):105–17.
 27. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. Boston: Pearson; 2015.
 28. Nichcharee P. Health promotion program for chronic disease management. *J Nurs Public Health*. 2018;32(1):45–56.
 29. Dunn HL. *High-level wellness: a collection of twenty-nine short talks on different aspects of the theme "High-level wellness for man and society"*. Arlington (VA): R.W. Beatty; 1961.
 30. Venketasubramanian N, Chan ML. Stroke Recurrence among Stroke Patients Referred for Driving Assessment and Rehabilitation: A Cohort Study. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*. 2023; 10(2):83. <https://doi.org/10.3390/jcdd10020083>.
 31. Jiang N, Feng L, Song N, Ye Y, Wei B, Tian T, et al. Stroke survivors' patient activation and self-management: The serial mediating role of social support and resilience. *Geriatric Nursing*. 2025;63:16–25. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.02.013>.