

โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเหตุผลของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

พิมพร เจริญสุข*, สุรีย์ จันทรมโนลี**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์โมเดลเส้นทางเชิงเหตุผลของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยและศึกษาปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยนี้ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากตัวแปรด้านเพศโดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .65 แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความคาดหวังของการดูแลสุขภาพมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .47 และการสูบบุหรี่มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ -.24 ตามลำดับ โดยโมเดลเส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คือค่า P-value เท่ากับ 1.000, χ^2/df เท่ากับ .511, ค่า GFI เท่ากับ 0.989, ค่า RMSEA เท่ากับ 0.000 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการจัดให้มีการให้การศึกษาแก่ประชาชนในด้านการให้ความรู้เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Corresponding author, email: sasipim18@gmail.com, Tel 081-7317125

Received : April 18, 2020; Revised : October 7, 2020; Accepted : November 6, 2020

Structural Equation Model of Stroke in Thailand

Pimporn Charoensuk*, Suree Chantaramolee**

Abstract

This quantitative research aims to analyze the rational path model of stroke in Thailand and study the factors of stroke in Thailand. The sample consisted of 400 multistage random sampling of stroke patients aged 30 years and older. Data were collected by using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and path factor analysis of stroke. The result of this research shows that Stroke in Thailand has the highest total influence from gender variables, with a total of .65. Motivation for the prevention of stroke regarding the recognition of risk opportunities The perceived severity and expectation of health care expectation had total effect equal to .47. Smoking has a total effect of -.24 respectively. The causal relationship model that influences stroke patients in Thailand is consistent with the empirical data: P-value of 1.000, χ^2 / df of. 511, GFI of 0.989, RMSEA of 0.000. This research is a guideline to provide education to the public in education to reduce the risk of disease. Effective treatment and care for stroke patients.

Keywords : Structural equation, Stroke, Stroke patients

* Student, Doctor of Philosophy Program (Public Health) Western University

** Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Western University

Corresponding author, email: sasipim18@gmail.com, Tel 081-7317125

Received : April 18, 2020; **Revised :** October 7, 2020; **Accepted :** November 6, 2020

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ในปัจจุบันพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 และสาเหตุของการทุพพลภาพอันดับที่ 3 ของโลก (Johns Hopkins Medicine, 2018) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยและยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยจากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในประชากรไทยรองจากโรคมะเร็งและเนื้องอกและโรคหัวใจตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ในภาพรวมของประเทศไทยปี 2556 - 2558 เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปีและมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 คน (Carandang et al., 2006) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดคำนิยามของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทที่บกพร่องและเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตกทำให้เกิดเลือดออกหรือภาวะเนื้อสมองตาย โดยมีอาการแสดงดังต่อไปนี้ 1) อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด 2) ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดโดยเฉพาะถ้าเป็นแบบข้างเดียว 3) พูดตะกุกตะกักพูดไม่ชัดนึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดทันทีทันใด 4) ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน และ 5) เวียนศีรษะบ้านหมุนเดินลำบากหรือเป็นลมเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ ข้างต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และภาวะเครียด 2) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (สุกัญญา มาลา, 2556; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2559) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากโรคที่เป็นอยู่และส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าหากเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การตัดสินใจเข้ารับการดูแลด้านสุขภาพในโรงพยาบาลโดยทันทีทั้งที่จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 50 ของการเกิดโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตมากขึ้นถ้ามีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ (Boehme, Esenwa, & Elkind, 2017) ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการลดภาวะเครียด

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2556) โดยองค์ประกอบที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาคือ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้ดื่มน้ำและอาหารก่อนเจาะเลือด 12 ชั่วโมง ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอล ค่าระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง ความเครียด การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพื่อให้ทราบกลไกความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยลดอัตราการตาย

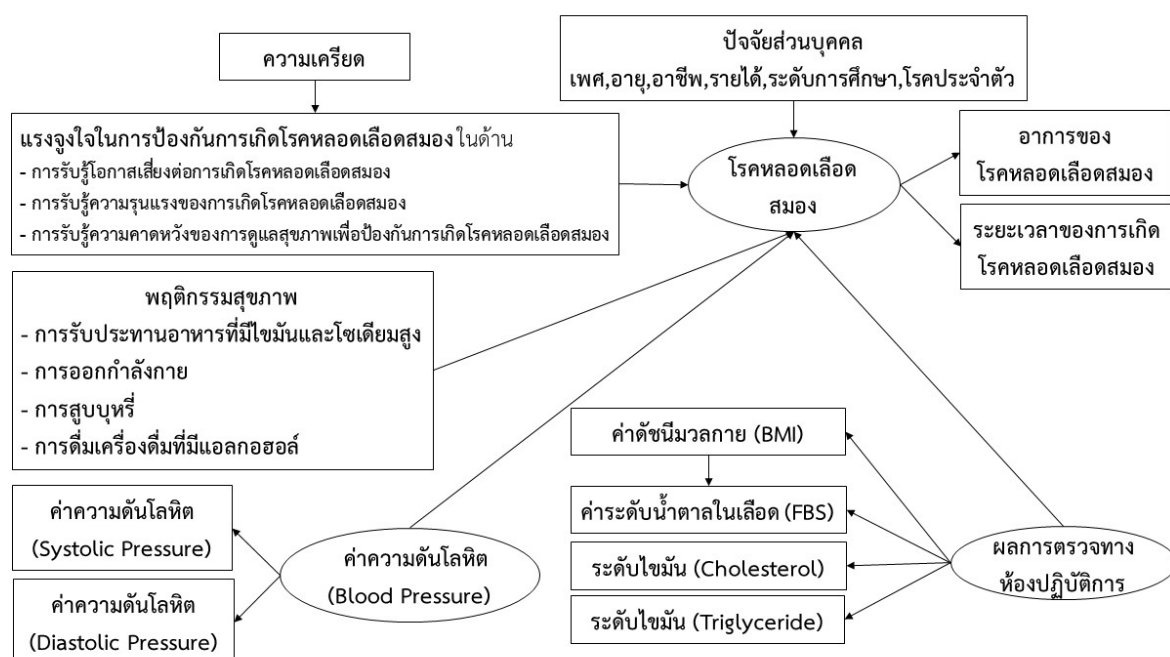
ลดอัตราการพิการ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความสอดคล้องเชิงประจักษ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ค.ศ. 1975 (Rogers' Protection Motivation Theory, 1975) ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดตามแนวคิดของเซลเย ค.ศ. 1976 (Selye's Stress Theory, 1976) และแนวคิดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจาก(1) สถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา (American stroke association) (2) สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (3) ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

โมเดลเส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีที่ได้คัดสรรมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 – 31 มกราคม 2561 ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สามารถสื่อสารภาษาเข้าใจกับผู้วิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในประเทศไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยกระบวนการสุ่มด้วยความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ในการวิจัยนี้ ได้ทำการศึกษาพื้นที่ในประเทศไทย ประกอบด้วย 6 ภาค จำนวน 400 คน ดังนี้ (1) ภาคเหนือโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน (2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน (3) ภาคกลางโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน (4) ภาคตะวันตกโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน (5) ภาคตะวันออกโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน และภาคใต้โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มารับบริการเพื่อติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลประจำจังหวัด
2. ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่หรือไม่มีอาการที่อยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต
3. มีระดับความรู้สึกลึกซึ้งดีสามารถสื่อสารหรือได้ตอบได้ด้วยภาษาไทย
4. มีความสมัครใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ หรือ อยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงวิกฤต ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ
2. มีความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้จากการเก็บข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนามาจากข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัย ประกอบกับข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ แบบสอบถามประกอบไปด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว 3) โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเลือดบางชนิด โรคหัวใจ โรคอ้วน 4) ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน 5) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 6) ค่าความดันโลหิต ได้แก่ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 7) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยโหนดน้ำและอาหารก่อนเจาะเลือด 12 ชั่วโมง ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอล ค่าระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ซึ่งได้มาจากสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นโดยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 3 ข้อ ประกอบไปด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองคือ 1) อาการหน้าเบี้ยวหรือปากเบี้ยว 2) การมีแขนอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง 3) การพูดที่ผิดปกติไปจากเดิมโดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 การให้คะแนนประกอบไปด้วย

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนน 1 ขึ้นไป หมายถึง มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรง ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดมาตรฐานที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดระดับความเครียดที่เหมาะสมกับคนไทย เป็นแบบประเมินที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ และเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ปรับลดข้อคำถามให้เหลือ 20 ข้อคำถาม ข้อคำถามทุกข้อจึงมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า .70 (กรมสุขภาพจิต, 2559) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การประเมินระดับความเครียดแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับตามช่วงคะแนน ได้แก่ คะแนน 0-23 มีระดับความเครียดน้อย คะแนน 24 - 41 มีระดับความเครียดปานกลาง คะแนน 42 - 61 มีระดับความเครียดสูง คะแนน 62 ขึ้นไปมีระดับความเครียดรุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียดไปทดสอบกับผู้ที่มิคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงงูใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ สุทธิสา ทิจะยัง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมโดยมีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมี 10 ข้อโดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมี 10 ข้อโดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94 ด้านการรับรู้ความคาดหวังของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมี 9 ข้อโดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึงมีแรงงูใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับมากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึงมีแรงงูใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึงมีแรงงูใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึงมีแรงงูใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึงมีแรงงูใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกองสุศึกษาการมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา การมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามนี้โดยใช้คำถามให้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 30. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น

1) ด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง จำนวน 13 ข้อ โดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับพฤติกรรม		เกณฑ์การให้คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	4
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	2
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	1

การแปลความหมายของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ทำโดยแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ และใช้คะแนนเฉลี่ยระหว่างคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุดมาจัดระดับโดยพิจารณา (ไพศาล หวังพานิช, 2551) ดังนี้

$$\frac{\text{ระดับคะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับสูง มีระดับคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่หรือปฏิบัติเป็นประจำ

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับระดับปานกลาง มีระดับคะแนน 2.34-3.66 หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับระดับต่ำ มีระดับคะแนน 1.00-2.33 หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นนาน ๆ ครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย

2) ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย และขณะออกกำลังกายท่านรู้สึกอย่างไร จำนวน 3 ข้อ โดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

การแปลความหมายคะแนน (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2553)

มากกว่า 60	คะแนน หมายถึง	ออกกำลังกายหนักมาก (High active)
41 - 60	คะแนน หมายถึง	ออกกำลังกายระดับหนัก (Active)
25 - 40	คะแนน หมายถึง	ออกกำลังกายระดับปานกลาง (Moderate active)
15 - 24	คะแนน หมายถึง	ออกกำลังกายระดับเบา (Low active)
น้อยกว่า 15	คะแนน หมายถึง	ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย (Sedentary)

3) ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ โดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81 และผู้วิจัยใช้แบบทดสอบการติดบุหรี่ (แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอมเพื่อวัดระดับการติดสารนิโคติน)

(Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (Fagerström, Schneider, & Lunell, 1993)

คะแนน 6 – 10 แสดงว่า	เป็นผู้ติดยุติมาก (การติดยุติโคตินซึ่งเป็นการติดยุติทางร่างกาย)
คะแนน 5 แสดงว่า	เป็นผู้ติดยุติปานกลาง
คะแนน 0 - 4 แสดงว่า	เป็นผู้ติดยุติเล็กน้อย

4) ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ โดยนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 ผู้วิจัยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) De la Santé, O. M. (1993) การแปลผลคะแนน AUDIT

มากกว่า 20 คะแนน	ดื่มแบบติด (Alcohol dependence)
16-19 คะแนน	ดื่มแบบอันตราย (Harmful use)
8-15 คะแนน	ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker)
0-7 คะแนน	ดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ท่าน โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ตั้งแต่ 0.67-1.00

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยแบบสัมประสิทธิ์ความรู้เรื่องแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้วิธีของ Cronbach's alpha Coefficiency มีความเที่ยงเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการศึกษาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนไปพบผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด
2. ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประจำจังหวัดของประเทศไทยที่ได้รับการสุ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2560 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2561

3. จัดหาผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยเป็นบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีในพื้นที่ทำการศึกษ จำนวน 12 คน พร้อมทั้งประชุมชี้แจงขั้นตอนการแจกแบบสอบถามให้ทราบโดยละเอียดเพื่อผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกัน พร้อมทั้งซักซ้อมวิธีการแจกแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลผู้ป่วยด้านคลินิกซึ่งได้มาจากสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วย

4. กรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างอนุญาตพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อยืนยันยอมเข้าร่วมวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ตามเกณฑ์การคัดเลือก หลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที กรณีที่เขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลจะอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังจนเข้าใจแล้วประทับลายมือโดยมีพยาน
7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์
8. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติ รับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2560 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 542675

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของตัวแปรเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความเที่ยงตรงของโมเดลสมมติฐานตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) เพื่อวิเคราะห์โมเดลตามสมมติฐานที่กำหนด และค่าสถิติสำคัญที่ใช้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยและข้อค้นพบ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

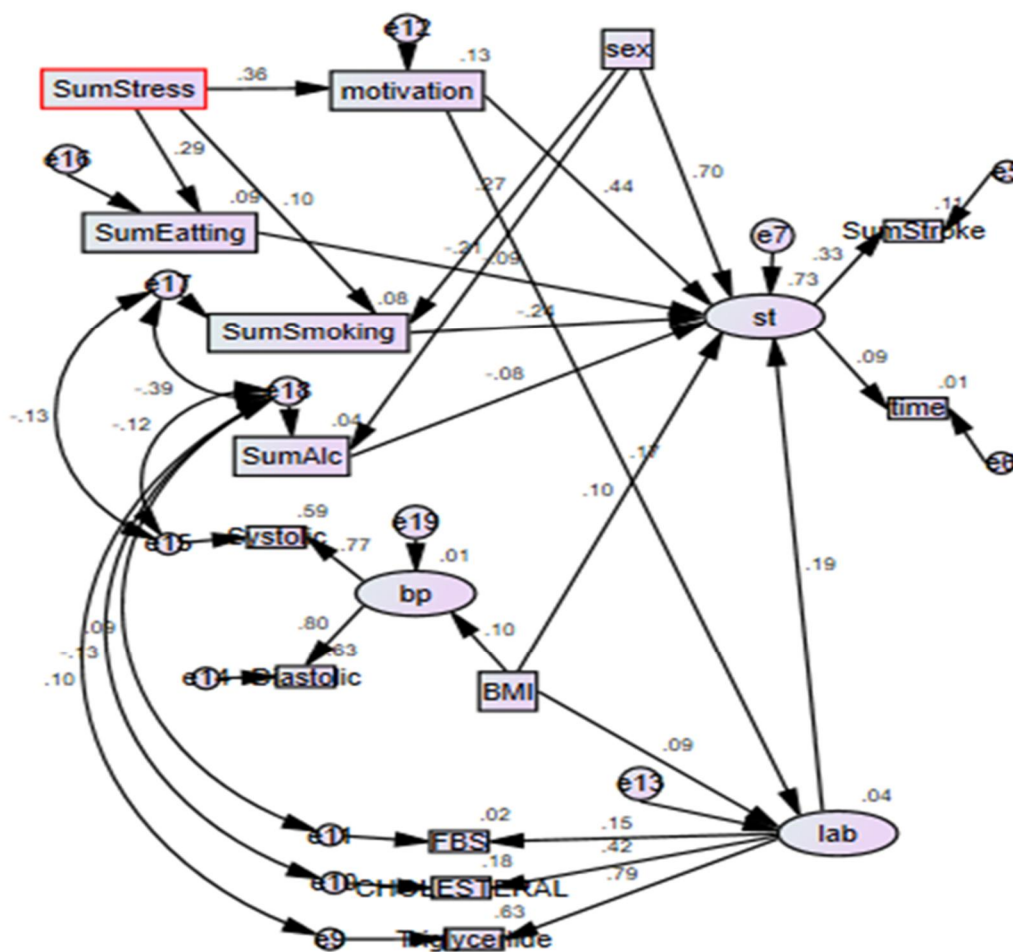
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.5) มีอายุเฉลี่ย 65 ปี ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุและพบว่าอายุสูงสุด 96 ปีและอายุต่ำสุด 29 ปี (S.D. =14.43) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 50.8) มีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 87) ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 32.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 99.2) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 85.8) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 32.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 17) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 45.2) มีบิดา มารดา ปู่ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 22.3, 19.8 และ 9.3 ตามลำดับ) การมีอากรหน้าเบี้ยวหรือปากเบี้ยว การมีแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งและการพูดที่ผิดปกติไปจากเดิม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 0.45, 0.34 และ 0.41 ตามลำดับ ภาวะเครียดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 12.74 แรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้าน 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและ 3) การรับรู้ความคาดหวังของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.28, 43.11 และ 39.85 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 6.78, 6.72 และ 4.86 ตามลำดับ พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร พฤติกรรมในการออกกำลังกาย พฤติกรรมในการสูบบุหรี่และพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.08, 4.55, 8.80 และ 22.30 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 11.99, 2.50, 2.24 และ 17.45 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าโมเดลตัวแบบเชิงประจักษ์กับตัวแบบทางทฤษฎี (โมเดลต้นแบบ) มีความสอดคล้องกัน ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินโมเดล ดังนี้และดังแสดงในภาพที่ 2

- 1) ค่า Chi-square Probability Level :CMIN-p เท่ากับ 32.212
- 2) Relative Chi-square :CMIN/dfเท่ากับ .511
- 3) Goodness of Fit Index :GFIเท่ากับ .989
- 4) Root Mean Square Error of Approximation :RMSEAเท่ากับ .000



Chi-square=32.212, Chi-square/df=.511, df=63, p=1.000, GFI =.989, RMSEA=.000, PGFI=.735

ภาพที่ 2 ผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ของโมเดล (Parameter estimation of the model)

เมื่อพิจารณาผลรวมอิทธิพล พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อโรคหลอดเลือดสมองมี 8 ตัวแปร คือ 1) ความเครียด (Stress) เท่ากับ .12 2) เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Sex) เท่ากับ .70 3) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ .11 4) แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Motivation) เท่ากับ .44 5) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol) เท่ากับ -.08 6) การสูบบุหรี่ (Smoking) เท่ากับ -.24 7)

การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง (Eating) เท่ากับ $-.09$ 8) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) เท่ากับ $.19$

ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลทางตรงต่อโรคหลอดเลือดสมองมี 7 ตัวแปร คือ 1) เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Sex) เท่ากับ $.70$ 2) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ $.10$ 3) แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Motivation) เท่ากับ $.44$ 4) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol) เท่ากับ $-.08$ 5) การสูบบุหรี่ (Smoking) เท่ากับ $-.24$ 6) การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง (Eating) เท่ากับ $-.09$ 7) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) เท่ากับ $.19$

3. ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อโรคหลอดเลือดสมองมี 4 ตัวแปร คือ 1) ความเครียด (Stress) เท่ากับ $.119$ 2) เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Sex) เท่ากับ $-.05$ 3) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ $.02$ 4) แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Motivation) เท่ากับ $.03$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ $.647$ จากผลการวิจัยปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 51.5 ซึ่งมากกว่าเพศชายโดยพบเพียงร้อยละ 48.5 คิดเป็นอัตราส่วน 1.06 : 1 นั้น เป็นไปตามสมมุติฐานของโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถอธิบายได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมองพบมากในเพศหญิงและมีความแตกต่างกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2552) และบางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยง (Lifetime risk) ที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย (Seshadri et al., 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Rosamond, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีเมือง พลัทธิและสมบัติ มุ่งทวีพงษา (2558) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในจังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่สำคัญที่พบคือเป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 56 ปี

2. ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ $.469$ หมายความว่า การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่ต่ำจะส่งผลให้ไม่ดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Motivation) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ค.ศ. 1975 Rogers' Protection motivation theory Rogers (1975) ที่อธิบายว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับ 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงและอันตรายของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามนั้นหรือไม่ 2) การรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามนั้นหรือไม่ 3) ความคาดหวังในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นหรือประสิทธิผลของการตอบสนอง 4) ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติหรือประสิทธิผลซึ่งพฤติกรรมนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบจากอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ จากภายในและภายนอกตัวเรารวมถึงอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม (สุรีย์ จันทรมล, 2559) องค์ประกอบเหล่านี้ประกอบขึ้นมาเป็นแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและมีการนำมาใช้ในการปรับตัวอย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น บุคคลจะเลิกการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ ต้องมีความตั้งใจจากภายใน มี

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมต่ำและมีอารมณ์ที่แจ่มใส ไม่มีภาวะเครียด สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ จีรภา เล่าทรัพย์ (2556) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง แต่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อยถึงปานกลางและรายงานการมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปฏิบัติได้ดี

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Smoking) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ -.240 นั้น ที่พบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับคอเลสเตอรอล การลดระดับของไขมันที่มีความหนาแน่นสูงเอชดีแอล เพิ่มการหลั่งของแคเทพิโคลามีนและปริมาณของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่มีผลต่อการทำลายเซลล์บุหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย (สุกัญญา มาลา, 2556) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑารัตน์ ดวงจันทร์ดุษฎี (2554) ที่ได้ศึกษาระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของพนักงานขับรถโดยสารรับจ้างของสหกรณ์นครลันนาเดินรถจำกัด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ คือ สูบบุหรี่ร้อยละ 91.8

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ 1) ระดับไขมันคอเลสเตอรอล 2) ระดับไขมันไตรกรีเซอไรด์ และ 3) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้ดื่มน้ำและอาหารก่อนเจาะเลือด จากค่าความเสี่ยง (Relative risk : RR) ต่อการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .190 ที่พบว่าระดับไขมันในเลือดมีความสำคัญต่อการเกิดหลอดเลือดตีบตัน ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจึงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ และสมบัติ มุ่งทวีพงษ์ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 714 คน พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญที่พบคือ มีระดับคอเลสเตอรอลสูง

5. ปัจจัยด้านความเครียด (Stress) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .119 สอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดตามแนวคิดของเซลเย ค.ศ. 1976 (Selye's Stress Theory, 1976) (Selye, 1976) พบว่าความเครียดเกิดขึ้นจากการที่ร่างกายถูกคุกคามหรือถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าบางอย่างจนทำให้เกิดความเครียดซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีจะทำให้ร่างกายเราเปลี่ยนแปลงไปและเกิดการตอบสนอง ซึ่งมีผลต่อร่างกายคือทำให้เกิดการเกร็งและเส้นเลือดหดตัวทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ (Lu, Zhao, Zhang & Jiang, 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร (2559) ได้ศึกษาความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยในกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 490 คน มีความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ มีภาวะความเครียดร้อยละ 53.9

6. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .113 ที่พบว่า ความอ้วนและน้ำหนักเกินนั้นกำหนดโดยใช้ค่า Body mass index (BMI) ดัชนีมวลกายใช้ประเมินภาวะน้ำหนักเกิน คือ BMI : 25 กก./ม.2 และอ้วนคือ BMI : 30 กก./ม.2

ภาวะน้ำหนักเกินและความอ้วนนำไปสู่ผลเสียต่อความดันเลือด ความเสี่ยงต่อเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคอ้วนลงพุงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับผลการศึกษานันทวรรณ ทิพนเตร และวชิร ชนะบุตร (2559) ได้ศึกษาความรู้เรื่อง ความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่ามีความเสี่ยงทางสุขภาพร้อยละ 25.9 ได้แก่ น้ำหนักที่เกินเกณฑ์ปกติ

7. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ -0.094 ที่พบว่า การรับประทานอาหารที่มีพลังงานมีไขมัน น้ำตาลหรือเกลือสูงเกินไป โดยไม่มีกิจกรรมทางกายหรือมีไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ส่งผลทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูงตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจิตรา คุ่มสะอาด (2560) ได้ทำการศึกษาระดับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Post stroke) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค

8. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ -0.079 ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณ 6 ดริงส์ หรือมากกว่าระดับปกติต่อวันจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะเลือดออกในสมองและภาวะเนื้อสมองขาดเลือด (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑารัตน์ ดวงจันทร์ต้อย (2554) ได้ศึกษาระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของพนักงานขับรถโดยสารรับจ้างของสหกรณ์นครลำนานาเดินทางจำกัด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางมีปัจจัยที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 79.6

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจาก 1) เพศ 2) แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 2.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2.2) การรับรู้ความรุนแรง และ 2.3) การรับรู้ความคาดหวังของการดูแลสุขภาพ 3) การสูบบุหรี่ 4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) ความเครียด 6) ค่าดัชนีมวลกาย 7) การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง 8) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งมีความสามารถในการทำนายการเกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากับร้อยละ 73

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะเครียดอาการแสดงต่างๆ ของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยบุคลากรด้านสาธารณสุข

2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรเพิ่มบทบาทในการเป็นแหล่งข้อมูลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว ให้เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้การสำรวจในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และได้ผลการวิจัยในภาพรวม แต่ยังไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีสาเหตุจาก 1) เพศ 2) แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ความคาดหวังของการดูแลสุขภาพ 3) การสูบบุหรี่ 4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) ความเครียด 6) ค่าดัชนีมวลกาย 7) การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง 8) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างชัดเจน จึงควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้เป็นอย่างดีแล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาประกอบกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แบบวัดความเครียดสวนปรุง. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/stress/>
- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2553). คู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุศึกษา.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2556). การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM) ด้วย AMOS. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.
- จิรภา เล่าทรัพย์. (2556). ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- จุฑารัตน์ ดวงจันทร์ตุ้ย. (2554). การสำรวจระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของพนักงานขับรถโดยสารรับจ้างของสหกรณ์ นครลำนาเดินรถ จำกัด จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2552). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- นันทวรรณ ทิพย์เนตร และวชิร ชนะบุตร. (2559). ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2559). ศิริราชณรงค์โรคหลอดเลือดสมองพบ 45 ปีป่วยเพิ่ม. สืบค้นจาก <http://www.matichon.co.th>
- ไพศาล หวังพานิช. (2551). การวัดและประเมินผลการเรียน. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.
- ศรีเมือง พลัฎฤทธิ์ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2558). ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย .จดหมายเหตุทางแพทย์, 98(7), 649-655.

- สุกัญญา มาลา. (2556). ความชุกและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนเขตเทศบาลตำบลเมืองจี้ อำเภอเมืองลำพูน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุจิตรา คุ่มสะอาด. (2560). ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(ฉบับพิเศษ), 13-26.
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- สุรีย์ จันทร์โมลี. (2559). พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีชีวิตสดใส. *วารสารสวนสุนันทาวิชาการและวิจัย*, 9(1), 19-24.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472-495.
- Carandang, R., Seshadri, S., Beiser, A., Kelly-Hayes, M., Kase, C. S., Kannel, W. B., & Wolf, P. A. (2006). Trends in incidence, lifetime risk, severity, and 30-day mortality of stroke over the past 50 years. *JAMA*, 296(24), 2939-2946.
- De la Santé, O. M. (1993). Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and cancer: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 71(6), 669-676.
- Fagerström, K., Schneider, N., & Lunell, E. (1993). Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111(3), 271-277.
- Johns Hopkins Medicine. (2018). *3 Ways to Avoid a Second Stroke*. Retrieved from <https://www.hopkinsmedicine.org/health/articles-andanswers/prevention/three-ways-toavoid-a-second-stroke>
- Lu, X.-T., Zhao, Y.-X., Zhang, Y., & Jiang, F. (2013). Psychological stress, vascular inflammation, and atherogenesis: Potential roles of circulating cytokines. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 62(1), 6-12.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2012). *What is Stroke ?*. Retrieved from <http://www.ninds.nih.gov>
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Rosamond, W. (2008). 2008 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 117, e25-e146.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw Hill Book Co.
- Seshadri, S., Beiser, A., Kelly-Hayes, M., Kase, C. S., Au, R., Kannel, W. B., & Wolf, P. A. (2006). The lifetime risk of stroke. *Stroke*, 37(2), 345-350.

