

ลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดกับการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วชิราวุฒิ หวังสม¹ อังคินันท์ อินทรกำแหง¹ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล²

¹สาขาพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

²ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก ทั้งในด้านการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลในระยะยาว เมื่อเป็นแล้วมักจะประสบปัญหาทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โรคหลอดเลือดสมองตีบสามารถป้องกันได้ ถ้าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคนี้อาศัยพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมร่วมกับคุณลักษณะความฉลาดต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในภาพรวมและผู้ป่วยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโรค เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง โดยทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม วัดเป็นมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับ ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test, ANOVA และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical multiple regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วยทั้งหมดและกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 62 และเมื่อแยกวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทางชีวสังคม พบว่า ตัวแปรการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพในกลุ่มเพศชาย ได้สูงสุดถึงร้อยละ 81 นอกจากนี้ ความฉลาดทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญที่มีความถี่สูงสุดในการนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ในหลายกลุ่มชีวสังคม โดยสรุปการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยทางด้านสังคมและปัจจัยทางด้านจิต มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ดังนั้น ในการส่งเสริมสุขภาพในเวชปฏิบัติบุคลากรทางการแพทย์ควรเสริมพลังปัจจัยดังกล่าวให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้วย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบ, พฤติกรรมดูแลสุขภาพ, ความฉลาดทางสุขภาพ

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 ถนนรังสิตนครนายก ตำบลองครักษ์

อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

อีเมล: dr_chatchai@hotmail.com

Social and intelligent aspects to predict the health care behavior among patients at risk of ischemic stroke

Wachirawut Wangsom¹, Ungsinun Intarakamhang¹, Chatchai Ekpanyaskul²

¹Division of Applied Behavioral Science, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

²Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

Abstract

Ischemic stroke is a chronic disease causing loss of both hospital treatment and long term care. The patients with this disease may decrease in their level of self-care which have impact on physical, mental, social and economic. However, this disease and its risk factors are preventable, if at-risk patients exhibit good health care behaviors. Therefore, the objective of this study was to analyze the power of social and intelligent aspects in the prediction of health care behavior among all patients at risk of ischemic stroke and patient with different biosocial factors. The population consisted of patients who were registered in a non-communicable disease clinic, including diabetes mellitus, hypertension, myocardial infarction and dyslipidemia at Ongkharak Hospital in Nakhon Nayok province. The samples consisted of 370 patients selected by proportional stratified random sampling. The dependent and independent variables were collected using a self-assessment questionnaire with a 6 point rating scale. The reliability of the alpha coefficients were between 0.76 and 0.87. The utilized statistics included percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA and hierarchical multiple regression analysis. The results found that all of samples and all variables used in the model of the study, including social support, social activities, perceived social norms, health quotient, emotional quotient and spiritual quotient, could predict the health care behaviors of patients at risk of an ischemic stroke at 62%. When stratified and analyzed by each of the biosocial factors, social activities and health quotient was the highest predictive (81%) of health care behavior in the male patients group. Moreover, the health quotient variable was the most frequent and significant variable remains in the model to predict health care behavior in each biosocial sample group. In conclusion, social and psychological factors influenced the predictive qualities of health care behavior. Thus, health care providers should empower these factors among non-communicable disease patients at risk of ischemic strokes in routine health promotion practices.

Keywords: ischemic stroke, health care behavior, health quotient

Corresponding Author:

Chatchai Ekpanyaskul

Department of Preventive and Social Medicine,

Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

62 Moo 7, Rangsit Nakhon Nayok Road,

Ongkharak, Nakhon Nayok, 26120 Thailand

E-mail: dr_chatchai@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ในจำนวนโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกพบว่ามีจำนวน 17 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคนี้ นอกจากนี้คนหนุ่มสาวจำนวนมากยังได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ ส่วนในประเทศที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงการป้องกันการรักษาแบบเฉียบพลันสำหรับภาพรวมของประเทศไทยมีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปี พ.ศ. 2557-2559) เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี² โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70-75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด พบได้มากในผู้สูงอายุ³ เกิดจากการมีไขมันและหินปูนมาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลงเรื่อยๆ จนมีการอุดตันในที่สุด กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกายตามมา พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด นอกจากนี้ ยังมีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด⁴ คือ เลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ่มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้ โรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการรักษานานหรือตลอดชีวิต เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีอาการซึมเศร้า จนคิดว่าตัวเองเป็นภาระต่อลูกหลาน ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดีขึ้นและยังมีผลกระทบต่อสังคม

เศรษฐกิจ และประเทศชาติตามมา ซึ่งแนวทางป้องกันจากโรคหลอดเลือดสมองตีบควรจะต้องมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดีในกลุ่มเสี่ยงทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

ทฤษฎีทางปัญญาสังคมของแบนดูรา⁵ ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพว่าเกิดจากปัจจัยสภาพแวดล้อมร่วมกับปัจจัยภายในตัวบุคคล⁵ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยธรรมชาติของมนุษย์แล้วเมื่อเวลามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมนุษย์ก็มักจะเสาะแสวงหาความหลุดพ้นจากสิ่งนั้นหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือสังคม เพื่อให้เกิดสุขภาพดีปราศจากโรคภัยและมีความเป็นอยู่ที่ปกติสุข ทั้งนี้ก็มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนการหลีกเลี่ยงจากโรคภัยที่คุกคามต่อชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การตรวจสุขภาพประจำปี หรืออีกลักษณะหนึ่งคือ เป็นการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยอาศัยความรู้ ทัศนคติ ของแต่ละบุคคล^{6,7,8} จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ พบปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางจิต โดยปัจจัยทางสังคมประกอบไปด้วย 1) การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของและบริการ

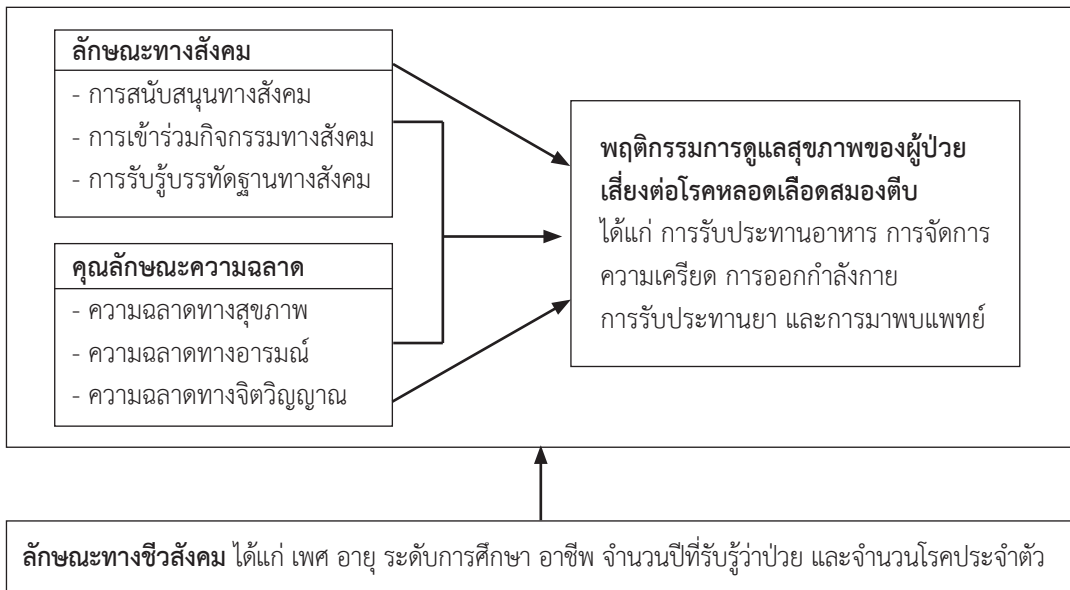
และความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ 2) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตใจ¹⁰ 3) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการควบคุมพฤติกรรมของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น พบว่า บรรทัดฐานทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ¹¹ ขณะที่ปัจจัยทางจิตประกอบไปด้วย 1) ความฉลาดทางสุขภาพ จากการศึกษาอิทธิพลของความฉลาดทางสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้¹² 2) ความฉลาดทางอารมณ์ จากการศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดการรักษายาเสพติด พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด¹³ 3) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวก¹⁴ ดังนั้น การศึกษาผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนั้นควรจะต้องมีปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางจิตดังกล่าวเป็นสำคัญ

จังหวัดนครนายกเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2546-2555 ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ¹⁵ และโรงพยาบาลองค์กรฯจัดเป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนในเขตจังหวัดนครนายกที่มีอัตราการครองเตียงด้วยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าโรคอื่นๆ¹⁶ ทำให้ต้องหาแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อที่จะสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ รู้จักพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ สาเหตุของกลุ่มตัวแปรทางสังคมและกลุ่มตัวแปรทางจิตใดบ้างที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว และมีทิศทางตามตัวแปรตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด โดยหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพย่อมมีระดับที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ และสามารถนำปัจจัยเหล่านั้นมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมร่วมกับคุณลักษณะความฉลาดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในภาพรวมและผู้ป่วยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารรับรองเลขที่ SWUEC/E-106/2560

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองค์กรักษ์อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง รวมจำนวนทั้งหมด 5,390 คน (ข้อมูลจากโรงพยาบาลองค์กรักษ์ : 2560)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองค์กรักษ์อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยภาวะไขมัน

ในเลือดสูง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของยามาเน่ (Yamane)¹⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 370 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากรต่อหน่วยตัวอย่างเท่ากับ 14.5:1 (Proportional Stratified Sampling) โดยให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นตัวแปรแบ่งชั้นภูมิ และกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ เพศชาย หรือ เพศหญิง ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น และเข้าใจภาษาไทยได้ดี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชนิดรับประทานและฉีดอินซูลิน โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการวินิจฉัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีประวัติการเป็น

โรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อน มีภาวะความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนในระหว่างการเก็บข้อมูลและไม่สนใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวัด คือ แบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 8 ตอน จำนวน 119 ข้อ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องและทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 5 เรื่องคือ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ โดยเก็บในรูปลักษณะมาตรวัดและประเมินค่า 6 ระดับ คือ “ปฏิบัติเป็นประจำ ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย” ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

ส่วนตอนที่ 3 ถึง 5 เป็นแบบวัดกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคม ได้แก่

- การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นตัวแปรอิสระที่อธิบายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เช่น การได้รับความรัก การได้รับความห่วงใย ความเห็นใจ การเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข การให้คำแนะนำ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งแบบวัดมี

ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ในลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย” ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (social activities) เป็นตัวแปรอิสระที่อธิบายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้กระทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและใจให้รู้สึกเป็นสุข แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1. กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางตรง เช่น การตรวจสุขภาพอนามัย การศึกษาหาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การนันทนาการ 2. กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม การจัดงานตามประเพณี การพัฒนาสังคม การทัศนศึกษา ซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ในลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

- การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (perceive social norm) เป็นตัวแปรอิสระที่อธิบายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบว่า สังคมที่ตนอยู่ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่ตนเองยอมรับนับถือ เห็นดีเห็นชอบ มีความตระหนักเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่เมื่อยามเจ็บป่วยในการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ในลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

ส่วนตอนที่ 6 ถึง 8 เป็นแบบวัดกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด ได้แก่

- ความฉลาดทางสุขภาพ (health quotient) เป็นตัวแปรอิสระที่อธิบายถึง ความสามารถในการตัดสินใจซึ่งเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา เลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี

มีทักษะการทำความเข้าใจประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขได้ ซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ในลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

- ความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient) เป็นตัวแปรอิสระที่อธิบายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความสามารถเมื่อต้องเผชิญกับความคับข้องใจ ตลอดจนสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคและข้อขัดแย้งต่างๆ ให้อยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขในยามเจ็บป่วย มี 3 ประการ 1. ดี คือ การรู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง เห็นใจผู้อื่น รู้จักรับผิดชอบและให้อภัย 2. เก่ง คือ รู้จักสร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเอง รับรู้และเข้าใจปัญหา 3. สุข คือ การเห็นคุณค่าในตัวเอง การมองโลกในแง่ดี และการรู้จักผ่อนคลาย ซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ในลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

- ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (spiritual quotient) เป็นตัวแปรอิสระที่อธิบายถึง ความสามารถในการพัฒนาจิตใจของบุคคลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต เพื่อเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณค่า และมองโลกในแง่ดีรวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆ ได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ ด้านการสร้างและค้นหาความหมายในชีวิต ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติและด้านการเข้าสู่สมาธิ เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด ซึ่งแบบวัด

มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ในลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อพรรณนาลักษณะทางชีวสังคม และคุณลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา และวิเคราะห์ความแตกต่างกันของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละลักษณะทางชีวสังคมด้วย t-test หรือ ANOVA และใช้ความถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical multiple regression analysis) มาทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณพบว่า ระดับความสัมพันธ์ไม่ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุ (multicollinearity) โดยมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับกลางและระดับต่ำที่ไม่เกิน 0.8¹⁸

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น เป็นการแสวงหาตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยใช้ตัวทำนาย 2 ชุด ชุดตัวทำนายลำดับที่ 1 คือ กลุ่มลักษณะทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ชุดตัวทำนายลำดับที่ 2 คือ กลุ่มคุณลักษณะความฉลาด ประกอบด้วย ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ รวม 6 ตัวแปร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพิสูจน์ให้เห็นความสำคัญของชุดตัวแปรในการเข้าร่วมอธิบายพฤติกรรม ซึ่งจะพิจารณาจากร้อยละการทำนายที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นว่า มีนัยสำคัญหรือไม่ โดยใช้ชุดกลุ่มตัวแปรลักษณะทาง

สังคม เป็นชุดทำนายลำดับที่ 1 และกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะความฉลาดเข้าไปเป็นชุดทำนายลำดับที่ 2 รวมทั้งเพื่อระบุลำดับความสำคัญของตัวแปรต่างๆว่าจะยังคงสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้หรือไม่ หลังจากควบคุมตัวแปรอื่นทุกตัวแล้ว โดยพิจารณาจากการมีนัยสำคัญและขนาดของค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร การวิเคราะห์ในส่วนนี้กระทำทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยรวม 15 กลุ่ม ที่แบ่งตามลักษณะทางชีวสังคม 6 ลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย และจำนวนโรคประจำตัว โดยการศึกษาที่กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีจำนวนทั้งหมด 370 คน ลักษณะทางชีวสังคมส่วนใหญ่เป็นดังนี้ เพศหญิงมีจำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 มีระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษาจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 กลุ่มอาชีพเป็นงานไม่ประจำ จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1-5 ปี จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 และมีโรคประจำตัวหลายโรค จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละกลุ่มชีวสังคมไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

ลักษณะทางชีวสังคมของ กลุ่มตัวอย่าง (n=370)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ		t, F	p-value
			ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
เพศ						
- ชาย	134	36.2	4.03	0.57	0.129	0.72
- หญิง	236	63.8	4.01	0.51		
อายุ						
- อายุ 35 - 59 ปี	149	40.3	3.97	0.56	2.534	0.11
- อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	59.7	4.05	0.52		
ระดับการศึกษา						
- ประถมศึกษา	214	57.8	3.99	0.55	0.975	0.32
- มัธยมศึกษา	126	34.1	4.07	0.52		
- อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี	30	8.1	4.00	0.46		

ลักษณะทางชีวสังคมของ กลุ่มตัวอย่าง (n=370)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ		t, F	p-value
			ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
อาชีพ						
- งานประจำ	138	37.3	4.00	0.56	1.079	0.30
- งานไม่ประจำ	232	62.7	4.03	0.52		
จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย						
- 1 - 5 ปี	193	52.2	4.00	0.53	0.075	0.79
- 6 - 10 ปี	116	31.3	4.09	0.54		
- 10 ปี ขึ้นไป	61	16.5	3.94	0.55		
จำนวนโรคประจำตัว						
- โรคเดียว	156	42.2	4.02	0.56	3.52	0.05
- หลายโรค	214	57.8	4.02	0.52		

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ
เชิงชั้น เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมาวิเคราะห์
การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (ดังตารางที่ 2)
พบว่า กลุ่มลักษณะทางสังคม กับ กลุ่มคุณลักษณะ
ความฉลาด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ
ได้ร้อยละ 62 โดยกลุ่มลักษณะทางสังคมและ
คุณลักษณะความฉลาด พบว่ามีตัวทำนายที่สำคัญคือ
การสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.10) การเข้าร่วม
กิจกรรมทางสังคม (Beta=0.16) การรับรู้บรรทัดฐาน
ทางสังคม (Beta=0.11) ความฉลาดทางสุขภาพ
(Beta=0.15) ความฉลาดทางอารมณ์ (Beta=0.16)

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta=0.10) และเมื่อ
แยกวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทางชีวสังคม
พบว่ากลุ่มเพศชาย การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับความ
ฉลาดทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพได้สูงสุดถึงร้อยละ 81

ในภาพรวม กลุ่มลักษณะทางสังคมและ
คุณลักษณะความฉลาดสามารถร่วมกันทำนาย
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรค
หลอดเลือดสมองตีบได้เพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มรวมและ
กลุ่มย่อยรวม 15 กลุ่ม โดยความฉลาดทางสุขภาพ
เป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญที่มีความถี่สูงสุดในการนำ
มาใช้ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ในกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นของลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดเพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยรวม 15 กลุ่ม

ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	ลำดับที่ 1 *			ลำดับที่ 2 **		
	(ลักษณะทางสังคม 1-3)			(ลักษณะทางสังคม 1-3) + (คุณลักษณะความฉลาด 4-6)		
	ร้อยละของการทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	ค่าเบต้า	ร้อยละของการทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	ค่าเบต้า
1. กลุ่มรวม (n=370)	25	1 2 3	0.10, 0.11, 0.11	62	1 2 3 4 5 6	0.10, 0.16, 0.11, 0.15, 0.16, 0.10
2. กลุ่มเพศชาย (n=134)	78	1 2	0.14, 0.27	81	1 2 4	0.13, 0.27, 0.15
3. กลุ่มเพศหญิง (n=236)	18	3	0.12	69	3 4 5	0.12, 0.14, 0.17
4. กลุ่มอายุ 35-59 ปี (n=149)	26	3	0.15	62	2 3 4	0.16, 0.16, 0.19
5. กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (n=221)	22	2	0.11	37	2 4 6	0.14, 0.14, 0.12
6. กลุ่มการศึกษาระดับประถมศึกษา (n=214)	21	2	0.10	44	2 4 6	0.17, 0.18, 0.15

ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	ลำดับที่ 1 * (ลักษณะทางสังคม 1-3)			ลำดับที่ 2 ** (ลักษณะทางสังคม 1-3) + (คุณลักษณะความฉลาด 4-6)		
	ร้อยละของ การทำนาย	ตัวทำนาย ที่มี นัยสำคัญ	ค่าเบต้า	ร้อยละของ การทำนาย	ตัวทำนาย ที่มี นัยสำคัญ	ค่าเบต้า
7. กลุ่มการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (n=126)	29	3	0.14	52	3 5	0.14, 0.17
8. กลุ่มการศึกษานุปริญญา/ ปริญญาตรี (n=30)	27	3	0.21	52	3 5	0.28, 0.43
9. กลุ่มอาชีพงานประจำ (n=138)	34	1	0.21	37	1 4	0.19, 0.13
10. กลุ่มอาชีพงานไม่ประจำ (n=232)	30	3	0.16	75	2 3 4 5	0.14, 0.16, 0.14, 0.16
11. กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1-5 ปี (n=193)	41	1	0.21	64	1 5	0.21, 0.12
12. กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 6-10 ปี (n=116)	23	3	0.12	57	3 4	0.13, 0.18
13. กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 10 ปี ขึ้นไป (n=61)	67	2	0.26	68	2	0.29
14. กลุ่มที่มีโรคประจำตัวโรคเดียว (n=156)	24	3	0.17	47	3 5	0.18, 0.19
15. กลุ่มที่มีโรคประจำตัวหลายโรค (n=214)	9	2	0.13	10	2 4 6	0.19, 0.25, 0.19

* ชุดตัวทำนายลำดับที่ 1: 1 = การสนับสนุนทางสังคม 2 = การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
3 = การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

** ชุดตัวทำนายลำดับที่ 2: 4 = ความฉลาดทางสุขภาพ 5 = ความฉลาดทางอารมณ์
6 = ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพพบว่าการสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.18) และความฉลาดทางอารมณ์ (Beta=0.14) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และทำนายได้ร้อยละ 51 การสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.06) และความฉลาดทางสุขภาพ (Beta=0.08) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียด และทำนายได้ร้อยละ 6 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Beta=0.13) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta=0.10) ความฉลาดทางอารมณ์ (Beta=0.12) และความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta=0.12) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายและทำนายได้ร้อยละ 41 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Beta=0.20) และความฉลาดทางสุขภาพ (Beta=0.12) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาและทำนายได้ร้อยละ 29 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Beta=0.12) และความฉลาดทางสุขภาพ (Beta=0.13) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการมาพบแพทย์และทำนายได้ร้อยละ 14

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มลักษณะทางสังคมและกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 62 โดยพบว่ามีตัวทำนายที่สำคัญคือ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ทำให้เห็นความสำคัญของกลุ่มตัวแปรอิสระที่มาจากทั้งปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมและปัจจัยภายในบุคคล อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ นั้นมีปัจจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura)⁵ ที่การศึกษาครั้งนี้นำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแบนดูราอธิบายว่าพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมและปัจจัยภายในตัวบุคคลและการร่วมกันของสองปัจจัยนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันไม่อาจแยกออกจากกันได้

ด้านลักษณะทางชีวสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้สูงสุด คือ เพศชาย โดยเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ขณะเดียวกันยังเป็นปัจจัยที่นำสู่ปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เพศชายนั้นมีโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการสุขภาพด้วยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม ไม่ว่าจะเป็นรายได้ ความเป็นอยู่ การจ้างงาน การศึกษา¹⁹ ทำให้มีกำลังและอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพสูง มีโอกาสเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้ง่ายร่วมกับในชีวิตประจำวันมีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น การเสริมพลังด้วยการสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ควบคุมความฉลาดทางสุขภาพจะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้สูงขึ้นเมื่อเทียบกับลักษณะทางชีวสังคมอื่นๆ

การศึกษานี้พบว่าตัวแปรของลักษณะทางสังคมและกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดที่มีนัยสำคัญที่มีความถี่สูงสุดในการนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ในหลายกลุ่มชีวสังคม คือ ความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) การศึกษาในต่างประเทศพบว่าลักษณะทางชีวสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ^{20,21} ความฉลาดทางสุขภาพจัดเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความ

ต้องการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว และต้องเข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพ การจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก บางครั้งอาจจะได้ข้อมูลที่เข้าใจยาก และข้อมูลที่มีจากหลายแหล่งและหลากหลาย เช่น บุคลากรทางสุขภาพ เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ทำให้ต้องตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม²² ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน เพราะถ้าประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ก็ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น การมีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอ (adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น²³ Lee SY และคณะ อธิบายกลไกของความเชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพว่ามีปัจจัยตัวกลาง 4 ปัจจัยที่เชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ และ 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา²⁴ ซึ่งในการศึกษานี้ได้มีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวด้วย

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ปัจจัยลักษณะทางสังคม และคุณลักษณะความฉลาดอาจไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยตรง ทำให้สามารถ

ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่สูงมากนัก การนำไปใช้ควรพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ โดยเฉพาะปัจจัยทางชีวภาพ อีกทั้งพฤติกรรมดูแลสุขภาพอาจเป็นปัจจัยส่งผ่านต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ²⁴ อาจมีหรือไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคในอนาคตก็ได้ และการศึกษาที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพียง 5 ด้านเท่านั้น ยังมีปัจจัยทางชีวสังคมต่างๆ อีกมากมายที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

ผลการวิจัยตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคมและตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ หน่วยงานสาธารณสุขควรจะเลือกนำตัวแปรเหล่านี้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพ หรือสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคดังกล่าว โดยเฉพาะเรื่องความฉลาดทางสุขภาพ บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางสาธารณสุข ควรให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพกับผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและเมื่อเจ็บป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมทั้งการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด ออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาพบแพทย์

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ และลักษณะทางชีวสังคมอื่นๆ เพื่อค้นพบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคอื่นๆ ให้ความครอบคลุมมากขึ้น ในครั้งต่อไปอาจใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หรือสร้างโปรแกรมฝึกอบรม ในการเป็นเครื่องมือเพื่อทำความเข้าใจถึงคุณลักษณะที่สำคัญของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

สรุปผล

ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประกอบด้วย กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ โดยเฉพาะความฉลาดทางสุขภาพสามารถทำนายได้ในหลายกลุ่มวัยสังคม การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยนอกจากปัจจัยทางด้านร่างกายแล้ว ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านสังคมและปัจจัยทางด้านจิตด้วย เพราะมีผลต่อการพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ดังนั้น ในการส่งเสริมสุขภาพในเวชปฏิบัติบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรเสริมพลังปัจจัยดังกล่าวให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบในอนาคตด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Katan M, Luft A. Global burden of stroke. *Semin Neurol* 2018;38(2):208-11.
2. Bureau of Non Communicable Disease. World stroke organization disease [Internet]. Thailand : [updated 2017 Aug 23]. P. 1-4. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable>.
3. Kumpangkaew K, Somboontanont W, Leelahakul V. Relationships between perceived risk, perceived warning signs and self-care behavior in older adults at risk of cerebrovascular disease. *Nurs J Minist Public Health* 2015;25(2):40-56. (In Thai)
4. Soliman RH, Oraby MI, Fathy M, et al. Risk factors of acute ischemic stroke in patients presented to Beni-Suef University Hospital: prevalence and relation to stroke severity at presentation. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg* 2018;54(1):8.
5. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc; 1986.
6. Obchei A. Factors related to health self-care behavior of population in Tambon Bang Phae Amphoe Bang Phae Changwat Ratchaburi under coverage health insurance project [Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2005.
7. Orem DE. Nursing concepts of practice. New York : Mc Graw Hill; 1985.
8. Pewthong R. Health behaviors of the students of Rajamangala Institute of Technology North Bangkok Campus Bangkok: Thai National Research Repository; 2002.
9. Worabutr C. Self-health care behaviors among the middle age residents in Amphoe Srisawat, Changwat Kanchanaburi [Thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2007.
10. Pattarakantakul P. Social activity participation and psychological well-being of the elderly [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2001.

11. Srivichai C. Health behavior in game addiction of early adolescents: A planned behavior theory. *J Police Nurs* 2014;2:1-5. (In Thai)
12. Hongkrajok H, Pathumarak N, Masingboon K. Influences of health literacy, perceived self-efficacy, and patient-health care provider communication on self-care behaviors among patients with primary hypertension. *Royal Thai Navy Med J* 2016;43(2):39-54. (In Thai)
13. Srithammachart L. The relationship between emotional intelligence and caring behavior of caregivers in drug dependent treatment center [Independent study]. Chaing Mai: Chaing Mai University; 2006.
14. Saenpunya K, Surinya T. Death anxiety, optimism, spiritual well-being, and adjustment to death of the elderly with chronic illness at geriatric clinic, Phranagkloa Hospital, Nonthaburi province. *Bull Suanprung*. 2010;26(2):25. (In Thai)
15. Office of the Permanent Secretary Nakhon Nayok province. [Internet]. Thailand : [updated 2015 Jun]. Available from: service.nso.go.th/nso/web/statseries/tables/22600_Nakhon_Nayok/in-46-55.xls.
16. Clinical tracer highlight. Ongkharak Hospital Nakhon Nayok province. [Internet]. Thailand : [updated 2016 Jun]. P. 1. Available from: <http://ongkharakhospital.go.th/tag/ha-accreditation/>.
17. Yamane T. *Statistic : An introduction analysis*. 2nd ed. New York : Happer&Row; 1967.
18. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2005.
19. Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol* 2008;7(10): 915-26.
20. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, et al. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Educ Health Promot* 2014;3:119.
21. Kobayashi LC, Smith SG, O’Conor R, et al. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: A cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Open* 2015;5(4):e007222.
22. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nurs J Minist Public Health* 2015;25(3):43-54. (In Thai)
23. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, et al. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* 2008; 66(8):1809-16.
24. Lee SY, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med* 2004; 58(7):1309-21.