

คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ปริญญานิพนธ์
ของ
วชิราวุฒิ หวังสม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กรกฎาคม 2561

คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ปริญญานิพนธ์
ของ
วชิราวุฒิ หวังสม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กรกฎาคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

บทคัดย่อ
ของ
วชิราวุฒิ หวังสม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กรกฎาคม 2561

วชิราวุฒิ หวังสม. (2561). คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ. ปรินูญานินพนธ์ วท.ม.

(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาปรินูญานินพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน 2) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในด้านรวมและด้านย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน 3) เพื่อศึกษาปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในด้านรวมและด้านย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรงพยาบาลองค์กรักษ์ อำเภองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 370 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากร ใช้การเก็บแบบสอบถามตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นมาตรประเมินค่า 6 ระดับ จำนวน 7 ตอน ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ค่าที่ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีลำดับ

ผลวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางสุขภาพทั้งด้านรวมและรายด้านในกลุ่มเพศชาย กลุ่มระดับประถมศึกษา กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1-5 ปี และกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม 3) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางจิตวิญญาณที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้านในกลุ่มเพศชาย กลุ่มตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มระดับประถมศึกษา กลุ่มอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี และกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีลำดับในด้านรวม พบว่า ตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 62 และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น พบว่า ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รองลงมา ความฉลาดทางสุขภาพ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

INTELLIGENT AND SOCIAL ASPECTS RELATED TO THE HEALTH CARE BEHAVIORAL
PATIENT AT RISK OF ISCHEMIC STROKE

AN ABSTRACT
BY
WACHIRAWUT WANGSOM

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

July 2018

Wachirawut Wangsom. (2018). Intelligence and Social Aspects related to the Health Care Behavior of patients at Risk to Ischemic Stroke. Master thesis M.Sc.

(Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Asst.Prof. Chatchai Ekpanyaskul, MD., Assoc. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang.

This research aimed; 1) to compare the health care behavior of patients at risk of an ischemic stroke; 2) to study the interactions between Intelligence and social aspects related to the health care behavior of patients at risk of ischemic stroke; 3) to study the predictive power variables, the intelligence and social aspects related to at risk patients with ischemic stroke. In this study research, patients were registered in non-communicable disease clinic at Ongkharak Hospital, NakhonNayok province, including patients with diabetes mellitus, hypertension, myocardial infarction, dyslipidemia. The samples consisted of 370 patients selected to measure by proportional stratified random sampling. The research consisted of instruments in the form of summated rating scale questionnaires. The reliability of the alpha coefficients was between 0.76 and 0.87. The data was analyzed by descriptive statistics, t-test, one way anova, two-way anova and hierarchical multiple regression.

The research results were as follows: 1) patients at risk of ischemic strokes had different characteristics, including sex, age, occupation. All of these health care behaviors had a significant difference at $p\text{-value} < .05$ 2) The interactions between the variables of social activities variables and health quotient variables in both groups and groups males, elementary education, duration of illness 1 - 5 years, number of diseases; 3) The interactions between social activities variables and spiritual quotient variables in both groups and groups males, and 60 years old, or above elementary education, diploma and Bachelor degree, and number of diseases. Regarding hierarchical multiple regression analysis, all 6 variables included social support, social activities perceive, social norm health, quotient emotional, quotient, and spiritual quotient could be predict health care behavior patient of at risk ischemic strokes at 62 % The results from the hierarchical multiple regression analysis for the significant predictors of health-care behaviors, includes social support, social activities and health quotient were statistically significant at the .05 level.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ
ของ
วชิราวุฒิ หวังสม

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย)

.....ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.สุดาร์ตน์ ตันติวิวัฒน์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล และรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ที่ท่านให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ คอยให้คำปรึกษา แนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่งในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงงานวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ ที่คอยแนะนำเรื่องราวต่างๆตั้งแต่เข้าเรียนจนกระทั่งจบการศึกษา ทำให้ผู้วิจัยเกิดความปิติยินดีและซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.นันท์ชัตตสันท์ สกุลพงศ์ (สาขาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) อาจารย์ ดร.อิทธิพล ดวงจินดา (สาขาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรสุพรรณบุรี) อาจารย์กริช เรืองไชย (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์) คุณอรรวรรณ ม่วงวงษา (นักวิชาการโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล) คุณวรางคณา จำปาเงิน (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสาขาจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก) ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณรี กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบปากเปล่า และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่เคยอบรมสั่งสอนผู้วิจัยมา จนถึงคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณนิสิตทุกคนในสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทั้งรุ่นพี่รุ่นน้องและเพื่อนร่วมรุ่นสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์รุ่นที่ 12 ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจ คอยไต่ถามกัน และให้คำแนะนำตลอดเวลาการศึกษาที่ผ่านมา รวมถึงขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติสนิทมิตรสหายทุกคน ที่เป็นกำลังให้แก่ข้าพเจ้าฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ คุณประโยชน์อันพึงได้รับจากการทำปริญญานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณบิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา

วชิราวุฒิ หวังสม

สารบัญ

บทที่

หน้า

1 บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองตีบ.....	7
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ..	12
: ตัวแปร : นิยาม : และวิธีการ วัดความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ..	12
แนวคิด ทฤษฎี ที่ประยุกต์ใช้ในการกำหนดตัวแปรสาเหตุ	
แห่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง.....	13
ลักษณะทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยง	
ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ.....	23
คุณลักษณะความฉลาดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยง	
ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ.....	32
ลักษณะทางชีวะสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยง	
ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ.....	44
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	45
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	45
นิยามปฏิบัติการ.....	46
สมมุติฐานการวิจัย.....	49

3 วิธีดำเนินการวิจัย

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	51
ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	52

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

3 (ต่อ)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม.....	62
ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา..	68
ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น.....	76

5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลตามสมมุติฐาน.....	101
การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานข้อที่ 1.....	102
การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานข้อที่ 2.....	106
การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานข้อที่ 3.....	112
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้.....	120
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	121

บรรณานุกรม.....	122
-----------------	-----

ภาคผนวก.....	134
--------------	-----

ภาคผนวก ก.....	135
ภาคผนวก ข.....	142
ภาคผนวก ค.....	147
ภาคผนวก ง.....	163

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

ประวัติย่อผู้วิจัย.. ..	170
-------------------------	-----

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	61
3	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน.....	62
4	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้านการรับประทานอาหาร.....	63
5	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้านการจัดการความเครียด.....	64
6	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้านการออกกำลังกาย.....	65
7	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้านการรับประทานยา.....	66
8	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้านการมาพบแพทย์.....	67
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยรวมและด้านย่อย 5 ด้าน (ด้านการรับประทานอาหารด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์) ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมองตีบที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ก) และมีความฉลาดทางสุขภาพ (ข).....	69
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยรวมและด้านย่อย 5 ด้าน (ด้านการรับประทานอาหารด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์) ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมองตีบ ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ก) และมีความฉลาด ทางจิตวิญญาณ (ข).....	73

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

11	ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบกลุ่มรวม ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย.....	77
12	ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและ คุณลักษณะความฉลาด ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย.....	81
13	ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย.....	85
14	ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย.....	89
15	ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย.....	93
16	ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย.....	97

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.....	8
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.. ..	46
3 ผลการแสดงผลสัมพัทธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.1.. ..	108
4 ผลการแสดงผลสัมพัทธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.2.. ..	111
5 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคม และตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด.....	113
6 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้ กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด.....	114
7 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยใช้กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด.....	115
8 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้กลุ่มตัวแปร ลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด.....	116
9 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาทั้งในกลุ่ม รวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้กลุ่ม ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด.....	117
10 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ทั้งในกลุ่ม รวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้กลุ่มตัวแปร ลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด.. ..	118

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นโรคเรื้อรังที่สูญเสียค่าใช้จ่าย ทั้งในด้านการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลในระยะยาวค่อนข้างมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization. WHO Global Database) รายงานว่าสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรกำลังเข้าสู่สภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่กำลังอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2557: 1) โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและองค์การอัมพาตโลก แสดงให้เห็นว่า ประชากรทั่วโลกในปี 2004 มีการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 5,712,240 คน จากผู้ป่วยจำนวนกว่า 15,000,000 คน ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตดังกล่าวนี้คิดเป็นร้อยละ 8.6 ในผู้ชายและร้อยละ 11.9 ในผู้หญิง (ธิดารัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวทย์. 2556 : 2) สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองตีบในประเทศไทยจากการรายงานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าภาพรวมของ ประเทศไทย มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (ปี พ.ศ.2545 - 2557) นั้นโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการตายด้วย โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21.04 และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 38.66 ซึ่งคิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น 1.8 เท่า ในรอบ 5 ปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 25,114 คน คิดโดยเฉลี่ยคือ ในทุกๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน (นิตยา พันธุเวทย์; และณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. 2558: 4) และเริ่มเพิ่มอย่างต่อเนื่อง หากพิจารณาถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองนั้นแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง แม้ว่าอัตราการตายจะมีลดลงและชะลottedตัวอยู่ในบางปี แต่ก็กลับมีอัตราที่สูงขึ้นอีกครั้ง ในขณะที่อัตราการตายชะลottedตัวลงนั้น อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่มขึ้น สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบส่วนใหญ่มาจากการดำเนินชีวิตของคนเราที่มีความหลากหลายรูปแบบและในบางครั้งการดำเนินชีวิตก็มักจะเป็นไปในแนวทางที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ จนก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นมามากมาย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70-75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด พบได้มากในผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองตีบเกิดได้จากความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง เกิดจากการมีไขมันและหินปูน มาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงเรื่อยๆจนมีการอุดตันในที่สุด โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรือหลอดเลือด

เลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตและความพิการตามมา กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกายตามมา นอกจากนี้ยังมีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักจะทำให้มีลิ้มเลือด คือเลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ้มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้ โรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการรักษานานหรือตลอดชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีอาการซึมเศร้า หดหู่และหมดความมั่นใจ จนคิดว่าตัวเองเป็นภาระต่อลูกหลาน ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีขึ้นและยังมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งโรคหลอดเลือดในสมองตีบเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติตามมา (อารีชา ชินประพัทธ์. 2553: 7) หากจะหาแนวทางป้องกันจากโรคหลอดเลือดสมองก็จะต้องมีการดูแลสุขภาพ ในเรื่องของ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์เครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

โอเรม (Orem. 1980: 70) กล่าวว่า การดูแลตัวเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง พฤติกรรมของบุคคลแสดงออกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ตลอดจนลักษณะของบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาลักษณะความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยลักษณะทางชีวสังคมประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย และจำนวนโรคประจำตัว ซึ่งจากการศึกษาของ ประภาสวัชร งามคณะ (2557) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล พบว่า อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล ส่วน พิมผกัรยาโน และคณะ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ อสม. ในเขตเทศบาลบ้านตุ้ อำเภอมะเอนก จังหวัดเชียงราย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ส่วน เมธา ชันดินานนท์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ นนทรี สัจจาธรรม และคณะ (2559) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุขของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วน เตือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ในอำเภอดงตาล จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าภาวะการมีโรคประจำตัว จำนวนโรคที่เป็น มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น มีได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวสังคมเท่านั้น แต่ยังคงขึ้นอยู่กับปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมเป็นสำคัญ โดยปัจจัยทางจิตประกอบไปด้วย ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทาง จิตวิญญาณ ดังการศึกษาของอรุณี หล้าเขียว (2558: 635) ได้ศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้าน สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 251 คน พบว่าความ ฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.227$, $p\text{-value} = < 0.001$ ตามลำดับ) และ ลมิตา ศรีธรรมชาติ (2549) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง อารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดการรักษายาเสพติด พบว่า ความ ฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วน ขจรศรี แสนปัญญา (2553: 138) ได้ศึกษาเรื่อง ความ วิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความ ตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 385 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับได้ สำหรับปัจจัยทางสังคมที่ประกอบไปด้วย การ สนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ดังการศึกษาของ พรพิมล ว่องไว (2554) ได้ศึกษาเรื่องการเรียนรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้วกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงจำนวน 291 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย ความเครียด ($p\text{-value} = 0.023$ $r = 0.134$, $p\text{-value} = 0.035$ $r = 0.124$ และ $p\text{-value} < 0.001$ $r = 0.289$ ตามลำดับ) และ จุฑามาศ วาริแสงทิพย์ (2552) ได้ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไต วายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมชาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและ เครียดระยะสุดท้าย จำนวน 80 คน พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมธรรมชาติด้วยวิธีการสวนมนต์ การทำสมาธิ และการสวนมนต์ ร่วมกับการทำสมาธิ ทำให้คุณภาพชีวิตในมิติของทางด้านร่างกาย ของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจในกลุ่มที่ สวนมนต์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการหายใจเท่านั้นในกลุ่มที่สวนมนต์ ร่วมกับการทำ สมาธิ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วน ปภาดา อ้อประเสริฐ (2554: 109) ได้ ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ตัวแปรที่ใช้ ศึกษาคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ประชากรที่ใช้ศึกษาใน การวิจัย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นคนไทยและเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลราชบุรี ในปี 2549 - 2550 จำนวน 210 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ช่วงเดือนมิถุนายน 2549 – มีนาคม 2550 จำนวน 100 คน ผลการวิจัย พบว่าด้านการรับรู้บรรทัด

ฐานทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จังหวัดนครนายกเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2546 – 2555 ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ และโรคไขมัน อยู่เป็นจำนวนมากซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ฐานข้อมูล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก. 2546-2555) และโรงพยาบาลองค์กรักษ์ก็เป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนในเขตจังหวัดนครนายกที่มีอัตราการครองเตียงด้วยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าโรคอื่นๆ(โรงพยาบาลองค์กรักษ์. 2559 :1) ทำให้ต้องหาแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบรู้จักพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ว่ามีอะไรบ้างที่เกี่ยวกับพฤติกรรมนี้ ซึ่งจากที่ได้ประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นส่วนใหญ่ไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยภายในบุคคล และภายนอกบุคคล ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยที่ได้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรค หลอดหลอดเลือดสมองตีบ ที่เหมาะสมตามบริบท ตัวแปรเชิงสาเหตุ และตามความต้องการที่แท้จริง ตลอดจนใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ประกอบการวางแผนพัฒนา รวมถึงบูรณาการกิจกรรมต่างๆ ในการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีชีวิตสังคมต่างกัน
2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในด้านรวมและด้านย่อยที่มีชีวิตสังคมต่างกัน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในด้านรวมและด้านย่อยที่มีชีวิตสังคมต่างกัน

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

1. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ตลอดจนใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบครัว ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองตีบให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

2. สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัย มาเป็นข้อมูลให้บุคลากรสาธารณสุขใน โรงพยาบาลองค์กร และโรงพยาบาลอื่นใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตลอดจนสามารถนำไปจัดกิจกรรมเพื่อ บริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองค์กร อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง รวมจำนวนทั้งหมด 5,390 คน (โรงพยาบาลองค์กร : 2560)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองค์กร อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane.1967:886) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 % ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 370 คน

ขอบเขตด้านตัวแปร

1. ตัวแปรอิสระแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1.1 ลักษณะทางสังคม ได้แก่

- 1.1.1 การสนับสนุนทางสังคม
- 1.1.2 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- 1.1.3 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

1.2 คุณลักษณะความฉลาด ได้แก่

- 1.2.1 ความฉลาดทางสุขภาพ
- 1.2.2 ความฉลาดทางอารมณ์
- 1.2.3 ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

2.1 การรับประทานอาหาร

2.2 การจัดการความเครียด

2.3 การออกกำลังกาย

2.4 การรับประทานยา

2.5 การมาพบแพทย์

3. ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย และจำนวนโรคประจำตัว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่อง คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองตีบ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเสี่ยง ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

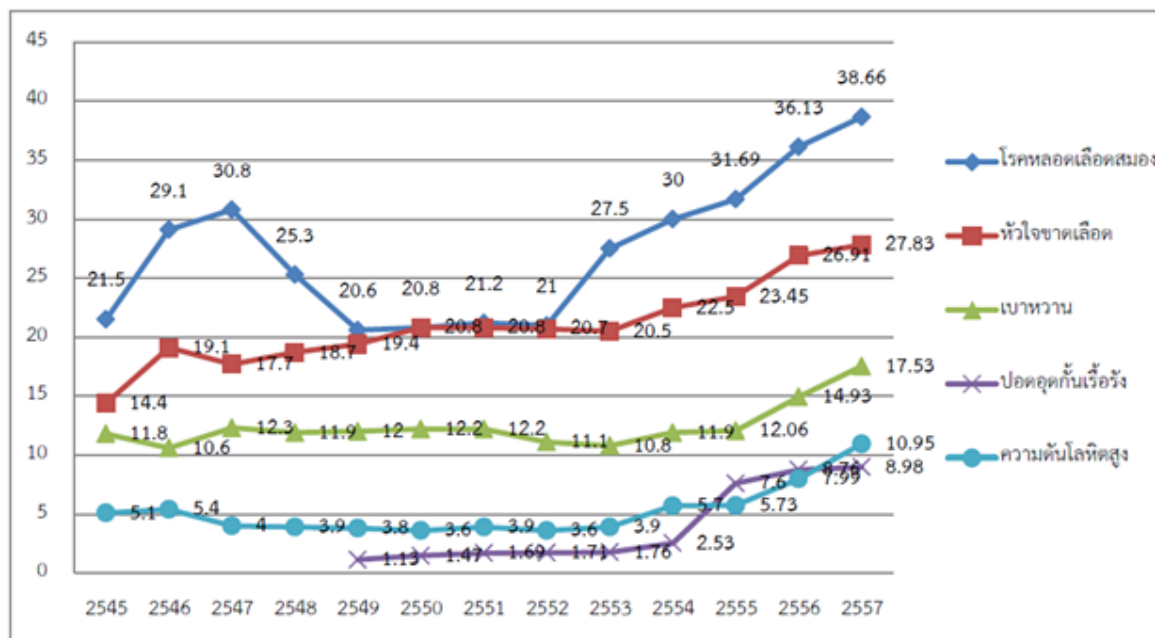
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองตีบ

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นโรคเรื้อรังที่สูญเสียค่าใช้จ่าย ทั้งในด้านการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลในระยะยาวค่อนข้างมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization. WHO Global Database) รายงานว่าสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และระบุว่าเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเพศชาย จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรกำลังเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่กำลังอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2557: 1) โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและองค์การอัมพาตโลก แสดงให้เห็นว่า ประชากรทั่วโลกในปี 2004 มีการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 5,712,240 คน จากผู้ป่วยจำนวนกว่า 15,000,000 คน ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตดังกล่าวนี้คิดเป็นร้อยละ 8.6 ในผู้ชายและร้อยละ 11.9 ในผู้หญิง (ธิดารัตน์ อภิญา; และ นิตยา พันธุเวทย์. 2556: 2)

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจากการรายงานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าภาพรวมของ ประเทศไทย มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (ปี พ.ศ.2545 - 2557) นั้นโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการตายด้วย โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21.04 และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 38.66 ตามภาพที่ 1 ซึ่งคิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น 1.8 เท่า ในรอบ 5 ปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน

ตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 25,114 คน คิดโดยเฉลี่ยคือ ในทุกๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน (นิตยา พันธุเวทย์ และณัฐสุตา แสงสุวรรณโต. 2558: 4)



ภาพประกอบ 1 อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(นิตยา พันธุเวทย์; และณัฐสุตา แสงสุวรรณโต. 2558: 4)

หากพิจารณาถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองนั้น จากตารางแสดงอัตราการตาย แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง แม้ว่าอัตราการตายจะมีลดลงและชะลอตัวอยู่ในบางปี แต่ก็กลับมีอัตราที่สูงขึ้นอีกครั้ง ในขณะที่อัตราการตายชะลอตัวลงนั้น อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการรอดชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้น การตายลดลง แต่การเกิดโรคและการป่วยไม่ได้ลดลง กลายเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระดับประเทศ

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ได้ 2 กลุ่มคือ

1.โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70–75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เมื่อมีอาการอุดตันทำให้สมองขาดเลือด เป็นผลให้สมอง

ส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งอาการทางสมองขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด ส่วนสาเหตุการตีบตันเกิดได้จาก (นิจศรี ชาญณรงค์สุวรรณเวลา. 2560: 1-2)

1.1 มีความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง เกิดจากการมีไขมันและหินปูน มาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงเรื่อยๆจนมีการอุดตันในที่สุด โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรือหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง การเกิดหลอดเลือดแข็งนี้พบได้มากในผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ในบางรายน้อยมากที่จะเกิดหลอดเลือดอุดตันจากโรคหลอดเลือดสมองเอง เช่นหลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด หรือมีความผิดปกติในการแข็งตัวของหลอดเลือด

1.2 มีลิ้มเลือดจากที่อื่นมาอุดตันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักจะทำให้มีลิ้มเลือด คือเลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ้มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้

2.โรคหลอดเลือดสมองแตก พบน้อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่มีความรุนแรงมากกว่า พบโรคหลอดเลือดสมองแตกประมาณร้อยละ 25-30 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานานส่วนน้อย อาจเกิดจากหลอดเลือดผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมองแตกแบ่งเป็น

2.1 หลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นมาทันที เนื่องจากเลือดที่ออกจะไปกดเบียดสมองทำให้สมองทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ยังเกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมองผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

2.2 หลอดเลือดแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ เมื่อมีเลือดออกในทันทีทันใด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงอย่างมากที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ในบางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่วินาทีแรก จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ

การดำเนินชีวิตของคนเรามีหลากหลายรูปแบบและในบางครั้งการดำเนินชีวิตก็มักจะเป็นไปในแนวทางที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ จนก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นมามากมายและปัจจัยสำคัญเลยที่ทำให้คนเรากลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต มักจะมาจากโรคแทรกซ้อนดังกล่าวได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

1.โรคความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค. 17-18) เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ในประเทศไทย พบภาวะนี้ทั้งในคนวัยทำงานและวัยสูงอายุ โดยพบมากในเขตชุมชนแออัด รองลงมาเป็นเขตเมือง และชนบท ประมาณครึ่งหนึ่งของคนที่ เป็น ไม่ตระหนักว่าตนเป็นความดันโลหิตสูง และมีเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัย นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงยังทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาตได้ถึงร้อยละ 37

2.โรคเบาหวาน จากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะส่งเสริมให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายเสื่อมเร็วขึ้น จึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต 2-4 เท่า ของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน

3.โรคไขมันในเลือดสูง ไขมันในเลือดที่สำคัญ คือ โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ เมื่อมีจำนวนมากขึ้น จะสะสมตามผนังด้านในของหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดแดงตีบ แคบ ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว หนาขึ้น ขาดความยืดหยุ่นหรือเรียกว่า หลอดเลือดแดงเสื่อม

4.โรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคลิ้นหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีการบีบตัวไม่เป็นจังหวะของหัวใจห้องบน ซึ่งพบประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต การบีบตัวที่ไม่แรงพอของหัวใจ ทำให้เลือดคั่งในหัวใจห้องบนเป็นเวลานานเลือดจะจับตัวกันก่อให้เกิดลิ่มเลือด ซึ่งมีโอกาสไหลเวียนไปยังหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ

1.การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 การรับประทานอาหาร ควรลดอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวและฟีนิกซิลิมก่อนเติม กินอาหารรสชาติพอดี หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมาก เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม สดเกลื่อน น้ำปลา ของหมักดอง น้ำตาลไม่เกิน 4-6 ช้อนต่อวัน ผักสด 4-6 ท็อปส์ต่อวัน ผลไม้เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู ส้ม ขนาดพอคำ 15 คำต่อวัน (นุชรี อาบสุวรรณ; และคณะ. 2553: 6)

1.2 การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน การเล่นกีฬา ทำสวน ทำงานบ้าน การเล่นกับลูกหรือการเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เคยปฏิบัติเป็นประจำบางอย่าง เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินในระยะใกล้ๆ แทนการใช้รถ การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้อย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยไม่จำเป็นต้องปฏิบัติต่อเนื่องกัน และปฏิบัติอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ กรณีมีโรคประจำตัวควรเริ่มปฏิบัติอย่างช้าๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบาย และควรประเมินตัวเองเป็นระยะๆ เพื่อปรับกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับตนเอง (กรมควบคุมโรค : 28)

1.3 การจัดการด้านอารมณ์เครียด ผู้ป่วยที่มีความเครียดมากเกินไป จะมีผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ และส่งผลให้หลอดเลือดในสมองเกิดการบีบตัวทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ ควรหาเวลาผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี พูดคุยกับเพื่อน เข้าวัดฟังธรรม (ชลออิทธรา; และคณะ. 2537: 1)

2.การรักษาโดยใช้ยา

การใช้ยาจะมีการพิจารณาการใช้ยาความดันโลหิต ยาลดสมอ่งบวม ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาระงับชักเมื่อมีข้อบ่งชี้ และต้องเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งยากีมีหลายตัว ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด เป็นต้น (พรทิพย์ จักขุทิพย์. 2554: 11-14)

นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย เช่น มีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด และโรคหัวใจ ควรมาตรวจสุขภาพประจำปี และพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอห้ามปรับยาหรือหยุดยาเองโดยเด็ดขาด

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เมื่อเป็นแล้วมักจะประสบปัญหาทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ (อารีชา ชินประพัทธ์. 2553: 7)

1.ผลกระทบด้านร่างกาย จากการที่ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนมาก จนทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตและความพิการตามมา กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวทำให้ส่งผลกระทบต่อการร่างกายตามมา

2.ผลกระทบด้านจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการรักษานานหรือตลอดชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีอาการซึมเศร้า หดหู่และหมดความมั่นใจ จนคิดว่าตัวเองเป็นภาระต่อลูกหลาน ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีขึ้น

3.ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องเจอนั้นคือความพิการ ทำให้ผู้ป่วยเองรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีคุณค่า ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ขาดการติดต่อกับสังคม จนทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสังคมเปลี่ยนไป หากจะมองไปถึงเรื่องของการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติตามมา

ดังนั้นโดยสรุปแล้ว จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีผลกระทบมากไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ บางคนเมื่อเป็นแล้วก็จะมีอาการซึมเศร้าหมดหวังในชีวิต ต้องสูญเสียเงินทองในการรักษา หลายรายก็มักจะขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้ชีวิตดูหดหู่ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความสำคัญและส่งผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างยิ่ง

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ : ตัวแปร : นิยาม : และวิธีการวัด

ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (Health Care)

โดยธรรมชาติของมนุษย์แล้ว เมื่อเวลามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ มนุษย์ก็มักจะเสาะแสวงหาความหลุดพ้นจากสิ่งนั้นหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดสุขภาพดีปราศจากโรคภัยและเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันได้รับความนิยมจากกลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุขและสุขศึกษา มีการนำแนวทางการดูแลสุขภาพมาใช้ปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างแพร่หลายและมีหลายวิธี แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพก็ยังมีผู้ให้ความสำคัญและนำมาใช้โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เพนเดอร์ (เบญจมาศ นาควิจิตร. 2551: 18; อ้างอิงจาก Pender. 1982: 150) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจะต้องมีแบบแผน เป้าหมายขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น

นอร์ริส (อรุณ ออบเชย. 2548: 14; อ้างอิงจาก Norris. 1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเอง ด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีมูลเหตุผลักดันมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุ หรือชิ้นส่วน ในการรักษาเท่านั้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาแพง อีกทั้งตระหนักว่าตนเองมีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองได้

โอเร็ม (จรุง วรบุตร. 2550: 19; อ้างอิงจาก Orem. 1991: 177) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและจงใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนการหลีกเลี่ยงจากโรคภัยที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการ ดำเนินไปได้ถึงขีดสุด ของแต่ละบุคคล

อรุณ ออบเชย (2548: 6) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองว่า หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่ทำได้ดำรงชีวิตและส่งเสริมให้ตนเองเกิดสุขภาวะที่ดีทั้งทาง กาย จิตใจ อารมณ์ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมี 5 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การตรวจสุขภาพประจำปี

รัชนี ผิวทอง (2546: 25) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยการลงมือปฏิบัติซึ่งสามารถสังเกตหรือวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม พฤติกรรมที่แสดงออกมี 2 ลักษณะคือ การดูแลตนเองในภาวะปกติ ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อีกลักษณะหนึ่งคือ การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัย ความรู้ ทักษะคติ ของแต่ละบุคคล

ธาริณี กาญจนวัลย์ (2551: 12) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองว่า หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติตนของบุคคลนั้นๆ ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรงและหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพเพื่อทำให้ปราศจากความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมใดๆ ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ส่งเสริมผลดีต่อสุขภาพร่างกายตนเอง ให้ปราศจากความเจ็บป่วยต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มี 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์

แนวคิด ทฤษฎี ที่ประยุกต์ใช้ในการกำหนดตัวแปรสาเหตุแห่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม

โอเร็ม (รัชนี ผิวทอง. 2546: 15; อ้างอิงจาก Orem. 1985: 38-41) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีเป้าหมาย มีกฎระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล การเรียนรู้นี้อาจถูกคิดค้นขึ้นด้วยตนเอง หรือได้รับการสอน คำแนะนำ หรือการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ด้วยการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน เพื่อที่จะนำมาจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข ในภาวะปกติแล้วผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารกเด็กผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้ยังสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ ในสังคมด้วย

โอเร็ม (Orem. 1985: 90-99) ได้แบ่งความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้ 1.1. คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับเขยื้อนและการระบายให้เป็นไปตามปกติ 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมกับการพักผ่อน 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างเวลาการเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดาหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งเป็น 2 อย่าง คือ 2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคนและวัยชรา 2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการของบุคคล ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือเอาชนะอันตรายที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากการขาดการศึกษา การปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตรวมถึงการบาดเจ็บ ปัญหาการเจ็บป่วยและความพิการตลอดจนถึงขั้นสุดท้ายนั้นคือการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาทางแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มี 6 ด้านดังนี้ คือ 3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ 3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ที่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง 3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ 3.4 การรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค 3.5 สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองได้ 3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

สรุปได้ว่าทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็มแท้ที่จริงเป็นปรากฏการณ์ที่มีความคาบเกี่ยวอยู่ระหว่างการดูแลสุขภาพตนเองในระยะป้องกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเองในระยะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่

บุคคลตัดสินใจแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่นเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของตนเอง

ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่าน มัลลิกา มัติโก (2530 : 10 – 14 อ้างใน ชาริณี กาญจนวัลย์ 2551 : 12 - 13) ได้จำแนกประเภทของการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย เช่น 1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ 1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆที่จะส่งผลต่อสุขภาพ 1.2 การป้องกันโรค คือ พฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ โดยแบ่งการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ 1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค 1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น 1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคไปสู่บุคคลอื่นๆ 2. การดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น ตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำการสิ่งใดลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติรวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้นหรืออาจจะแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่นเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกินยา และการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในครั้งนี้โดยมุ่งเน้นการศึกษาแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามแนวทางทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเรมขึ้นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ ดังนี้

การรับประทานอาหาร (Nutrition)

การมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการที่คนจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องกินอาหารอย่างถูกต้องครบทั้งปริมาณและคุณภาพหรือถูกหลักโภชนาการ การกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ หรือการมีพฤติกรรมกินที่ดีจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกล่าวคือ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง มีภูมิต้านทานโรคที่ดี แม้ถึงคราวเจ็บป่วยก็จะมีอาการไม่รุนแรงและจะหายป่วยได้โดยเร็ว (อุบล เลี้ยววริน. 2534: 40) นอกจากนั้น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ (2555 : 24) ยังได้แนะนำให้บริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ได้แก่ 1.กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว 2.กินข้าวเป็นอาหารหลัก 3. รับประทานผัก

ให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ 4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6. รับประทานอาหารที่มีไขมันพอควร 7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานและเค็มจัด 8. รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน 9. งดเครื่องดื่มมีน้ำตาล และ ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (ยุวดา สิงห์เมธา. 2554: 16; อ้างอิงจาก ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. 2547: 14-15) กล่าวเพิ่มเติมว่า นอกจากสารอาหารที่จำเป็นทั้ง 5 หมู่แล้ว ร่างกายจำเป็นต้องได้รับสารอาหาร 2 ชนิดเพิ่มคือ น้ำ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของเซลล์ และเป็นตัวนำพาสารอาหารต่างๆ ไปสู่อวัยวะต่างๆของร่างกาย และรักษาสสมดุลของร่างกายไว้ในบุคคลปกติควรดื่มวันละ 6 – 8 แก้ว เส้นใยอาหารหรือไฟเบอร์คือสิ่งที่เหลือหลังจากธาตุอาหารถูกร่างกายดูดซึมออกไปหมดแล้ว มีความสำคัญมากสำหรับสุขภาพของระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย การรับประทานอาหารที่มีกากใยมากช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ได้ ซึ่งมักจะพบในผักผลไม้ บุคคลควรได้รับผักผลไม้ 5 – 9 ชนิดในแต่ละวันสารอาหารต่างๆในอาหารที่มนุษย์เลือกรับประทานในแต่ละวัน ถ้ารู้จักเลือกและมองเห็นถึงคุณประโยชน์ที่จะเกิดกับร่างกายแล้ว ก็จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

ซึ่งก็ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น นิซารีย์ ใจคำวัง (2558: 174) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากเคยาง จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากเคยาง อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ประชากร คือประชาชนที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 616 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($x = 2.45$, $SD = 0.95$) นอกจากนี้ ศุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์ (2009) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีการลดลงของระดับโคเลสเตอรอลและแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.018$ และ 0.021 ตามลำดับ)

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนบัญญัติ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เป็นประจำ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายมีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรง

การจัดการความเครียด (Stress management)

ความเครียด หมายถึง สภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ (อรุณ อบเชย. 2548: 35; อ้างอิงจาก กรมสุขภาพจิต. 2540) ส่วนสาเหตุของความเครียดมี 3 ประการ (อรุณ อบเชย. 2548: 36; อ้างอิงจาก กรมสุขภาพจิต. 2540) 1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่สมหวัง กลัวจะไม่สำเร็จหนักใจเรื่องงานหรือภาระต่างๆ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น 2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การตั้งครรภ์ การเริ่มเข้าทำงาน การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก 3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย การเจ็บป่วยไม่สบายที่ไม่รุนแรง ตลอดจนจนถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็งความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วนวิธีการจัดการความเครียดซึ่งเป็นหนทางเพื่อให้ความเครียดเบาเทาลง วลุลี โพธิ์รังสิยากร (2550: 308) เช่น 1. การอ่านหนังสือ การดูภาพยนตร์ และการฟังเพลง ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์; และคณะ (2554: 54) 2. การฝึกโยคะการเต้นแอโรบิก และการนวดคลายเครียด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ตลอดจนการยืดเหยียดทางสายกลางเป็นหลักปฏิบัติไม่ใช่กระทำหักโหมหรือจริงจังจนเกินไปจนก่อให้เกิดความเครียด

นอกจากนี้ ทัศนกร เอียดสุข และคณะ (2556: 349) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษา ซึ่งการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ระยะรอเข้ารับการรักษา โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกสมองระยะรอเข้ารับการรักษา จำนวน 62 ราย ซึ่งพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความเครียด แบบวัดระดับความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด พบว่าวิธีบรรเทาความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และวลุลี โพธิ์รังสิยากร (2550: 307) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียด วิธีผ่อนคลายและความคิดเห็นของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยนเรศวรต่อการจัดมุมสบายคลายเครียดของห้องสมุด พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดอันดับ 1 คือ ปัจจัยด้านการเรียน รองลงมาคือ ปัจจัยด้านส่วนตัว ด้านการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวตามลำดับ วิธีผ่อนคลายความเครียดของนิสิตส่วนใหญ่ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การฟังรายการเพลง จากวิทยุ ดูโทรทัศน์ซึ่งช่องที่นิสิตดูมากที่สุดคือช่อง 3 และอ่านคอลัมน์ข่าวบันเทิงจากหนังสือพิมพ์ นิสิตส่วนใหญ่ (104 คน: ร้อยละ 95.4) เห็นด้วยต่อการจัดมุมสบายคลายเครียด ส่วน ศศิธร เจริญวุฒิพงศ์ และคณะ (2554 : 59) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดของอาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่เข้าร่วมโปรแกรม

ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาพยาบาล จำนวนร้อยละ 160 คน และ 136 คน พบว่า การฝึกโยคะ การเดินแอโรบิก และการนวดผ่อนคลาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ซึ่งให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดเนื่องจากภายหลังการเข้าร่วมโครงการแล้ว อาสาสมัครมีระดับความเครียดโดยรวมลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($t = 2.85$, $p\text{-value} < .01$) เมื่อพิจารณาจากช่วงคะแนนระดับความเครียดในกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโครงการร้อยละ 54.4 เป็นร้อยละ 62.5 และมีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ปานกลาง และสูงกว่าปกติลดลงจากการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.35$, $p\text{-value} < .019$)

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียด หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทำสภาวะจิตใจให้ผ่อนคลายจากความเครียด เช่น การอ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง ฝึกโยคะ และการนวดคลายเครียดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

การออกกำลังกาย (Exercise)

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่กระทำแล้วเกิดผลดีต่อร่างกายทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี แข็งแรง ช่วยให้เกิดการป้องกันโรคภัยได้ไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง ช่วยทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรงและป้องกันมะเร็งได้ด้วย นอกจากนี้ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (ธาริณี กาญจนวัลย์ 2551: 25 - 26 อ้างอิงจาก กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข 2540 : 124-125) ได้กล่าวถึงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีว่า ดังนี้ 1.) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีคือ การออกกำลังกายที่เสริมสร้างความอดทน ของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ 2.) เกณฑ์และหลักการของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5 นาที เพื่อยืดกล้ามเนื้อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ ระยะฝึกฝนร่างกาย ประมาณ 10 -30 นาที เพื่อบริหารความอดทนของปอดหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต ระยะผ่อนคลายร่างกาย ประมาณ 5 นาที เพื่อยืดกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ รวมระยะที่ออกกำลังกายติดต่อกันทั้งสิ้นอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน 3.) การออกกำลังกาย จะมีผลต่อสุขภาพจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันเว้นวัน หรือ 5 วันต่อสัปดาห์ 4.) รูปแบบของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อสุขภาพที่ดีจะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุ เพศ โดยกิจกรรมนั้นจะต้องใช้กล้ามเนื้อส่วนใหญ่ของร่างกายให้ออกแรงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานพอสมควร จึงจะส่งผลต่อระบบไหลเวียนของโลหิตซึ่งขึ้นอยู่กับความหนักของการออกกำลังกาย โดยกิจกรรมแอโรบิกที่แนะนำได้แก่ เดินเร็วเป็นกิจกรรมที่ง่ายและเป็นธรรมชาติ เหมาะสำหรับผู้ที่เริ่มต้นออกกำลังกาย เนื่องจากไม่หนักจนเกินไป การเดินที่ดีควรก้าวเท้ายาว แกว่งแขนแรง เพื่อช่วยในการทรงตัว เดินเร็วควรปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 30 นาที และการวิ่งเหยาะๆควรสวมรองเท้าผ้าใบหรือรองเท้าวิ่ง เพื่อ

กันกระแทกพื้นของเท้า รืดในจังหวะสม่ำเสมอไม่หนักจนรู้สึกหอบ ถ้าวิ่งไปพูดไปด้วยแสดงว่าไม่หนักเกินไป เวลาวิ่งไม่ควรก้าวเท้าให้ยาวออกไป คือ อย่าให้ปลายเท้าล้ำหัวเข่าในขณะที่เท้าสัมผัสพื้น เขาไม่ยกสูงมาก ลำตัวและศีรษะตั้งตรง ขาปล่อยตามสบาย ข้อศอกงอเล็กน้อย แกว่งตามจังหวะการวิ่ง กำมือหลวมๆ ควรวิ่งเหยาะๆติดต่อกัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที ส่วนการถีบจักรยาน เป็นการออกกำลังกายของที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวมาก และข้อต่อเสื่อม ในปัจจุบันการถีบจักรยานมี 2 ลักษณะ คือ การถีบจักรยานอยู่กับที่ และการถีบจักรยานเคลื่อนที่ ควรถีบจักรยานอย่างน้อยวันละ 30 นาที และการกระโดดเชือก เชือกที่ใช้ในการกระโดดควรมีความยาวที่เหมาะสมกับส่วนสูง ควรกระโดดเชือกอย่างน้อยวันละ 10 นาที การว่ายน้ำ เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับคนที่น้ำหนักตัวมากและผู้ที่บาดเจ็บบริเวณข้อต่อควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 นาที และการเดินแอโรบิก เป็นการเอาทำการบริหารกายต่างๆ มาผสมผสานกันกับทักษะการเคลื่อนไหวเบื้องต้นและจังหวะการเดินรำ ประกอบเสียงดนตรี จังหวะเร็วหรือช้าตามความต้องการ ควรเดินอย่างน้อยวันละ 15 นาที

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพไว้มากมายไม่ว่าจะเป็น พานทิพย์ แสงประเสริฐ (2550:1) รายงานการวิจัยเรื่องความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย : บทบาทของพยาบาล พบว่า การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องเพียงพอเป็นหนึ่งใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ และยังช่วยความยืดหยุ่นของเส้นเลือด ลดความต้านทานในหลอดเลือดที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในสมองตีบอุดตันได้เป็นอย่างดี อีกทั้ง ณิชารีย์ ใจคำวัง (2558: 174) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากเคยาง จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากเคยาง อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ประชากร คือ ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 616 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม พบว่าโดยส่วนมากไม่ยอมออกกำลังกายทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด ($x = 1.87$, $SD = 1.02$) และ ศศิธร พุกศรีสุข (2554: 60) ได้ศึกษาเรื่องผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่งและแบบเกมส์สนามเล็กต่อปริมาณการสูบบุหรี่และระดับการเสพติดในนักศึกษาเพศชายที่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองที่มีการวิ่งออกกำลังกายสามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงได้และช่วยพัฒนาสมรรถภาพการทำงานของระบบหัวใจลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายหมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีการออกกำลังกายตามความถนัดของแต่ละบุคคล โดยการเคลื่อนไหวของร่างกายและส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดการออกแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การถีบจักรยาน การวิ่ง การเดิน ซึ่งเป็นการผ่อนคลายให้ความสนุกสนาน ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 15- 30 นาที

การรับประทานยา (Taking medicine)

การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ป่วย มักจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะเกิดความสัมพันธ์กับการลดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเจ็บป่วย ไม่ให้เกิดโรคเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยชะลอภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย สำหรับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หากจะกล่าวไปแล้ว ชนาธิป ศรีพรหม. (2550: 38) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยโรคไขมัน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา ตลอดจนมีความรู้เกี่ยวกับการรักษา การรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติของยา เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา ควรปฏิบัติดังนี้ 1.ควรคำนึงถึงการเก็บรักษาคุณภาพของยา ไม่ให้โดนแสงและความร้อน และไม่ควรเก็บยาไว้ในตู้เย็นเพราะอาจทำให้ยาเสื่อมคุณภาพลงได้ 2.การรับประทานยา ควรจะสังเกตดูว่ายาตัวไหนรับประทานก่อนอาหารตัวไหนรับประทานหลังอาหารและควรปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรปรับยาหรือลดขนาดของยาเอง และหลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งเพื่อป้องกันการต่อต้านของยา งดยาอื่น ๆ ร่วมรักษาด้วย เช่น ยาสมุนไพรบางชนิด เพราะอาจทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ 3.สังเกตอาการผิดปกติหลังจากใช้ยา

เนาวรัตน์ จันทานนท์. (2554) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขจะมีอาการผ่อนคลายจากโรคแทรกซ้อน

สุมาลี วัจนการ และคณะ (2551: 540) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ทำให้สามารถควบคุมความดันได้

จิตชนก ลีทวีสุข และคณะ (2559: 1) ได้ศึกษาค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก จำนวน 111 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไคสแควร์ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง ด้านความสม่ำเสมอในการใช้ยา มีระดับพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งจะเป็นตัวป้องกันการกำเริบของโรคเรื้อรังได้

สรุปการรับประทานยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ควรที่จะดูวิธีการรับประทานยาให้ถูกต้อง ตามขนาดและเวลาอย่างเคร่งครัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรับประทานยาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อีกวิธีหนึ่ง

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ รับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ได้อย่างถูกต้อง ตรงตามเวลา และรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่เพิ่มยาหรือหยุดยาเอง และปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ตลอดจนมารับยาทุกครั้ง เมื่อทานยาหมด

การมาพบแพทย์ (Check up)

การมาพบแพทย์เป็นการมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการตรวจหาภาวะอันเป็นสุข ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดในการตรวจสุขภาพ คือ การตรวจพฤติกรรมเพราะเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเจ็บป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี หลักของการตรวจสุขภาพคือ การตรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงอาจเป็นพฤติกรรมหรือกรรมพันธุ์แนวทางการตรวจสุขภาพต่อคำหนึ่งถึงวัตถุประสงค์ 3 อย่าง คือ ชีวิตยืนยาวขึ้นลดความเจ็บปวดและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(อรุณ อบเชย.2548: 42; อ้างอิงจาก วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์: 2538 ; อ้างอิงจาก สุรจิตร สุนทรธรรม: 2543) ซึ่งการตรวจสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์กล่าวว่า การตรวจสุขภาพประจำปีคือ การพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพร่างกาย ซึ่งควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เข้าสู่วัยกลางคนเพราะการตรวจสุขภาพจะทำให้ค้นพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกสิ่งที่ควรตรวจคือ 1.การตรวจหาความดันโลหิตสูง เป็นการตรวจหาความดันโลหิตสูงเบื้องต้น ค่าความดันที่อยู่ในระดับปกติประมาณ 120/80 มิลลิเมตรปรอท สำหรับค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปจัดเป็นความดันโลหิตสูงแต่จะยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อมีความดันโลหิตสูงจริง ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 160/90 มิลลิเมตรปรอท 2.การตรวจปัสสาวะและเลือด เป็นการตรวจเพื่อค้นหาการเป็นโรค เช่น เบาหวาน โลหิตจาง เป็นต้น 3.การตรวจหัวใจด้วยการฟัง หรือตรวจคลื่นไฟฟ้า เป็นการตรวจดูสภาพการทำงานของหัวใจ 4.การตรวจหาระดับไขมันในเลือด

ภิญญา ไปมูลเปี่ยม และคณะ (2559: 394) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาคร อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่สาคร อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยการเลือกประชากรในการวิจัยแบบเจาะจงได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 50 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 170 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 50 คนรวมจำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และเวทีระดมผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพอย่างทั่วถึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานลดน้ำตาลในเลือดลงร้อยละ 86.0 และทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันได้ร้อยละ 96.0

สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2555: 11) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านสุขภาพกับวิธีการส่งเสริมความสนใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อเข้ารับการรักษตามนัดอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของวิธีการส่งเสริมการเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกผู้ป่วยนอก ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษตามนัดอย่างต่อเนื่องก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

กัลยารัตน์ อุบลวรรณ (2540: 105) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีการไปตรวจร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร และให้เหตุผลอย่างอื่นเพิ่มเติมอีกว่ากลัวไปตรวจแล้วเจอโรค จะทำให้ไม่สบายใจ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นพบว่า การตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงได้มีการเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

ในการประมวลเอกสารงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อตรวจวัดระดับความดันโลหิตสูง ตรวจปัสสาวะและเลือดเพื่อค้นหาโรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง และตรวจหาระดับไขมันในเลือด

การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ลาว (Lau 1988: 125-134) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพฟัน การสวมเข็มขัดนิรภัย การควบคุมน้ำหนัก การรับการตรวจสุขภาพประจำปี และการพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน นอกจากนี้ ยุวดา สิงห์เมธา (2554: 57) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของบุคคลากรในโรงพยาบาลเทพธารินทร์ ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบวัดมาตราประมาณรวมค่า 6 ระดับ จาก ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย มี 3 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.79

ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเรม โดยยึดหลักการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบของสถาบันประสาทวิทยา โดยแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 5 ด้าน คือ 1.การรับประทานอาหาร 2.การออกกำลังกาย 3.การจัดการความเครียด 4.การรับประทานยา 5.การมาพบแพทย์ มาพัฒนาและปรับปรุงให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง เป็นมาตราประมาณรวมค่า 6 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรค หลอดเลือดสมองตีบมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ลักษณะทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ในส่วนนี้ จะมีการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของลักษณะทางสังคม ที่สำคัญกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura. 1986) ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากปัจจัยทางสังคมร่วมด้วยซึ่งส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในการนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดจากเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงเหตุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดังรายละเอียดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1.การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยาซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าเราอยู่ตลอดเวลา แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฌ็องนีเอร์ณ ยูวานนท์(สวรค์ ทับศรี. 2543: 19 ; อ้างอิงจาก ฌ็องนีเอร์ณ ยูวานนท์. 2537: 39)

ทั้งนี้ได้มีผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ เคเพน (สวรค์ ทับศรี. 2543: 19 ; อ้างอิงจาก Kaplan. 1977: 47- 58) ; คอรัป (ฉัตรแก้ว เกษมสำราญ. 2549: 39 ; อ้างอิงจาก Cobb. 1976: 300-301) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ให้การยอมรับการเอาใจใส่ ให้ความผูกพันเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและความมั่นคงปลอดภัยจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง นอกจากนี้ เบอร์เร่า (สวรค์ ทับศรี. 2543: 19 ; อ้างอิงจาก Berrera. 1981: 70) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การช่วยเหลือเกื้อกูล ไม่ว่าจะเป็นด้านสิ่งของแรงงานหรือเงินทอง รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น และยังมีนักวิชาการอีกส่วนหนึ่ง บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (เบญจมาศ นาควิจิตร. 2551: 46 ; อ้างอิงจาก บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2530: 73) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า สิ่งที่ได้รับ การสนับสนุน ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลคน แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ

ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ลูกหลาน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แหล่งของแรงการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (พรพิมล ว่องไว. 2554: 29 ; อ้างอิงจาก House. 1981; อ้างอิงจาก Tilden.1985: 201) ได้จำแนกแหล่งของแรงสนับสนุนไว้ 2 กลุ่มตามลักษณะสัมพันธ์ คือ

1.กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือ วิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2.กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ จะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (พรพิมล ว่องไว. 2554: 30 ; อ้างอิงจาก House. 1981; อ้างอิงจาก Tilden.1985: 201) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

4. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่การให้คำแนะนำข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

จากการรวบรวมและประมวลเอกสาร เกี่ยวกับความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เช่น การได้รับความรัก การได้รับความห่วงใย ความเห็นใจ การเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น การให้คำแนะนำ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

การวัดความการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ยุวดา สิงห์เมธา (2554: 29) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรในโรงพยาบาลเทพธารินทร์ ได้สร้างแบบวัด การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน แบบวัดเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ค่าความเชื่อมั่น .90 นอกจากนี้ ศักดิ์ชัย นิธิวุฒิว (2532) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมี 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของ ใช้วัดกับบุคคลทั่วไป มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ แบบวัดเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 6 ระดับ จาก จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ค่าความเชื่อมั่น .87 นอกจากนี้ ดุจเดือน พันธุมนาวัน และอัมพร ม้าคะนอง ก็ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมี 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ แบบวัดเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 6 ระดับ จาก จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ค่าความเชื่อมั่น .81

ในการวิจัยครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการ แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรพิมล ว่องไว(2554) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้วกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 291 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด($p\text{-value} = 0.023$ $r = 0.134$, $p\text{-value} = 0.035$ $r = 0.124$ และ $p\text{-value} < 0.001$ $r = 0.289$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (พรพิมล ว่องไว.2554 :124; อ้างอิงจาก ศิริมา มิตรเกษม. 2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนการวิจัยของ เบญจมาศ นาควิจิตร(2551:85) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งจรุง วรบุตร (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของและบริการ และความรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนาย

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคได้ร้อยละ 17.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการศึกษาและประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ จากครอบครัว ชุมชน บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ความรู้สึก ด้านวัสดุอุปกรณ์ข้อมูลรวมถึงองค์ความรู้ต่าง ๆ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งความสัมพันธ์จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวก แสดงให้เห็นว่ายิ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากเท่าไรก็จะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มากขึ้นตามไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เช่น การได้รับความรัก การได้รับความห่วงใย ความเห็นใจ การเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น การให้คำแนะนำ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการ แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

2) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

มนุษย์เราทุกเพศทุกวัย ล้วนแล้วแต่มีกิจกรรมเป็นของตัวเอง อาจเป็นเพราะมนุษย์คือสัตว์สังคม ทำให้ยังมีความต้องการอะไรหลาย ๆ อย่าง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ อีกทั้งกิจกรรมทางสังคม (อัฉริ หังสสุต. 2549: 15-16) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีส่วนร่วมในกลุ่มชุมชน และสังคม เป็นกิจกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ หลาย ๆ กลุ่มที่มาอยู่ร่วมกันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่าง ๆ ของสังคม ทำให้เห็นความรู้สึกถึงความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ก่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ และช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีกับกิจกรรม เกิดความพึงพอใจในชีวิตสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพื่อประโยชน์อันสูงสุดต่อตัวเอง หากจะมองไปแล้วการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนให้เราเห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการออกกำลังกาย การฝึกโยคะ การนั่งสมาธิ ซึ่งเป็นปัจจัยให้สุขภาพกายสุขภาพจิตดี (สถิตย์พงษ์ มั่นหล้า. 2553: 3) นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมจากทางสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร

อย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ตลอดจนการสร้างบรรยากาศให้เกิดความอบอุ่น ทำตัวให้สนุกสนานเพลิดเพลิน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักการผ่อนคลายความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ และยังสะท้อนถึงสภาวะทางสุขภาพของบุคคลในสังคมเพื่อให้ตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง การที่ผู้เรียนปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเรียนรู้ นอกจากนี้คำว่า กิจกรรม ในความหมายของเลมอน,เบงต์สัน และปีเตอร์สัน (Lemon; Bengtson; & Peterson, 1972) หมายถึง รูปแบบของการกระทำใดๆ หรืองานต่างๆ ที่สนใจนอกเหนือจากการทำงานเพื่อดำรงชีวิต แอชลีย์ (Atchley. 1997) ยังกล่าวอีกว่า กิจกรรม สามารถให้ความหมายได้หลายๆอย่างซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความคิดเห็นทัศนคติต่อกิจกรรมนั้นๆ กิจกรรมที่บุคคลได้ปฏิบัติจะแสดงออกถึงบุคลิกภาพ พัฒนาการของบุคคล รวมไปถึงประสบการณ์และเป้าหมายของกิจกรรมที่บุคคลได้ปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมประเภทใดก็ตาม คำว่า สังคม ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง คนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันตามระเบียบกฎเกณฑ์โดยมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายสำคัญร่วมกัน และอีกความหมายหนึ่งก็คือ การที่บุคคลมาพบปะสังสรรค์หรือชุมนุมกัน (ปัญญภัทร ภัทรกัณหากุล. 2544: 8-9)

ซึ่งก็ได้มีผู้ให้ความหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social activities) ไว้ดังนี้ เบิร์ตไชต์ (สรีย์ ชลเกตุ 2540: 23; อ้างอิงจาก Burnside 1981: 365) บอกไว้ว่า กิจกรรมทางสังคม หมายถึง กระบวนการทางร่างกายเกี่ยวกับการใช้พลังงาน เพื่อให้เกิดผลของการกระทำหรือเกิดงาน และได้กล่าวถึง แนวคิดทฤษฎีกิจกรรมไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะเข้าร่วมกิจกรรมในระดับสูง การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมหรือถอยห่างจากกิจกรรม เนื่องจากได้รับอิทธิพลการดำเนินชีวิตในอดีตและรายได้ ซึ่งเป็นอิทธิพลภายนอกมากกว่าอิทธิพลภายใน การคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ เทเลอร์ (อัจฉรี หังสสุต. 2549: 14 ; อ้างอิงจาก Taylor. 1983: 54-56) (ปัญญภัทร ภัทรกัณหากุล. 2544: 7 ; จุฑาทิพ อภิรมย์. 2537: 9) ได้ให้ความหมาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลโดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างมีรูปแบบเพื่อให้คงไว้ความสมบูรณ์ทั้งกายและใจและรู้สึกเป็นสุข ซึ่งเป็นงานต่างๆ ที่สนใจนอกเหนือไปจากการทำงานเพื่อดำรงชีวิต ประกอบด้วย กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางการเมือง กิจกรรมการท่องเที่ยวทัศนศึกษา กิจกรรมสาธารณประโยชน์ต่อสังคม กิจกรรมด้านการศึกษา และกิจกรรมด้านอาชีพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตามแนวคิดและลักษณะการจัดกิจกรรม ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 8 ด้านดังนี้ (พรรณธิดา บุญพิทักษ์. 2548: 14-15)

1. กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่น การตรวจสุขภาพ การทดสอบสมรรถภาพร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

2.กิจกรรมด้านการศึกษาตามความสนใจและความถนัด ได้แก่ การศึกษาความรู้เกี่ยวกับพระพุทธศาสนา พระเครื่องและศิลปะต่างๆ ตลอดจนการศึกษาในอาชีพ เช่น ช่างไม้ ช่างเย็บเสื้อผ้า งานหัตถกรรมต่างๆ เป็นต้น

3.กิจกรรมนันทนาการ ได้แก่ กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความพร้อมของร่างกายตามวัย เช่น การเล่นเกม การร้องเพลง การเล่นเกมต่างๆ เป็นต้น

4.กิจกรรมด้านวัฒนธรรม ได้แก่ การจัดให้มีงานมหรสพในโอกาสต่างๆ เช่น วันสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายอารมณ์

5.กิจกรรมด้านศาสนา ได้แก่ จัดให้มีการทำบุญ การปฏิบัติธรรม ตามวันสำคัญหรือการประกอบพิธีทางศาสนา เช่น การนิมนต์พระมาเทศน์ ในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันวิสาขบูชา วันเข้าพรรษา

6.กิจกรรมด้านการเผยแพร่ความรู้ ได้แก่ การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่อง สุขภาพอนามัย โดยการเชิญวิทยากรที่มีคุณวุฒิจากภายนอกมาบรรยายเป็นครั้งคราว เป็นต้น

7.กิจกรรมด้านการพัฒนาสังคม ได้แก่ การจัดกิจกรรมทำความสะอาดวัดศาสนสถาน ในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเฉลิมพระชนพรรษา วันฉัตรมงคล เป็นต้น

8.การทัศนศึกษานอกสถานที่ ได้แก่ กิจกรรมทำบุญทอดผ้าป่า ในต่างจังหวัด หรือ จัดนำเที่ยวตามสถานที่ต่างๆที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว และโบราณสถานที่สำคัญต่างๆในต่างจังหวัด

สรุปแนวความคิดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความคาบเกี่ยวกันระหว่างกิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางตรง เช่น การตรวจสุขภาพอนามัย การศึกษาหาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การนันทนาการ และกิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม การจัดงานตามประเพณี การพัฒนาสังคม การทัศนศึกษา

จากการรวบรวมและประมวลเอกสาร เกี่ยวกับความหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและใจให้รู้สึกเป็นสุข แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1.กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางตรง เช่น การตรวจสุขภาพอนามัย การศึกษาหาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การนันทนาการ 2.กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม การจัดงานตามประเพณี การพัฒนาสังคม การทัศนศึกษา

การวัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็ได้มีผู้สร้างแบบวัดไว้หลายท่านด้วยกัน สถิติยพงษ์ มั่นหล้า(2553: 62) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 8 ข้อ การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ จำนวน 8 ข้อ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและวัฒนธรรม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating scale) 3 อันดับ มาก ปานกลาง น้อย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

นอกจากนี้ อัจฉรี หังสสุต (2549: 46) ได้สร้างแบบวัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมนันทนาการ จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .07 กิจกรรมทางศาสนา จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .08 กิจกรรมทางการศึกษา จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .062 กิจกรรมเพื่อชุมชน จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .07 ลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 5 อันดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เคย

ในการวิจัยครั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ สถิตย์พงษ์ มั่นหล่ำ (2553) และ อัจฉรี หังสสุต (2549) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฑามาศ วาริแสงทิพย์ (2552) ได้ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและเครียดระยะสุดท้าย จำนวน 80 คน พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม ธรรมปฏิบัติด้วยวิธีการสวดมนต์ การทำสมาธิ และการสวดมนต์ ร่วมกับการทำสมาธิ ทำให้คุณภาพชีวิตในมิติของทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจในกลุ่มที่สวดมนต์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการหายใจเท่านั้นในกลุ่มที่สวดมนต์ ร่วมกับการทำสมาธิ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.01) นอกจากนี้ สถิตย์พงษ์ มั่นหล่ำ (2553: 98) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 500 คน พบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ คือ สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญภัทร ภัทรกันทากุล (2544) ได้ศึกษาเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.533$, p - value < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรทิพย์ สินธุวงษานนท์ (สถิตย์พงษ์ มั่นหล่ำ. 2553: 102 อ้างอิงใน จันทรทิพย์ สินธุวงษานนท์ 2547) ที่พบว่าภาวะสุขภาพจิตส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขมีกำลังใจที่จะมีชีวิตและเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

จากการศึกษาและประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกิจกรรมด้านต่าง ๆ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งความสัมพันธ์จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวก แสดง

ให้เห็นว่ายิ่งได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากเท่าไรก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มากขึ้นตามไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้กระทำกิจกรรมของโรงพยาบาลที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและใจให้รู้สึกเป็นสุข แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1.กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางตรง เช่น การตรวจสุขภาพอนามัย การศึกษาหาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การนันทนาการ 2. กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม การจัดงานตามประเพณี การพัฒนาสังคม การทัศนศึกษา วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ สถิติคัพพังษ์ มั่นหล่า (2553) และ อัจฉรี หังสสุต (2549) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

3) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาบนโลกใบนี้ เมื่อเติบโตขึ้นในช่วงอายุหนึ่งที่มีความต้องการความรู้สึกรับรู้เป็นของตัวเอง หรือเมื่อมีวุฒิภาวะเจริญเติบโตขึ้นในทางความคิด ทุกคนต่างก็มีเป้าหมายให้กับตัวเองเพื่อต้องการให้เกิดความสำเร็จและในการเดินทางที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น ทุกคนก็ต้องมีความคาดหวังให้กับความสำเร็จนั้น เพื่อให้ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นความคาดหวังให้กับตนเองหรือเป็นความคาดหวังให้กับบุคคลอื่น โดยทำการคาดหวังให้กับบุคคลอื่นเป็นไปตามที่ตัวเองต้องการ อริยา คูหา (มะแอน ราโอ. 2551: 11 ; อ้างอิงจาก อริยาคูหา.2546: 73-74)

การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Perceive social norm) มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายแตกต่างกันออกไป เช่น บรรทัดฐานเชิงอัตวิสัย การรับรู้ทัศนสถานทางสังคม ซึ่งในภาษาอังกฤษจะมีการใช้คำที่พบบ่อย คือ Social Norm (ธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์ 2559 : 28) บรรทัดฐานทางสังคม เป็นตัวอธิบายสถานการณ์ในสังคมเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลรอบข้าง ฟิชไบน์และไอเซน (กมลรัตน์ แซ่ตั้ง. 2532: 9 อ้างอิงจาก Fishbein and Ajzen. 1975 : 16) บรรทัดฐานทางสังคม หมายถึง ความเชื่อความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง ที่ส่งผลโดยอ้อมต่อการแสดงออกของพฤติกรรม และแรงจูงใจที่จะนำไปสู่แรงผลักดันให้กับบุคคลที่ใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น และสิ่งที่จะอธิบายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม คือการรับรู้บรรทัดฐานของสังคมที่อธิบายว่าเป็นการรับรู้จากบุคคลรอบข้างที่มีความสำคัญต่อบุคคลของเขาและต้องการให้บุคคลที่มีความสำคัญต่อเขากระทำพฤติกรรมนั้นโดยมีส่วนประกอบของการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมได้แก่ ความเชื่อว่าบุคคลใกล้ชิดต้องการให้ตนกระทำหรือไม่กระทำกับแรงจูงใจที่เกิดการคล้อยตามบุคคลใกล้ชิด(ธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์ 2559: 29)

จากการรวบรวมและประมวลเอกสาร เกี่ยวกับความหมายของการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า สังคมที่ตนอยู่ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่ตนเองยอมรับนับถือเห็นดีเห็นชอบ มีความตระหนักเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่เมื่อยามเจ็บป่วยในการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ปภาดา อ้อประเสริฐ (2554: 86) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 9 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ จันท์สุภาภรณ์ ไวยฤทธิ์ (2555) ก็ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรับผิดชอบต่อการทำงานของพนักงานขับรถ โดยแบบวัดการรับรู้ บรรทัดฐานทางสังคมของบุคคลรอบข้าง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ไปจนถึง “ไม่จริงเลย” มีค่าความเชื่อมั่น ของแบบวัดเท่ากับ .86

ในการวิจัยครั้งนี้การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ปภาดา อ้อประเสริฐ (2554) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปภาดา อ้อประเสริฐ (2554: 109) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ตัวแปรที่ใช้ศึกษาคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ประชากรที่ใช้ศึกษาในการวิจัย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นคนไทยและเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลราชบุรี ในปี 2549 - 2550 จำนวน 210 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ช่วงเดือนมิถุนายน 2549 – มีนาคม 2550 จำนวน 100 คน ผลการวิจัย พบว่าด้านการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ กมลรัตน์ แซ่ตั้ง (2532) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุมกำเนิดกับบรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมเจริญพันธุ์ของสตรีระยะให้นมบุตร ศึกษาเฉพาะสตรีที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน เขตจังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ศึกษา เป็นสตรีระยะให้นมบุตรหลังคลอด จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 394 ราย พบว่าบรรทัดฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ชญานิภา ศรีวิชัย (2557: 1) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมคอมพิวเตอร์ : ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคมและการควบคุมพฤติกรรมของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม การควบคุมพฤติกรรมของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยเองก็ได้นำมาปรับเพื่อเทียบเคียงให้เข้ากับงานวิจัยในครั้งนี้ซึ่ง ญัฐกรณ วรเชษฐบัญชา และคณะ (2559: 129) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานตามมาตรฐานจริยธรรมของข้าราชการตำรวจในจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาอำนาจในการทำงานของกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิต และกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการทำงานตามมาตรฐานจริยธรรมทั้งด้านรวมและด้านย่อย และตัวแปรที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการทำงานตามมาตรฐานจริยธรรมทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 291 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวทำนายสำคัญที่สุดคือ เจตคติที่ดีต่อการทำงานตามมาตรฐานจริยธรรม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และการปฏิบัติตามหลักศาสนา

จากการศึกษาและประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งความสัมพันธ์จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวก แสดงให้เห็นว่ายิ่งได้รับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมมากเท่าไรก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มากขึ้นตามไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้ความหมายการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบว่าสังคมที่ตนอยู่ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่ตนเองยอมรับนับถือเห็นดีเห็นชอบ มีความตระหนักเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่เมื่อยามเจ็บป่วยในการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ปภาดา อ้อประเสริฐ (2554) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

คุณลักษณะความฉลาดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ในส่วนนี้ จะประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะความฉลาดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากปัจจัยลักษณะทางจิตซึ่งส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในการนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดจากเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแล

สุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์พบว่า 1) ความฉลาดทางสุขภาพ 2) ความฉลาดทางอารมณ์ 3) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์เชิงเหตุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังรายละเอียดจากหลักฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1) ความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ความฉลาดทางสุขภาพ หรือ เซา์สุขภาพ ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Health quotient : HQ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) เป็นการเรียนรู้วิถีทางการดำเนินชีวิต เป็นการประกอบการตัดสินใจ เพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง ร่างกายต้องการความเคลื่อนไหวออกกำลังกาย อาหารการกินในปริมาณที่เหมาะสม และเลือกชนิดอาหารที่มีคุณประโยชน์เป็นธรรมชาติมากที่สุด ประยุกต์แต่น้อยรู้จักจัดการความเครียดได้ดี ท่ามกลางสังคมที่กำลังเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคมที่ซับซ้อนและยุ่งเหยิง รวมทั้งไม่เอาสารที่ก่อปัญหาต่อสุขภาพเช่น บุหรี่ เหล้า เบียร์ เครื่องดื่มชูกำลัง เข้าสู่ร่างกายก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อให้อายุยืนอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยารักษา (นายแพทย์ชาญวิทย์ โคธีราณรงค์. 2550) ดังนั้นความฉลาดทางสุขภาพเมื่อมีการนำมาใช้ ทั้งนี้ก็ได้มีนักวิชาการในเมืองไทยก็ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ ไว้มากมายเช่นกัน

ภักตราฐ อินทรกำแหง และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2550) ได้กล่าวถึง เซา์สุขภาพ (Health quotient) เป็นเชาว์ทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะ ผู้ที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรงก็ย่อมทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้ ซึ่งสามารถที่จะทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ สิริธร พึ่งเกิดธรรม และอิทธิยา จุลบาท (2542) กล่าวว่า เซา์สุขภาพ (Health quotient) เป็นการนำผลทางห้องปฏิบัติการที่มีความจำเป็นในการประเมินสุขภาพ เพื่อให้ทราบข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเอง และสามารถเข้าใจผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การตรวจการทำงานของตับ ไต ตรวจน้ำตาลในเลือด ตรวจไขมันในเลือด เป็นต้น อีกทั้ง อาภรณ์ ภูวพิทยพันธ์ (2548) กล่าวว่า ความฉลาดด้านสุขภาพ คือ ความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพ เป็นการใส่ใจสุขภาพของตนเอง ผู้ที่ทำงานหนักโดยไม่ใส่ใจสุขภาพของตนเองหรือการพักผ่อนที่เพียงพอ มักจะเกิดปัญหาต่อสุขภาพตนเอง มีความเครียดร่างกายอ่อนแอ สุขภาพจิตย่ำแย่ในที่ทำงานก็จะมีประสิทธิภาพเป็นผลเสียต่อตนเอง ดังนั้นควรดูแลสุขภาพเอาใจใส่หาเวลาออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา จะช่วยให้สมองทำงานดีขึ้น และมีสมาธิในการทำงาน และพันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ (2557: 33-34) ได้ให้ความหมายของ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) คือกระบวนการศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบวิธีการดูแลรักษาสุขภาพในเชิงป้องกันเพื่อลดภาวะความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ซึ่งมีปัจจัยที่ใช้พิจารณาในการลงทุนเรื่องสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพทางพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพ ความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการสุขภาพตลอดจนวิธีการเริ่มต้นดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยหลักการ 6 อ เพื่อการมีความฉลาดทางสุขภาพซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเจ็บป่วย ได้แก่ 1.อาศัยอยู่แบบไลฟ์สไตล์ 2. การออกกำลังกายอย่าง

สม่ำเสมอ 3.แอนตี้ความชรา 4.การเอาน้ำหนักส่วนเกินลง 5.การกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี 6.อ่อนเยาว์ด้วยฮอร์โมนที่สมดุล ส่วน ทซี วาห์ จุน (Tze, Wah Jun. 2000: Online) ได้กล่าวถึงเซาว์สุขภาพ ในหนังสือ Health quotient ว่าเป็นการจัดการกับความรู้อย่างตรงหรือโดยอ้อมที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพตามที่บุคคลเข้าใจร่วมกับลักษณะนิสัยและคุณลักษณะทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลนั้น และตัดสินใจกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพออกมาให้เห็น ถ้ากระทำถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ก็จะเป็นกุญแจสำคัญที่สุดในการที่จะมีภาวะสุขภาพกายและใจที่ดีรวมถึงการดูแลตัวเอง และจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพคนที่มี HQ สูงมาก จะมีความรับผิดชอบของบุคคลต่อการพัฒนาระดับสุขภาพและการดูแลตัวเองให้ดีขึ้น

นอกจากนี้ อังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงถึงการประยุกต์ใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพเพื่อมีอายุที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1.ด้านความรู้สึกล หมายถึง ปฏิบัติที่แสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสภาวะสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองเช่น ชอบหรือไม่ชอบ มีหรือไม่มี สบายใจหรือเครียด เป็นต้น 2.ด้านตระหนักรู้ หมายถึง ความคิดอย่างมีสำนึกในจิตใจของบุคคลว่าควรจะทำหรือไม่ทำอะไรสิ่งใด ที่มีผลต่อสุขภาพที่ดีของตนเอง 3.ด้านการกำกับตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกำหนดพฤติกรรมของตนเอง โดยเริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การเตือนตนเอง ตลอดจนการวางแผนเพื่อประเมินผลควบคุมตนเอง 4.ด้านการจูงใจตนเองหมายถึง แรงผลักดันของบุคคลนั้นได้แก่ ความต้องการความพยายามความมุ่งมั่นที่ส่งผลให้บุคคลบรรลุตามวัตถุประสงค์ตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและหลีกเลี่ยงการมีสุขภาพที่ไม่ดี 5.การบริหารจัดการบุคคล หมายถึง การใช้กลยุทธ์หรือกระบวนการในการจัดการความสัมพันธ์ของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพตนเอง 6.ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพเป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ คือ การวิเคราะห์วางแผนควบคุมกำกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

จากการรวบรวมและประมวลเอกสาร เกี่ยวกับความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจซึ่งเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา เลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีทักษะการทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขได้ ดังนั้นบุคคลที่มี HQ สูงจะมีความสามารถในการเลือกแก้ปัญหาได้อย่างชาญฉลาด

การวัดความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีผู้สร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น บริษัท อะไลฟ์ พลัฟลิชชิง กรุ๊ป (รุ่งอรุณ ฟิงแฮม. 2554 : 25 ; อ้างอิงจาก Alive Publishing Group. 2005: online) ในปี ค.ศ. 2002 ได้พัฒนาสร้าง HQ test ขึ้นมาใหม่จากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ โดยสร้างข้อคำถาม 100 ข้อ ที่ครอบคลุมเรื่องสุขภาพปัจจุบัน (น้ำหนัก โรคประจำตัว และการใช้ยา เป็นต้น) พันธุกรรม ภาวะโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และความตระหนักในสมดุระหว่างอาหาร ร่างกายและอารมณ์ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ โดยเรียกเครื่องมือวัดว่า แบบวัดเชาว์สุขภาพ (Health quotient assessment) นอกจากนี้ อังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้สร้างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1.ด้านความรู้สึกรู้จัก จำนวน 13 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .787 2.ด้านความตระหนัก จำนวน 13 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .742 3.ด้านการกำกับตนเอง จำนวน 12 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .837 4.ด้านการจูงใจตนเอง จำนวน 21 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .846 5.ด้านการบริหารบุคคล จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .746 6.ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .803

ในการวิจัยครั้งนี้ความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบวัดของ อังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรุณี หล้าเขียว (2558: 635) ได้ศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 251 คน พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.227$, $p\text{-value} = < 0.001$ ตามลำดับ) และ คลิกแมน (อรุณี หล้าเขียว. 2558: 647 ; อ้างอิงจาก Kalichman. 2008) ที่ว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะมีความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดด้านสุขภาพเพียงพอ นอกจากนี้ กัญญา แซ่โก (2552) ได้ศึกษาเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา พบว่าความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอจะมี

การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอและก้าวร้าวมหาประจักษ์ กิตติเมธี (2559: 110) ได้ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธ ซึ่งพบว่าเมื่อคนมีความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธ ก็จะหันมาออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ และหันมาบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อร่างกาย จนทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และเกิดกระแสการรักสุขภาพขึ้นในสังคมเมือง จะเห็นได้ว่าเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธมีผลทำให้สุขภาพกายที่ดี คือ เข้มแข็ง ร่าเริง แจ่มใส และคิดบวกส่งผลให้สุขภาพกายของตนแข็งแรงไปด้วยจนเกิดการไม่มีโรค

จากการศึกษาและประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งความสัมพันธ์จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวก แสดงให้เห็นว่ายิ่งได้รับความฉลาดทางสุขภาพมากเท่าไรก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มากขึ้นตามไปด้วย

2) ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional quotient : EQ) มีความสำคัญกับบุคคลเป็นอย่างมาก และเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการปรับตัวในการดำเนินชีวิตให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้อย่างมีชีวิตชีวา มีความกระตือรือร้น มากกว่าบุคคลที่มีอารมณ์หงุดหงิดหรือไม่มีความมั่นคงในอารมณ์ (ประสาท ปานเจียง. 1949) ซึ่งในสภาวะปัจจุบันนี้ไม่ว่าจะด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ มักจะมีความผันผวนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ที่บุคคลทุกเพศทุกวัยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จนทำให้บุคคลเกิดความท้อแท้และส่งผลต่อสภาพจิตใจ ซึ่งหากมองในอีกมุมมองหนึ่งความฉลาดทางอารมณ์ก็สามารถช่วยให้บุคคลมีบุคลิกภาพเข้มแข็งและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ย่อมจะสามารถแก้ไขปัญหาที่เข้ามากระทบได้ดีกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก จนกล่าวได้ว่าคนที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงซึ่งจะช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพจิตที่ดีได้(สุรัชย์ ชาสุรีย์. 2548: 2)

ซึ่งก็ได้มีผู้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ ดังนี้ ชาโลวี และ เมเยอร์ ; โกลเมล (วรรณภา สาโรจน์. 2551: 36 ; อ้างอิงจาก Salovy and Mayer 1990: 185-211; Goleman 1995: 23) ภูมิพดินทร์ หัตถนิรันดร์. (2547: 22) ได้ให้ความหมายของคำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง เป็นความสามารถของบุคคลที่จะตระหนักรู้ในความคิดความรู้สึกและเข้าใจอารมณ์ตนเอง และผู้อื่นได้ สามารถควบคุมอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับความซับซ้อนใจให้มองโลกในแง่ดี เพื่อให้เกิดความคิดและการกระทำอย่างสมเหตุสมผล นอกจากนี้ (วรรณภา สาโรจน์. 2551: 37 ; ลลิตา ศรีธรรมชาติ. 2549: 9) ได้ให้ความหมายของคำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการ

ลักษณะหนึ่งของบุคคลที่ตระหนักรู้ถึงความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่น เพื่อรักษาสัมพันธภาพอันดีให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถรอคอยการตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ถูกกาลเทศะ สามารถให้กำลังใจตนเองในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับอุปสรรคและข้อขัดแย้งต่าง ๆ ส่วน กรมสุขภาพจิต (2546) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ไว้ว่า หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์ ที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

เนื่องจากผู้วิจัยเล็งเห็นว่ากรมสุขภาพจิต (2543) ได้กำหนดองค์ประกอบแนวคิดของความฉลาดทางอารมณ์ซึ่งมีความชัดเจนและง่ายต่อการทำความเข้าใจมากที่สุด แบ่งเป็น 3 ประการคือ

1. ดี หมายถึง ความฉลาดในการควบคุมตนเอง เห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ประกอบไปด้วยความสามารถต่อไปนี้

1.1 ควบคุมอารมณ์และความต้องการของตัวเองได้

1.1.1 รู้อารมณ์และความต้องการของตัวเอง

1.1.2 ควบคุมอารมณ์และความต้องการได้

1.1.3 แสดงออกอย่างเหมาะสม

1.2 เห็นใจผู้อื่นได้แก่

1.2.1 ใส่ใจผู้อื่น

1.2.2 เข้าใจและยอมรับผู้อื่น

1.2.3 แสดงความเห็นใจอย่างเหมาะสม

1.3 รับผิดชอบ ได้แก่

1.3.1 รู้จักให้และรู้จักรับ

1.3.2 รับผิดชอบและให้อภัย

1.3.3 เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม

2. เก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง คิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีแรงจูงใจในตนเอง มุ่งมั่นทำให้สำเร็จ ตัดสินแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยความสามารถดังนี้

2.1 รู้จักและมีแรงจูงใจในตนเอง ได้แก่

2.1.1 รู้จักศักยภาพตนเอง

2.1.2 สร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเอง

2.1.3 มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมาย

2.2 ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้แก่

2.2.1 รับรู้และเข้าใจปัญหา

2.2.2 มีขั้นตอนในการแก้ปัญหา

2.2.3 มีความยืดหยุ่น

2.3 มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้แก่

2.3.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.3.2 กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

2.3.3 แสดงความเห็นที่ขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์

3. สุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ประกอบด้วย

3.1 ภูมิใจในตนเอง ได้แก่

3.1.1 เห็นคุณค่าตนเอง

3.1.2 เชื่อมั่นในตนเอง

3.2 พึงพอใจในชีวิตได้แก่

3.2.1 มองโลกในแง่ดี

3.2.2 มีอารมณ์ขัน

3.2.3 พึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่

3.3 มีความสงบทางใจ ได้แก่

3.3.1 มีกิจกรรมที่เสริมสร้างความสุข

3.3.2 รู้จักผ่อนคลาย

3.3.3 มีความสงบทางจิตใจ

จากการรวบรวมและประมวลเอกสารเกี่ยวกับความหมายของ ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถเมื่อต้องเผชิญกับความคับข้องใจ ตลอดจนสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคและข้อขัดแย้งต่างๆให้อยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขได้ในยามเจ็บป่วย ประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ 1.ดี หมายถึง การรู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง เห็นใจผู้อื่น รู้จักรับผิดชอบและให้อภัย 2.เก่ง หมายถึง รู้จักสร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเอง รับรู้และเข้าใจปัญหา 3.สุข หมายถึง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การมองโลกในแง่ดี และการรู้จักผ่อนคลาย

การวัดการฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ความฉลาดทางอารมณ์ก็ได้มีผู้สร้างแบบวัดไว้หลายท่านเช่นกัน แบบวัด EQ Test ที่สร้างขึ้นโดย Goleman ในปี ค.ศ. 1995 และ แบบวัด EQ MAP สร้างโดย Cooper & Sawaf ในปี ค.ศ. 1997 (วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. 2542) นอกจากนี้ ลลิตา ศรีธรรมชาติ (2549: 30) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดการรักษายาเสพติด และได้สร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 52 ข้อ เป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริง” ไปจนถึง “จริงมาก” มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .98 ส่วน กัลยา แก้วเกิดสงคราม (2548: 75) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ในการฟันฝ่าอุปสรรค ได้สร้างแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ตามแนวคิดของ

โกลเมน เป็นแบบมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ไปจนถึง “น้อยที่สุด” จำนวน 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.68 นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตก็ได้มีการสร้างแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ เป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริง” ไปจนถึง “จริงมาก”

ในการวิจัยครั้งนี้ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2546) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลลิตา ศรีธรรมชาติ (2549) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดการรักษายาเสพติด พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ ญาณิศา พึ่งเกตุ (2557) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีความสามารถแห่งตนเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนประถมศึกษา 50 คน ที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีความสามารถแห่งตนเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วน กัลยา แก้วเกิดสงคราม (2548: 99) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความสามารถในการฝ่าฟันอุปสรรคบุคลิกภาพ และรูปแบบการเผชิญปัญหา กับผลการเรียนของนักศึกษาภาคปกติ ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏ กลุ่มอิสระเหนือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 908 คน ตัวแปรด้านความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาและประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าความฉลาดทางอารมณ์ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งความสัมพันธ์จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวก แสดงให้เห็นว่ายิ่งได้รับความฉลาดทางอารมณ์มากเท่าไรก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากขึ้นตามไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความสามารถเมื่อต้องเผชิญกับความคับข้องใจ ตลอดจนสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคและข้อขัดแย้งต่างๆ ให้อยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขได้ในยามเจ็บป่วย ประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ 1.ดี หมายถึง การรู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง เห็นใจผู้อื่น รู้จักรับผิดและให้อภัย 2.เก่ง หมายถึง รู้จักสร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเอง รับรู้และเข้าใจปัญหา 3.สุข หมายถึง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การมองโลกในแง่ดี และการรู้จักผ่อนคลาย วัดโดยแบบวัดที่

ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2546) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

3) ความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Spiritual quotient) เป็นความฉลาดที่ใช้แก้ปัญหาในเรื่องความหมาย คุณค่าของชีวิต การเข้าใจตัวตนและบุคลิกภาพของมนุษย์ โดยในประเทศไทยมีการศึกษาถึงเรื่องจิตวิญญาณกันเป็นจำนวนมาก บางงานวิจัยก็มีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หรือ เซาร์จิตวิญญาณ มาใช้เป็นตัวแปรในการศึกษา และมีงานวิจัยหลายเล่มที่ให้ความตระหนักถึงการพัฒนาด้านนี้เป็นจำนวนมากจนมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆจนกลายเป็นคำว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ซึ่งจิต วิญญาณถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะบุคคลประกอบไปด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล (อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ.บทความวิจัย 2553:101 อ้างอิงจาก ทศนีย์ ทองประทีป) หากจะกล่าวไปแล้วจิตวิญญาณก็มีความสำคัญ เพราะจิตวิญญาณเป็นหลักแก่นของชีวิต มีหน้าที่คอยเชื่อมโยงและประสานการทำงานของร่างกายจิตใจและสังคม เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจอย่างหนึ่ง ทำให้คนเราเกิดความหวังและกำลังใจ รู้ถึงความหมายของชีวิต ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ความลำบาก ความผิดหวัง หรือ อุปสรรคในชีวิตได้

ซึ่งก็ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าความฉลาดทางจิตวิญญาณไว้มากมายดังนี้ (กรมสุขภาพจิต. 2558 : ออนไลน์; โซฮาร์ และ มาร์แชล (Zohar ; Marshall. 2000) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาจิตใจเพื่อเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต รู้ถึงความมุ่งหมายของชีวิต เข้าใจอัจฉริยภาพสูงสุดของตนเองในมุมที่กว้างขึ้นลึกขึ้น มีคุณค่าและมีความหมาย จากการใช้สมองทุกส่วนในการทำงานได้อย่างลึกซึ้งกว่าคนทั่วไป เป็นการสร้างคุณค่าให้กับตัวเองภายใต้กรอบศีลธรรมและเป็นความคิดที่ก่อให้เกิดประโยชน์เป็นศูนย์กลางในการเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ (รัชณี อภิธิวรกร. 2552: 11 ; ณีฐภรณ์ นรพงษ์. 2553: 8 ; ปภาวุฒิ สุนจินตามณีย์. 2556: 15) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาจิตใจเพื่อค้นหาความหมายของชีวิต รับรู้ถึงคุณค่าหรือจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิตเกิดความตระหนักเข้าใจตนเองและผู้อื่นเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่างๆมีสติที่อยู่ภายใต้กรอบศีลธรรม รวมถึงมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆตามวิถีทางหรือแนวทางของตนและสามารถเลือกประเมินหรือกระทำรวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆได้ดี และดำเนินชีวิตที่ถูกต้องอย่างมีคุณภาพและเกิดความผาสุก ส่วน King (คิงส์. 2008: 56)

ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความฉลาดทางจิตวิญญาณเป็นความสามารถทางจิตระดับหนึ่งที่จะช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสามารถประยุกต์ใช้และปรับเปลี่ยนทั้งด้านความเชื่อสิ่งเหนือธรรมชาติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ภายใต้เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ตลอดจนการเพิ่มคุณค่าและค้นหาความหมายของชีวิตรับรู้ถึงสภาวะเหนือธรรมชาติและเกิดการเรียนรู้ในด้านจิตวิญญาณของตน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความฉลาดทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ เดวิด บี คิง (รัชนี อิทธิวรกร. 2552: 22 ; อ้างอิงจาก David B King. 2008) เนื่องจากผู้วิจัยเล็งเห็นว่าแนวคิดและการแบ่งองค์ประกอบเกี่ยวกับความฉลาดทางจิตวิญญาณของ เดวิด บี คิง มีความชัดเจนและง่ายต่อการทำความเข้าใจมากที่สุด ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านดังนี้

1. การคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ (Critical existential thinking) คือ มนุษย์ เข้าใจถึงสภาวะแห่งความเป็นจริงหรือธรรมชาติของสรรพสิ่งทั้งหลาย ตลอดจนการประยุกต์ คติวิเคราะห์ สังเคราะห์ ในการแก้ไขปัญหาและนำมาใช้ตัดสินใจในการดำเนินชีวิตอยู่ของบุคคลความสามารถในการคำนึงถึงการดำรงชีวิตเพื่อแสวงหาความหมายของชีวิตและหาเหตุผลว่าตัวเรานั้นมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร และสามารถเข้าใจความเป็นธรรมชาติของการมีชีวิตอยู่ของ

2. การสร้างและค้นหาความหมายในชีวิต (Personal meaning production) คือ ความสามารถค้นหาความหมายเป้าหมายในชีวิต จากประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในแต่ละวัน รวมไปถึงการสร้างสรรค์การควบคุมเป้าหมายที่กำหนดไว้ การมีความหมายในชีวิตก็เปรียบเสมือนการกำหนดทิศทางว่าจะไปในแนวทางใด ซึ่งจะเป็นเหตุผลในการมีชีวิตอยู่อีกด้วยหรืออาจจะเป็นนิยามการกำหนดเป้าหมายในชีวิตของตนเองไว้แล้วล่วงหน้า

3. การตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติ (Transcendental awareness) คือ ความสามารถของจิตในการรับรู้ภาวะที่เกินขอบเขตประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การยกระดับจิตใจให้อยู่เหนือลักษณะส่วนบุคคลหรือตัวตน ซึ่งจะทำให้เราสามารถเข้าใจปัญหาและความเป็นไปของสรรพสิ่งทั้งหลายในโลก ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้มแข็งและเห็นคุณค่าภายในตัวตน

4. การเข้าสู่สมาธิ (Conscious state expansion) คือ ความสามารถในการเข้าสู่สมาธิหรือการเข้าสู่สภาวะที่มีสติในขั้นสูง เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด ความตึงเครียด และเพื่อเพิ่มความสงบภายในจิตใจ

จากการรวบรวมและประมวลเอกสาร เกี่ยวกับความหมายของความฉลาดทางจิตวิญญาณดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาจิตใจของบุคคลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต เพื่อเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณค่า และมองโลกในแง่ดีรวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ ด้านการสร้างและค้นหาความหมายในชีวิต ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติและด้านการเข้าสู่สมาธิ เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

การวัดการความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความฉลาดทางจิตวิญญาณนั้นมีลักษณะที่คล้ายกันคือ ส่วนมากมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) ตัวอย่างเช่น สุภาวดี เนติเมธี (2547: 100) ได้ศึกษาเรื่อง ความหวัง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางกาย การสนับสนุนทางสังคม กับความฉลาดทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้สร้างแบบวัดด้านความฉลาดทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” ไปจนถึง “ไม่เห็นด้วย” เกณฑ์การแปลผลตามหลักของการแบ่ง อัตราภาคชั้น (Class interval) โดยใช้หลัก ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 นอกจากนี้ สมพร ปานผดุง (2556: 197) ได้ศึกษาเรื่อง ความฉลาดทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ส่วน รัชณี อิทธิวรการ (2552: 115) ได้สร้างเครื่องมือความฉลาดทางจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ จำนวน 9 ข้อ ความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านค้นหาความหมายให้ชีวิต จำนวน 10 ข้อ ความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านการตระหนักรู้ จำนวน 9 ข้อ ความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านการเข้าสู่สมาธิ จำนวน 10 ข้อ รวม 38 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .896 ส่วน

ในการวิจัยครั้งนี้ความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณของ รัชณี อิทธิวรการ (2552) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 505 คน ผู้ป่วย 373 คน ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับ ขจรศรี แสนปัญญา (2553: 138) ได้ศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และการการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 385 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับได้ ในส่วนของความฉลาดทางจิต

วิญญาณ ที่ระดับนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ส่วน อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวภาวะสุขภาพการปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 382 คน พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ สุภาวดี เนติเมธี (2547: 77) ได้ศึกษาเรื่อง ความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่าระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ กนกอร กองจันทร์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีความผาสุกในระดับปานกลางและมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ แอมราม (รัชนี อธิวรารกร. 2552: 30 ; อ้างอิงจาก Joseph Amram. 2005) ได้ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางจิตวิญญาณที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหัวหน้างาน ซึ่งในงานวิจัยของเขาได้กล่าวถึงผลของความฉลาดทางจิตวิญญาณที่มีต่อสุขภาพ เช่น ช่วยให้อัตราการเกิดโรคลดลงและมีอายุที่ยืนยาวขึ้น

จากการศึกษาและประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าความฉลาดทางจิตวิญญาณในด้านความสุข ด้านสุขภาพและจิตใจ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งความสัมพันธ์จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวก แสดงให้เห็นว่ายิ่งได้รับความฉลาดทางจิตวิญญาณมากเท่าไรก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มากขึ้นตามไปด้วย

ในการศึกษารังนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาจิตใจของบุคคลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต เพื่อเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณค่า และมองโลกในแง่ดีรวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ ด้านการสร้างและค้นหาความหมายในชีวิต ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติและด้านการเข้าสู่สมาธิ เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณของ รัชนี อธิวรารกร (2552) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จจริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางชีวสังคมที่แตกต่างกันของผู้ที่ถูกรักษา ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วย และจำนวนโรคประจำตัว ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ สามารถอธิบายให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านชีวสังคมของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้ดังนี้

- **เพศ** เป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกในครอบครัว หากมองดูแล้วในสังคมไทยเพศยังเป็นปัจจัยพื้นฐานประการหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

- **อายุ** เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและมีความเกี่ยวข้องกับการยอมรับสิ่งใหม่ๆ โดยผู้ที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีสภาพจิตใจ อารมณ์และแนวความคิด ตลอดจนประสบการณ์ในการดำรงชีวิตที่ต่างกันอันเป็นผลทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน

- **ระดับการศึกษา** เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงมักจะแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยและไม่เข้าใจ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เพื่อการรักษาและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

- **อาชีพ** เป็นตัวบ่งบอกสถานการณ์เศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีอาชีพที่ดีกว่ามักจะแสวงหาแนวทางการรักษาทางด้านสาธารณสุข ที่จะเอื้ออำนวยและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพรายได้น้อย

- **จำนวนปีที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วย** เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงสภาพของการรักษาและปัญหาการบั่นทอนทางสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการรักษาทางด้านสาธารณสุข ส่งผลให้การดูแลสุขภาพลดลง

- **จำนวนโรคประจำตัว** บุคคลที่มีโรคประจำตัวมากจะกลายเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่บกพร่อง ทำให้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองต้องถูกจำกัด เนื่องจากมีความวิตกกังวล ขาดความมั่นคงทางจิตใจและสังคม ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ในเรื่องของ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือการมาพบแพทย์ มักจะแตกต่างจากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่มีจำนวนโรคน้อยกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรุณ อบเชย (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขต ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วน

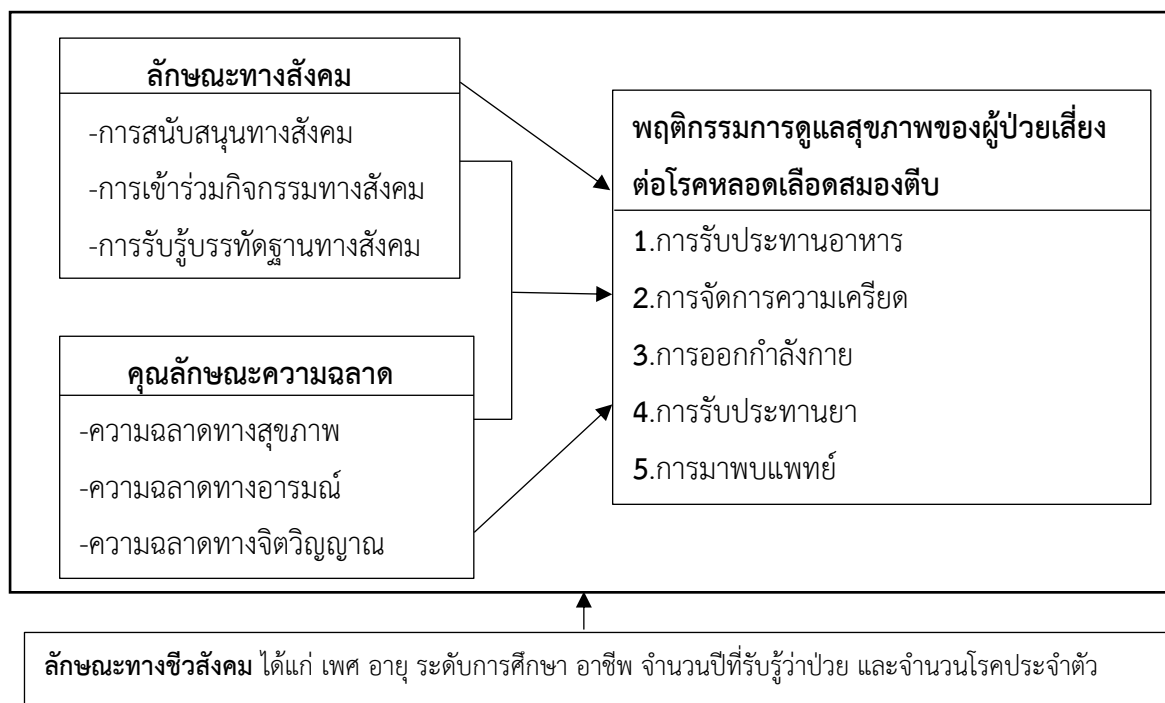
หน้า พบว่า เพศ อาชีพระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และ ศุภวรินทร์ (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ส่วน เมธา ชันดินานนท์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ การรับรู้อุปสรรคของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ นนทรี สัจจาธรรม และคณะ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุขของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรีพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และ การรับรู้อุปสรรคของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วน เตือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าภาวะการมีโรคประจำตัว จำนวนโรคที่เป็น มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการประมวลงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงพอสรุปและคาดประมาณได้ว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีความแตกต่างทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่ได้รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย และจำนวนโรคประจำตัว จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยอาศัยแนวคิดตามรูปแบบของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากปัจจัยลักษณะทางจิตและปัจจัยลักษณะทางสังคมร่วมด้วย สำหรับการศึกษปัจจัยสาเหตุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้วิจัยนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมมาเป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมว่าเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่งถือได้ว่าเป็นการวิเคราะห์ที่มุ่งศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมทั้งจากภายใน (ปัจจัยภายในตัวบุคคล) และภายนอก (ปัจจัยสภาพแวดล้อม) ซึ่งมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวพฤติกรรมศาสตร์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำแนวคิดอื่นๆที่เกี่ยวข้องมาอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในครั้งนี้เช่นกัน ตลอดจนผลวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาตัวแปรสาเหตุ และผลของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังต่อไปนี้ 1. ตัวแปรภายนอก ซึ่งเป็นสาเหตุทางด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม 2. ตัวแปรภายใน ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนบุคคล ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ 3. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยง

ต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1.การรับประทานอาหาร 2.การจัดการความเครียด 3.การออกกำลังกาย 4.การรับประทานยา 5.การมาพบแพทย์



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองค์กรฯ อำเภอองค์กรฯ จังหวัดนครนายก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1.พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมใดๆของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ส่งเสริมผลดีต่อสุขภาพร่างกายตนเอง ให้ปราศจากความเจ็บป่วยต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มี 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์

1.1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยการเลือกรับประทาน

อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาบัญญัติ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เป็นประจำ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายมีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรง

1.2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียด หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทำสภาวะจิตใจให้ผ่อนคลายจากความเครียด เช่น การอ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง ฝึกโยคะ และการนวดคลายเครียดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

1.3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีการออกกำลังกายตามความถนัดของแต่ละบุคคล โดยการเคลื่อนไหวของร่างกายและส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดการออกแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การถีบจักรยาน การวิ่ง การเดิน ซึ่งเป็นการผ่อนคลายให้ความสนุกสนาน ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที

1.4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ รับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ได้อย่างถูกต้อง ตรงตามเวลาและรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่เพิ่มยาหรือหยุดยาเอง และปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ตลอดจนมารับยาทุกครั้ง เมื่อทานยาหมด

1.5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการมาพบแพทย์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อตรวจวัดระดับความดันโลหิตสูง ตรวจปัสสาวะและเลือดเพื่อค้นหาโรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง และตรวจหาระดับไขมันในเลือด

ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเร็ม โดยยึดหลักการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบของสถาบันประสาทวิทยา โดยแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 5 ด้าน คือ 1.การรับประทานอาหาร 2.การออกกำลังกาย 3.การจัดการความเครียด 4.การรับประทานยา 5.การมาพบแพทย์ มาพัฒนาและปรับปรุงให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง เป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

2.การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เช่น การได้รับความรัก การได้รับความห่วงใย ความเห็นใจ การเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น การให้คำแนะนำ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการ แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

3.การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้กระทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและใจให้รู้สึกเป็นสุข แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1.กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางตรง เช่น การตรวจสุขภาพอนามัย การศึกษาหาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การนันทนาการ 2.กิจกรรมด้านส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม การจัดงานตามประเพณี การพัฒนาสังคม การทัศนศึกษา วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ สถิติฯ พงษ์ มั่นหล้า (2553) และ อัจฉรี หังสสุต (2549) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

4.การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบว่าสังคมที่ตนอยู่ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่ตนเองยอมรับนับถือเห็นดีเห็นชอบ มีความตระหนักเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่เมื่อยามเจ็บป่วยในการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ปภาดา อื้อประเสริฐ (2554) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

5.ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจซึ่งเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา เลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีทักษะการทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขได้ วัดโดยแบบวัด อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) แบบวัดมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ด้านความรู้สึกรู้จัก 2.ด้านความตระหนัก 3.ด้านการกำกับตนเอง 4.ด้านการจูงใจตนเอง 5.ด้านการบริหารบุคคล 6.ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

6.ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความสามารถเมื่อต้องเผชิญกับความคับข้องใจ ตลอดจนสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคและข้อขัดแย้งต่างๆ ให้อยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขได้ในยามเจ็บป่วย ประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ 1.ดี หมายถึง การรู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง เห็นใจผู้อื่น รู้จักรับผิดชอบ และให้อภัย 2.เก่ง หมายถึง รู้จักสร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเอง รับรู้และเข้าใจปัญหา 3.สุข หมายถึง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การมองโลกในแง่ดี และการรู้จักผ่อนคลาย วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2546) ปรับแบบวัดเป็น

มาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

7.ความฉลาดทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาจิตใจของบุคคล เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต เพื่อเผชิญและแก้ไข ปัญหาอย่างมีคุณค่า และมองโลกในแง่ดีรวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ ด้านการสร้างและค้นหาความหมายในชีวิต ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติและด้านการเข้าสู่สมาธิ เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณของ รัชนี อิศวรารกร (2552) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่ามีความฉลาดทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

สมมติฐานในการวิจัย

1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง ด้านรวมและด้านย่อยต่างกัน

2.ปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยเสี่ยงทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยมี สมมติฐานย่อยคือ

2.1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง และมีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงที่มีลักษณะอื่น

2.2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านรวมและด้านย่อยสูงกว่าผู้ป่วยเสี่ยงที่มีลักษณะอื่น

3.ปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย และกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน ได้สูงกว่าการทำนายด้วยปัจจัยกลุ่มใดกลุ่มเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1.การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4.การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้ในงานวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง รวมจำนวนทั้งหมด 5,390 คน (โรงพยาบาลองครักษ์ : 2560)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือด ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 370 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากรต่อหน่วยตัวอย่างเท่ากับ 14.5 :1 (Random Proportionate Stratified Sampling) โดยให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นตัวแปรแบ่งชั้นภูมิ และกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะดังนี้

1.คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1.1 เพศชาย หรือหญิง ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป
- 1.2 ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การพูด การมองเห็น และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

1.3 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน โรคเบาหวาน ที่ได้รับยา

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชนิดรับประทานยาและฉีดอินซูลิน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับยาขยายหลอดเลือด

1.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2.เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะเครียดมากจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อน มีภาวะความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนในระหว่างการเก็บข้อมูลและไม่สนใจในการตอบแบบสอบถาม

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	1,975	136
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	2,710	186
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	163	11
ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง	542	37
รวมทั้งสิ้น	5,390	370

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1.การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยจะตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาของตัวแปรที่ต้องการวัด ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดแต่ละฉบับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ว่ามีเนื้อหาครอบคลุมตามเนื้อหาปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ ตลอดจนตรวจทานสำนวนที่ใช้ว่าเหมาะสมหรือไม่ แล้วจึงนำมาปรับปรุงก่อนนำแบบวัดนั้นๆไปใช้

2.การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

การหาแบบวัดค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดไปทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ (Item-total correlation) ที่มีขนาด 0.2 ขึ้นไปหรือมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่นแบบวัดในการวิจัยครั้งนี้ จะหาหลังจากวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยเลือกเฉพาะข้อที่มีนัยสำคัญ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น ชนิดความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ 0.7 ขึ้นไป (Cronbach's Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531: 138)

2.ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ใช้กับผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 1 ฉบับ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ตอนมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม เป็นแบบสอบถามแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วย 6 ตัวแปรได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วย และจำนวนโรคประจำตัว

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) เพศ

() ชาย () หญิง

(00) สถานะภาพสมรส

() โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 5 ด้าน คือ 1.การรับประทานอาหาร 2.การจัดการความเครียด 3.การออกกำลังกาย 4.การรับประทานยา 5.การมาพบแพทย์ แบบสอบถามเป็นประโยคบอกเล่าที่รายงานความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนน “ปฏิบัติเป็นประจำ” = 6 คะแนน “ปฏิบัติประจำ” = 5 คะแนน “ปฏิบัติค่อนข้างประจำ” = 4 คะแนน “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” = 3 คะแนน “ปฏิบัติน้อย” = 2 คะแนน “ไม่เคยปฏิบัติเลย” = 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .779

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) ท่านรับประทานอาหารครบถ้วน 5 หมู่

.....
 ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติค่อนข้างประจำ ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย

(00) ท่านออกกำลังกายเป็นประจำด้วยวิธีวิ่ง

.....
 ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติค่อนข้างประจำ ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย

(000) ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง

.....
 ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติค่อนข้างประจำ ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านลักษณะทางสังคม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามพฤติกรรมการพร้อมตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนน “จริงที่สุด” = 6 คะแนน “จริง” = 5 คะแนน “ค่อนข้างจริง” = 4 คะแนน “จริงค่อนข้างน้อย” = 3 คะแนน “จริงน้อย” = 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” = 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .847

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) บุคคลในครอบครัวของท่านให้ความรักความห่วงใยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ท่าน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ สติชัยพงษ์ มั่นหล้า (2553) และ อัจฉรี หังสสุต (2549) มาปรับปรุงและพัฒนาพร้อมตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนน “จริงที่สุด” = 6 คะแนน “จริง” = 5 คะแนน “ค่อนข้างจริง” = 4 คะแนน “จริงค่อนข้างน้อย” = 3 คะแนน “จริงน้อย” = 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” = 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .850

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพของชมรม

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไส้บาตร

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ปภาดา อื้อประเสริฐ (2554) พร้อมตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนน “จริงที่สุด” = 6 คะแนน “จริง” = 5 คะแนน “ค่อนข้างจริง” = 4 คะแนน “จริงค่อนข้างน้อย” = 3 คะแนน

“จริงน้อย” = 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” = 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .808

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) การทำตามความต้องการของบุคคลที่รักในการดูแลตนเองคิดว่ามีประโยชน์

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) บุคคลใกล้ชิดและรักมากที่สุดต้องการให้ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะความฉลาด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบบวัดจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) แบบวัดมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ด้านความรู้สึก 2.ด้านความตระหนัก 3.ด้านการกำกับตนเอง 4.ด้านการจูงใจตนเอง 5.ด้านการบริหารบุคคล 6.ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม พร้อมตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนน “จริงที่สุด” = 6 คะแนน “จริง” = 5 คะแนน “ค่อนข้างจริง” = 4 คะแนน “จริงค่อนข้างน้อย” = 3 คะแนน “จริงน้อย” = 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” = 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .878

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) ฉันตระหนักว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่ต้องทำ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) ฉันปรารถนามีอายุที่ยืนยาว ฉันจึงดูแลสุขภาพของฉันให้แข็งแรง

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2546) มาปรับปรุงและพัฒนาซึ่งเป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนน “จริงที่สุด” = 6 คะแนน “จริง” = 5 คะแนน “ค่อนข้างจริง” = 4 คะแนน “จริงค่อนข้างน้อย” = 3 คะแนน “จริงน้อย” = 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” = 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .764

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) เมื่อมีปัญหาฉันสามารถแก้ปัญหาฉันได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) แม้ว่าฉันโกรธฉันก็สามารถพูดกับคนอื่นได้อย่างปกติ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณของ รัชนี อธิวิธรากร (2552) มาปรับปรุงและพัฒนาซึ่งเป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดโดยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนน “จริงที่สุด” = 6 คะแนน “จริง” = 5 คะแนน “ค่อนข้างจริง” = 4 คะแนน “จริงค่อนข้างน้อย” = 3 คะแนน “จริงน้อย” = 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” = 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแล

สุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้คะแนนต่ำกว่า แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .798

ตัวอย่างข้อคำถาม

(0) ฉันเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความตายของตนเองอยู่เสมอ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) ฉันสามารถควบคุมตนเองให้ดำเนินชีวิตไปตามจุดหมายได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ต้องผ่านการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงทำหนังสือขออนุญาตแก่มหาวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลจะต้องมีข้อชี้แจงที่ระบุไว้ในชุดแบบสอบถามอย่างชัดเจนว่า ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการให้ข้อมูลโดยสมัครใจ และข้อมูลนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายผลหรือเผยแพร่จะกระทำในภาพรวมสำหรับการนำเสนอในรูปผลงานการวิจัยเท่านั้น

ข้อเสนอการวิจัยที่รับรองจริยธรรม: SWUEC/E-106/2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อติดต่อขอการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ติดต่อขอเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อได้รับอนุญาตจึงเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่เตรียมไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มากำหนดรหัสและบันทึกข้อมูลจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe' เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ ที่ 1
3. วิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way analysis of variance) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe' เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ ที่ 2.1 และ 2.2
4. วิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ ที่ 3

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีชีวิตสังคมต่างกัน 2) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมต่างกัน 3) เพื่อศึกษาปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม คุณลักษณะความฉลาด คือ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ และลักษณะทางชีวิตสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย และจำนวนโรคที่เป็น โดยมีการทดสอบสมมติฐานในการวิจัย 3 ข้อ การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้เป็น การนำเสนอผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้จำนวน 3 ข้อโดยมีลำดับการนำเสนอผลของการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

1.การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีชีวิตสังคมแตกต่างกันโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) หรือโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพื่อทดสอบสมมติฐาน

2.การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะความฉลาดกับกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด

สมองติบ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way analysis of variance) ที่ละคู่ตัวแปร เมื่อพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะทำการเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffé) เพื่อทดสอบสมมติฐาน

3.เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มลักษณะทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม) เข้าทำนายเป็นลำดับที่ 1 และกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด (ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ) เข้าทำนายเป็นลำดับที่ 2 ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribute)
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t-distribute)
B	แทน	ความชันหรือสัมประสิทธิ์ถดถอย
SE	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
β	แทน	ค่าเบต้า
R^2	แทน	ค่าทำนาย
Code1	แทน	ค่าเฉลี่ยของตัวแปรอยู่ในระดับต่ำ
Code2	แทน	ค่าเฉลี่ยของตัวแปรอยู่ในระดับสูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของตัวแปรที่ศึกษา ดังตารางต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 370 คน ผู้วิจัยนำเสนอจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม โดยมี รายละเอียดดังนี้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน (n =370)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	134	36.2
หญิง	236	63.8
อายุ		
35 – 59 ปี	149	40.3
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	59.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	214	57.8
มัธยมศึกษา	126	34.1
อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี	30	8.1
อาชีพ		
งานประจำ	138	37.3
งานไม่ประจำ	232	62.7
จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย		
1 – 5 ปี	193	52.2
6 – 10 ปี	116	31.4
10 ปีขึ้นไป	61	16.5
จำนวนโรคประจำตัว		
โรคเดียว	156	42.2
โรคร่วม	214	57.8

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 และรองลงมาเป็นเพศชายมีจำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 36.2 นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 และในกลุ่มอายุ 35 - 59 ปี มีจำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษาจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 ตามด้วยระดับมัธยมศึกษา จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 ตามด้วยระดับปริญญาตรีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 ส่วนกลุ่มอาชีพงานไม่ประจำ จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 ตามด้วยกลุ่มที่มีอาชีพงานประจำจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 ส่วนจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ 1- 5 ปีจำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 ตามด้วย 6 - 10 ปี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ตามด้วย 10 ปีขึ้นไปจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีจำนวนโรคร่วม จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมามีจำนวนโรคเดียว จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1

ในลำดับต่อไปผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีชีวิตสังคมแตกต่างกันโดยใช้สถิติทดสอบที่ (t-test) หรือโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมที่มีปัจจัยทางชีวิตสังคมแตกต่างกัน

ลักษณะทางชีวิตสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบกลุ่มรวม				
	n	$\bar{X}$	SD	F	p-value
เพศ					
เพศชาย	134	4.03	0.57	0.129	0.719
เพศหญิง	236	4.01	0.51		
อายุ					
35 – 59 ปี	149	3.97	0.56	2.534	0.112
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	4.05	0.52		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	214	3.99	0.55	0.975	0.324
มัธยมศึกษา	126	4.07	0.52		
อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี	30	4.00	0.46		
อาชีพ					
งานประจำ	138	4.00	0.56	1.079	0.300
งานไม่ประจำ	232	4.03	0.52		
จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย					
1 – 5 ปี	193	4.00	0.53	0.075	0.785
6 – 10 ปี	116	4.09	0.54		
10 ปีขึ้นไป	61	3.94	0.55		
จำนวนโรคประจำตัว					
โรคเดียว	156	4.02	0.56	3.517	0.052
โรคร่วม	214	4.02	0.52		

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีปัจจัยชีวิตสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร				
	n	X	SD	F	p-value
เพศ					
เพศชาย	134	3.77	0.86	2.198	0.139
เพศหญิง	236	3.69	0.80		
อายุ					
35 – 59 ปี	149	3.70	0.75	3.780	0.050
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	3.73	0.87		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	214	3.71	0.84	0.202	0.654
มัธยมศึกษา	126	3.76	0.82		
อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี	30	3.64	0.74		
อาชีพ					
งานประจำ	138	3.69	0.82	0.024	0.876
งานไม่ประจำ	232	3.74	0.82		
จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย					
1 – 5 ปี	193	3.70	0.81	0.147	0.390
6 – 10 ปี	116	3.82	0.86		
10 ปีขึ้นไป	61	3.59	0.80		
จำนวนโรคประจำตัว					
โรคเดียว	156	3.76	0.86	0.266	0.702
โรคร่วม	214	3.69	0.80		

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกัน ได้แก่ อายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มอายุ 35 – 59 ปี

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด				
	n	$\bar{X}$	SD	F	p-value
เพศ					
เพศชาย	134	4.30	0.93	0.029	0.864
เพศหญิง	236	4.50	0.91		
อายุ					
35 – 59 ปี	149	4.45	0.96	0.744	0.389
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	4.41	0.90		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	214	4.43	0.94	0.123	0.726
มัธยมศึกษา	126	4.44	0.90		
อนุปริญาตรี/ปริญาตรี	30	4.35	0.94		
อาชีพ					
งานประจำ	138	4.48	0.95	0.390	0.533
งานไม่ประจำ	232	4.40	0.91		
จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย					
1 – 5 ปี	193	4.36	0.92	0.136	0.376
6 – 10 ปี	116	4.51	0.90		
10 ปีขึ้นไป	61	4.48	0.98		
จำนวนโรคประจำตัว					
โรคเดียว	156	4.38	.94	0.070	0.712
โรคร่วม	214	4.46	.91		

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกัน

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย				
	n	X	SD	F	p-value
เพศ					
เพศชาย	134	3.53	0.92	0.566	0.452
เพศหญิง	236	3.41	0.89		
อายุ					
35 – 59 ปี	149	3.33	0.91	0.280	0.597
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	3.53	0.88		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	214	3.47	0.91	0.061	0.806
มัธยมศึกษา	126	3.41	0.88		
อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี	30	3.52	0.88		
อาชีพ					
งานประจำ	138	3.46	0.86	1.607	0.206
งานไม่ประจำ	232	3.45	0.92		
จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย					
1 – 5 ปี	193	3.39	0.92	1.093	0.297
6 – 10 ปี	116	3.59	0.87		
10 ปีขึ้นไป	61	3.39	0.86		
จำนวนโรคประจำตัว					
โรคเดียว	156	3.46	0.93	0.940	0.333
โรคร่วม	214	3.45	0.88		

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา				
	n	$\bar{X}$	SD	F	p-value
เพศ					
เพศชาย	134	4.27	1.06	4.249	0.040
เพศหญิง	236	4.25	0.92		
อายุ					
35 – 59 ปี	149	4.24	0.94	0.063	0.802
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	4.27	0.99		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	214	4.21	1.00	0.125	0.724
มัธยมศึกษา	126	4.33	0.90		
อนุปริญาตรี/ปริญาตรี	30	4.34	0.92		
อาชีพ					
งานประจำ	138	4.19	1.01	2.640	0.105
งานไม่ประจำ	232	4.30	0.94		
จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย					
1 – 5 ปี	193	4.28	0.94	0.185	0.667
6 – 10 ปี	116	4.26	1.02		
10 ปีขึ้นไป	61	4.21	0.96		
จำนวนโรคประจำตัว					
โรคเดียว	156	4.27	0.95	0.093	0.716
โรครวม	214	4.25	0.99		

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกัน ได้แก่ เพศ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยามากกว่าเพศชาย

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศและจำนวนโรคที่เป็นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์				
	n	$\bar{X}$	SD	F	p-value
เพศ					
เพศชาย	134	4.28	1.11	0.297	0.586
เพศหญิง	236	4.20	1.06		
อายุ					
35 – 59 ปี	149	4.14	1.13	0.819	0.336
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	4.29	1.04		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	214	4.15	1.12	0.031	0.861
มัธยมศึกษา	126	4.39	0.96		
อนุปริญาตรี/ปริญาตรี	30	4.14	1.15		
อาชีพ					
งานประจำ	138	4.18	1.21	5.779	0.017
งานไม่ประจำ	232	4.26	0.99		
จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย					
1 – 5 ปี	193	4.26	1.00	1.745	0.187
6 – 10 ปี	116	4.29	1.29		
10 ปีขึ้นไป	61	4.01	1.20		
จำนวนโรคประจำตัว					
โรคเดียว	156	4.23	1.11	0.008	0.930
โรคร่วม	214	4.23	1.05		

จากตาราง 8 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกัน ได้แก่ อาชีพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มอาชีพงานไม่ประจำ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์มากกว่ากลุ่มอาชีพงานประจำ

สมมติฐานข้อที่ 2

2. การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะความฉลาดกับกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ที่ละคู่ตัวแปร เมื่อพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะทำการเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffé) เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคเลือดเลือดสมองตีบดำยรวมและด้านย่อย 5 ด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์) ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรค หลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ก) และ มีความความฉลาดทางสุขภาพ (ข)

กลุ่มชีวิตสังคม	n	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ											
		ด้านรวม		ด้านการรับประทานอาหาร		ด้านการจัดการความเครียด		ด้านการออกกำลังกาย		ด้านการรับประทานยา		ด้านการมาพบแพทย์	
		(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย
1.กลุ่มรวม	370	1.952	67	1.301	11	1.815	14	<1	23	<1	49	<1	39
2.เพศชาย	134	1.584	10	2.334*	25	3.208	42	<1	46	<1	10	<1	44
3.เพศหญิง	236	1.762	59	<1	11	<1	10	<1	11	<1	31	<1	31
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	<1	10	1.266	31	2.983	15	<1	20	1.146	49	<1	19
5. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	221	<1	63	<1	9	<1	15	3.752	18	<1	39	<1	70
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	1.762	11	1.222	41	<1	20	4.425*	18	1.356	59	<1	69
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	<1	14	<1	16	<1	5	<1	4	<1	33	<1	10
8. ระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี	30	<1	10	<1	42	1.050	12	<1	15	<1	17	2.915	44
9. อาชีพงานประจำ	138	2.447	11	<1	25	3.761	47	<1	17	<1	44	<1	31
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	<1	42	1.888	24	<1	6	<1	4	2.786	49	<1	29
11. จำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 1 – 5 ปี	193	3.774*	77	1.950*	38	4.653*	50	<1	32	<1	18	<1	20
12. จำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 6 – 10 ปี	116	<1	28	1.353	29	1.385	20	<1	25	<1	71	<1	45
13. จำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	<1	15	<1	29	2.087	39	<1	27	1.682	51	<1	14
14. โรคเดียว	156	<1	46	<1	17	1.952	16	<1	2	1.093	40	<1	33
15. โรคร่วม	214	1.879	75	<1	6	<1	24	<1	16	2.986*	59	4.039*	31

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิเคราะห์แปรปรวนแบบสองทางของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและมีความฉลาดทางสุขภาพต่างกันทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 15 กลุ่ม (ตาราง 9) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการมีความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม คือ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 1 – 5 ปี ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่แบบเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า **กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 1 – 5 ปี** (ตาราง 2 ภาคผนวก ก) ผู้ป่วยที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงและมีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านรวมมากกว่าผู้ป่วยลักษณะอื่น

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบรายด้าน 5 ด้าน ย่อย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.คะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **1)ในกลุ่มเพศชาย** เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe) (ตาราง 3 ภาคผนวก ก) พบผลว่า 1.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่ำ 1.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ **2)ในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 1 – 5 ปี** เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe) (ตาราง 4 ภาคผนวก ก) พบผลว่า 2.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหาร มากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่ำ 2.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหาร มากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

2.คะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **ในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 1 – 5 ปี** เมื่อทำการ

สมอติบดำนการมาพบแพทยที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอติบดำนการมาพบแพทยมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอติบดำนการมาพบแพทยที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่ำ 1.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอติบดำนการมาพบแพทยที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอติบดำนการมาพบแพทยมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอติบดำนการมาพบแพทยที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและด้านย่อย 5 ด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์) ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ก) และมีความฉลาดทางจิตวิญญาณ (ข)

กลุ่มชีวิตสังคม	n	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ											
		ด้านรวม		ด้านการรับประทานอาหาร		ด้านการจัดการความเครียด		ด้านการออกกำลังกาย		ด้านการรับประทานยา		ด้านการมาพบแพทย์	
		(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย	(กxข)	% ทำนาย
1.กลุ่มรวม	370	<1	33	<1	7	<1	6	2.655	40	2.2025	41	<1	19
2.เพศชาย	134	1.273	70	<1	13	1.854	21	5.673*	10	<1	14	<1	37
3.เพศหญิง	236	<1	16	<1	8	<1	9	<1	28	<1	21	<1	8
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	1.304	20	1.118	20	<1	7	4.317	26	1.141	34	<1	14
5. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	221	<1	28	<1	10	<1	11	<1	30	<1	33	4.632*	17
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	3.170	51	<1	9	<1	10	4.986*	50	3.357	55	<1	33
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	<1	15	1.442	12	1.870	16	<1	28	<1	21	<1	20
8. ระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี	30	3.488*	76	4.811*	24	8.005*	26	<1	11	<1	9	<1	39
9. อาชีพงานประจำ	138	1.672	46	<1	21	<1	18	<1	29	2.070	30	3.732	30
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	<1	5	<1	12	1.429	9	2.665	30	<1	36	<1	12
11. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี	193	1.171	18	<1	11	<1	13	1.198	36	1.459	18	<1	12
12. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี	116	2.550	29	<1	25	<1	14	2.525	28	1.805	57	<1	27
13. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	<1	10	1.382	48	2.120	13	<1	41	<1	19	<1	17
14. โรคเดียว	156	<1	10	<1	25	<1	15	2.956	30	<1	28	<1	31
15. โรครวม	214	<1	50	<1	10	<1	6	<1	24	4.047*	58	<1	25

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิเคราะห์แปรปรวนแบบสองทางของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและมีความฉลาดทางจิตวิญญาณต่างกันทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 15 กลุ่ม (ตาราง 10) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการมีความฉลาดทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม คือ ในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่แบบเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า (ตาราง 9 ภาคผนวก ก) ผู้ป่วยที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงและมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านรวมมากกว่าผู้ป่วยลักษณะอื่น

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบรายด้าน 5 ด้าน ย่อย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.คะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe) (ตาราง 10 ภาคผนวก ก) พบผลว่า 1.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่ำ 1.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณต่ำ

2.คะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe) (ตาราง 11 ภาคผนวก ก) พบผลว่า 1.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการจัดการความเครียดมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่ำ 1.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด

5.คะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe) (ตาราง 15 ภาคผนวก ก) พบผลว่า 1.1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการมาพบแพทย์มากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณต่ำ 1.2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการมาพบแพทย์มากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่ำ

สมมติฐานข้อที่ 3

3.การอธิบายอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มลักษณะทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม) เข้าทำนายเป็นลำดับที่ 1 และกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด (ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ) เข้าทำนายเป็นลำดับที่ 2 ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

ดังตารางที่ 11 -16

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะความฉลาดและตัวแปรลักษณะทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบและเมื่อพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ พบว่า ระดับความสัมพันธ์ไม่ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุ (Multicollinearity) โดยมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับกลางและระดับต่ำที่ไม่เกิน .85 (Kline, 2005) (ตาราง 1 ภาคผนวก ก)

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีลำดับจะพิจารณาจากเปอร์เซ็นต์การทำนายที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นว่ามีนัยสำคัญหรือไม่หลังจากเพิ่มกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะความฉลาดเข้าไปเป็นลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2 รวมทั้งเพื่อระบุลำดับความสำคัญของตัวแปรต่างๆว่ายังคงสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้หรือไม่ หลังจากควบคุมตัวแปรอื่นทุกตัวแล้ว โดยพิจารณาจากการมีนัยสำคัญและขนาดของค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะทำทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 15 กลุ่ม ที่แบ่งตามลักษณะทางชีวสังคม 6 ลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย และจำนวนโรคประจำตัว

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบกลุ่มรวม ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	จำนวน (คน)	ลำดับที่ 1 (ลักษณะทางสังคม 1-3)			ลำดับที่ 2 (คุณลักษณะความฉลาด 4- 6)			R Square Change
		% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	
1.กลุ่มรวม	370	25	1,2,3	.10,.11,11	62	1,2,3,4,5,6	.10,.16,.11,.15,.16,.10	.04*
2.เพศชาย	134	78	2	.27	81	2,4	.27,.15	.02*
3.เพศหญิง	236	18	3	.12	69	3,4,5	.12,.14,.17	.07*
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	26	3	.15	62	2,3,4	.16,.16,.19	.05*
5. อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	22	2	.11	37	2,4,6	.14,.14,.12	.04*
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	21	2	.10	44	2,4,6	.17,.18,.15	.05*
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	29	3	.14	52	3,5	.14,.17	.04*
8. ระดับการศึกษาอนุปริญญา/ปริญญาตรี	30	27	3	.21	52	3,5	.28,.43	.16*
9. อาชีพงานประจำ	138	34	1	.21	37	1,4	.19,.13	.02*
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	30	3	.16	75	2,3,4,5	.14,.16,.14,.16	.05*
11. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี	193	41	1	.21	64	1,5	.21,.12	.03*
12. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี	116	23	3	.12	57	3,4	.13,.18	.03*
13. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	67	2	.26	68	2	.29	.04*
14. มีโรคเดียว	156	24	3	.17	47	3,5	.18,.19	.04*
15. มีโรคร่วม	214	9	2	.13	10	2,4,6	.19,.25,.19	.09*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ R Square Change = เปอร์เซนต์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเพิ่มชุดทำนายเข้าไปใหม่ ขณะที่ชุดตัวทำนายเดิมถูกควบคุมให้คงที่

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

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 13 กลุ่มรวม พบว่าเมื่อนำคะแนนของพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ เชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) โดยใช้ชุดตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคมเข้าทำนายเป็นลำดับที่ 1 ผลปรากฏว่ากลุ่มลักษณะทางสังคม 3 ตัวแปร ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 25 มีตัวทำนายที่สำคัญคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta=.10) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.11) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม(Beta=.11) และเมื่อนำตัวทำนายกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด ได้แก่ความฉลาดทางสุขภาพ(Beta=.10) ความฉลาดทางอารมณ์(Beta=.10) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ(Beta=.10) 3 ตัวแปรเพิ่มเข้ามาเป็นชุดทำนายลำดับที่ 2 เมื่อทำการควบคุมอิทธิพลของ ตัวแปรลำดับที่ 1 ให้คงที่ ผลปรากฏว่าตัวแปรชุดคุณลักษณะความฉลาดสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดสามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 78 ถึง 81 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.27) ความฉลาดทางสุขภาพ(Beta=.15) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศหญิง พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดสามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 18 ถึง 69 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม(Beta=.12) ความฉลาดทางสุขภาพ(Beta=.14) ความฉลาดทางอารมณ์(Beta=.17) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดสามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 26 ถึง 62 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.16) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม(Beta=.16) ความฉลาดทางสุขภาพ(Beta=.19) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดสามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 22 ถึง 37 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.14) ความฉลาดทางสุขภาพ(Beta=.14) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ(Beta=.12) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 6 – 10 ปี ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 23 ถึง 57 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.13$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.18$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 61 ถึง 68 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.29$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคเดียว ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 24 ถึง 47 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.18$) ความฉลาดทางอารมณ์($Beta=.19$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคร่วม ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมได้ร้อยละ 9 ถึง 10 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.19$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.25$) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ($Beta=.19$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	จำนวน (คน)	ลำดับที่ 1 (ลักษณะทางสังคม 1-3)			ลำดับที่ 2 (คุณลักษณะความฉลาด 4- 6)			R Square Change
		% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	
1.กลุ่มรวม	370	34	1,3	.17, .12	51	1,3,5	.17, .12, .13	.02*
2.เพศชาย	134	44	1	.15	62	1	.15	.01*
3.เพศหญิง	236	30	1	.17	56	1,5	.19, .18	.03*
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	33	3	.16	59	1,3,5	.15, .16, .17	.04*
5. อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	33	1	.19	39	1	.19	.01*
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	19	1,3	.13, .12	27	1,3	.14, .13	.02*
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	35	1	.21	39	1	.21	.02*
8. ระดับการศึกษามหาวิทยาลัย/ปริญญาตรี	30	16	2	.24	25	2,4,5	.33, .32, .56	.25*
9. อาชีพงานประจำ	138	31	1	.21	35	1,5	.21, .15	.02*
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	45	1,3	.13, .19	60	1,3,5	.15, .19, .13	.02*
11. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี	193	43	1	.20	80	1,5	.20, .20	.05*
12. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี	116	29	1	.12	41	1,3	.12, .12	.01*
13. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	63	1	.20	85	1,5	.20, .32	.11*
14. มีโรคเดียว	156	18	1	.16	32	1,5	.17, .16	.03*
15. มีโรคร่วม	214	34	1,3	.17, .15	52	1,3	.16, .15	0.3*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ R Square Change = เปอร์เซนต์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเพิ่มชุดทำนายเข้าไปใหม่ ขณะที่ชุดตัวทำนายเดิมถูกควบคุมให้คงที่

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

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 14 กลุ่มรวม พบว่าเมื่อนำคะแนนของพฤติกรรมกรรมการ
ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารในกลุ่มรวมมาวิเคราะห์
ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม
และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อ
โรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 34 ถึง 51 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทาง
สังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม(Beta=.17) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
(Beta=.12) ความฉลาดทางอารมณ์(Beta=.13) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อ
โรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 44 ถึง 62 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($\beta = .15$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศหญิง พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 30 ถึง 62 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($\beta=.19$) ความฉลาดทางอารมณ์($\beta=.18$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 33 ถึง 59 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($\text{Beta}=.15$) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($\text{Beta}=.16$) ความฉลาดทางอารมณ์($\text{Beta}=.17$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 33 ถึง 39 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($\beta = .19$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาประถมศึกษา ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 19 ถึง 27 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.14$) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.13$) มีอิทธิพลต่อ

ฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.12$) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.12$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนปีที่รู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 63 ถึง 85 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.20$) ความฉลาดทางอารมณ์($Beta=.32$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคเดียว ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 18 ถึง 32 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.17$) ความฉลาดทางอารมณ์($Beta=.16$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคร่วม ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 18 ถึง 32 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.16$) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.15$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	จำนวน (คน)	ลำดับที่ 1 (ลักษณะทางสังคม 1-3)			ลำดับที่ 2 (คุณลักษณะความฉลาด 4- 6)			
		% ทำนาย	ตัวทำนายที่มี นัยสำคัญ	เบต้า	% ทำนาย	ตัวทำนายที่มี นัยสำคัญ	เบต้า	R Square Change
1.กลุ่มรวม	370	3	1	.05	6	1,4	.06,.07	.01*
2.เพศชาย	134	13	1	.07	43	1,6	.11,.16	.03*
3.เพศหญิง	236	4	1	.07	6	1,5	.08,.13	.02*
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	12	1	.08	36	1,4	.08,.13	.02*
5. อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	2	2	.09	6	2	.09	.02*
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	11	1	.04	20	1,4,6	.05,.16,.15	.04*
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	20	3	.06	31	3,5	.06,.11	.01*
8. ระดับการศึกษามหาวิทยาลัย/ปริญญาตรี	30	14	1	.25	19	1,5	.19,.23	.04*
9. อาชีพงานประจำ	138	18	1	.08	38	1,6	.07,.12	.02*
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	8	3	.05	22	3,6	.05,.07	.01*
11. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี	193	15	-	-	28	5	.13	.02*
12. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี	116	40	2	.16	51	2	.17	.01*
13. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	37	1	.10	57	1,4	.10,.26	.13*
14. มีโรคเดียว	156	38	1	.19	53	1	.21	.01*
15. มีโรคร่วม	214	10	1	.04	30	1,4	.04,.11	.02*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ R Square Change = เปอร์เซนต์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเพิ่มชุดทำนายเข้าไปใหม่ ขณะที่ชุดตัวทำนายเดิมถูกควบคุมให้คงที่

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

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 15 กลุ่มรวม พบว่าเมื่อนำคะแนนของพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดในกลุ่มรวมมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 3 ถึง 6 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.06$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.07$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 13 ถึง 43 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.11$) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ($Beta=.16$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศหญิง พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 4 ถึง 6 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.08$) ความฉลาดทางอารมณ์($Beta=.13$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 12 ถึง 36 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.08$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.13$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 2 ถึง 6 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.09$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาประถมศึกษา ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 11 ถึง 20 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะ

การจัดการความเครียดได้ร้อยละ 40 ถึง 51 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.17$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 37 ถึง 57 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.10$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.26$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคเดียว ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 38 ถึง 53 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.21$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคร่วม ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 10 ถึง 30 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม($Beta=.04$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.11$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	จำนวน (คน)	ลำดับที่ 1 (ลักษณะทางสังคม 1-3)			ลำดับที่ 2 (คุณลักษณะความฉลาด 4- 6)			R Square Change
		% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	
1.กลุ่มรวม	370	19	2,3	.11,.10	41	2,3,5,6	.12,.10,.11,.12	.02*
2.เพศชาย	134	69	2	.24	76	2	.25	.07*
3.เพศหญิง	236	2	3	.11	11	3,5,6	.10,.21,.22	.09*
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	11	-	-	44	5	.22	.07*
5. อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	23	2	.15	49	2,6	.14,.19	.03*
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	17	-	-	40	5,6	.12,.18	.05*
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	62	2	.21	78	2	.25	.01*
8. ระดับการศึกษามหาวิทยาลัย/ปริญญาตรี	30	31	2	.34	45	2	.31	.11*
9. อาชีพงานประจำ	138	3	2	.08	7	2,6	.13,.14	.03*
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	36	2	.13	48	2,5	.13,.01	.03*
11. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี	193	24	2	.10	34	2,5	.14,.16	.04*
12. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี	116	65	3	.13	85	3,6	.13,.14	.02*
13. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	13	3	.16	59	3,6	.11,.29	.09*
14. มีโรคเดียว	156	30	3	.16	49	3,5	.17,.16	.03*
15. มีโรคร่วม	214	14	2	.14	60	2,4,6	.17,.14,.19	.05*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ R Square Change = เปอร์เซนต์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเพิ่มชุดทำนายเข้าไปใหม่ ขณะที่ชุดตัวทำนายเดิมถูกควบคุมให้คงที่

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

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 16 กลุ่มรวม พบว่าเมื่อนำคะแนนของพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายในกลุ่มรวมมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 19 ถึง 41 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.12) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta=.10) ความฉลาดทางอารมณ์(Beta=.11) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ(Beta=.12) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 69 ถึง 76 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.25) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศหญิง พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 2 ถึง 11 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม(Beta=.10) ความฉลาดทางอารมณ์(Beta=.21) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta=.22) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 11 ถึง 44 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ความฉลาดทางอารมณ์(Beta=.22) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 23 ถึง 49 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.14) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ(Beta=.19) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาประถมศึกษา ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 17 ถึง 40 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความ

ฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.13$) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ($Beta=.14$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็น 10 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 13 ถึง 59 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.11$) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ($Beta=.29$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มีโรคเดียว ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 30 ถึง 49 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.17$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.16$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มีโรคร่วม ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 14 ถึง 60 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.17$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.14$) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ($Beta=.19$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	จำนวน (คน)	ลำดับที่ 1 (ลักษณะทางสังคม 1-3)			ลำดับที่ 2 (คุณลักษณะความฉลาด 4- 6)			
		% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	R Square Change
1.กลุ่มรวม	370	20	2	.16	29	2,4	.19,.16	.01*
2.เพศชาย	134	12	2	.35	14	2	.38	.01*
3.เพศหญิง	236	4	3	.06	9	3,4	.07,.12	.02*
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	31	3	.15	35	2,3	.19,.16	.02*
5. อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	29	2	.16	42	2	.19	.01*
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	25	2	.15	31	2	.17	.06*
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	35	2	.12	41	2,4	.20,.20	.05*
8. ระดับการศึกษามหาวิทยาลัย/ปริญญาตรี	30	27	1	.38	32	1	.48	.05*
9. อาชีพงานประจำ	138	19	1	.10	25	1,2	.09,.18	.06*
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	40	2	.20	55	2	.23	.02*
11. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี	193	48	1,2	.15,.15	53	1,2	.16,.16	.05*
12. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี	116	4	2	.20	14	2,4	.30,.32	.12*
13. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	9	3	.23	10	3	.25	.01*
14. มีโรคเดียว	156	30	2	.17	59	2,5	.17,.13	.04*
15. มีโรคร่วม	214	23	2	.14	33	2,4	.19,.18	.03*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ R Square Change = เปอร์เซนต์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเพิ่มชุดทำนายเข้าไปใหม่ ขณะที่ชุดตัวทำนายเดิมถูกควบคุมให้คงที่

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

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 17 กลุ่มรวม พบว่าเมื่อนำคะแนนของพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาในกลุ่มรวมมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาได้ร้อยละ 20 ถึง 29 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.19$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.16$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาได้ร้อยละ 12 ถึง 14 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.38$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศหญิง พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาได้ร้อยละ 4 ถึง 9 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.07$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.12$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา ได้ร้อยละ 31 ถึง 35 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.19$) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.16$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา ได้ร้อยละ 29 ถึง 42 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.19$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาประถมศึกษา ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา ได้ร้อยละ 25 ถึง 31 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความ

ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาได้ร้อยละ 9 ถึง 10 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.25$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มีโรคเดียว ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาได้ร้อยละ 30 ถึง 59 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม($Beta=.17$) ความฉลาดทางอารมณ์($Beta=.13$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคร่วม ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาได้ร้อยละ 23 ถึง 33 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($Beta=.19$) ความฉลาดทางสุขภาพ($Beta=.18$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบปริมาณทำนายที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ ด้วยชุดทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ	จำนวน (คน)	ลำดับที่ 1 (ลักษณะทางสังคม 1-3)			ลำดับที่ 2 (คุณลักษณะความฉลาด 4- 6)			
		% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	% ทำนาย	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	เบต้า	R Square Change
1.กลุ่มรวม	370	14	2	.08	30	2,4	.12,.12	.01*
2.เพศชาย	134	41	2	.19	57	2	.22	.01*
3.เพศหญิง	236	4	-	-	8	5	.13	.02*
4. อายุ 35 – 59 ปี	149	22	2	.10	38	2	.13	.01*
5. อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	221	6	-	-	32	5	.17	.02*
6. ระดับการศึกษาประถมศึกษา	214	7	2	.13	29	2,4	.20,.16	.03*
7. ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	126	22	1	.13	34	1	.13	.01*
8. ระดับการศึกษามหาวิทยาลัย/ปริญญาตรี	30	42	1	.21	51	1,4	.23,.26	.10*
9. อาชีพงานประจำ	138	65	1	.24	81	1	.22	.01*
10. อาชีพงานไม่ประจำ	232	12	-	-	27	2,4	.09,.10	.01*
11. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี	193	28	1	.15	35	1	.15	.06*
12. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี	116	23	-	-	44	4	.17	.04*
13. จำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป	61	10	2	.32	13	2	.35	.02*
14. มีโรคเดียว	156	18	3	.12	22	3	.11	.04*
15. มีโรคร่วม	214	21	1	.11	57	1,2,4	.09,.15,.17	.03*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ R Square Change = เปอร์เซนต์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเพิ่มชุดทำนายเข้าไปใหม่ ขณะที่ชุดตัวทำนายเดิมถูกควบคุมให้คงที่

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

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 18 กลุ่มรวม พบว่าเมื่อนำคะแนนของพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ในกลุ่มรวมมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคมและ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ได้ร้อยละ 14 ถึง 30 ตามลำดับและในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($\text{Beta}=.12$) ความฉลาดทางสุขภาพ($\text{Beta}=.12$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ได้ร้อยละ 41 ถึง 57 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($\beta = .22$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเพศหญิง พบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ได้ร้อยละ 4 ถึง 8 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ความฉลาดทางอารมณ์ (Beta=.12) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ ได้ร้อยละ 22 ถึง 38 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.13) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ ได้ร้อยละ 6 ถึง 32 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด ความฉลาดทางอารมณ์(Beta=.17) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาประถมศึกษา ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ ได้ร้อยละ 7 ถึง 29 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม($\beta=.20$) ความฉลาดทางสุขภาพ($\beta=.16$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมองตีบด้านการมาพบแพทย์ได้ร้อยละ 10 ถึง 13 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดฉลาด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.35) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคเดียว ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ได้ร้อยละ 18 ถึง 22 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม(Beta=.11) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีโรคร่วม ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม และ ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะความฉลาด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ได้ร้อยละ 21 ถึง 57 ตามลำดับ และในกลุ่มลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาด การสนับสนุนทางสังคม(Beta=.09) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Beta=.15) ความฉลาดทางสุขภาพ(Beta=.17) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ ศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด ลักษณะทางสังคม ตลอดจนลักษณะทางชีวสังคม มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในครั้งนี้น้อยเพียงใดและเพราะเหตุใดในบทนี้จะกล่าวถึงความมุ่งหมายให้การวิจัย สมมติฐานการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลตาม สมมติฐาน และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน
2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในด้านรวมและด้านย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งใน ด้านรวมและด้านย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านที่มีชีวสังคมต่างกัน
2. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะความฉลาดมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยเสี่ยงทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยมีสมมติฐานย่อยคือ

2.1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคเลือดเลือดสมองตีบที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง และมีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงที่มีลักษณะอื่น

2.2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคเลือดเลือดสมองตีบที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง และมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงที่มีลักษณะอื่น

3. ปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย และกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน ได้สูงกว่าการทำนายด้วยปัจจัยกลุ่มใดกลุ่มเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย (1) สถิติพื้นฐานใช้พรรณนาข้อมูลเบื้องต้น คือ ค่าความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และพิสัย (Range) (2) การวิเคราะห์ค่าที่ (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 1 (2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way analysis of variance) มี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเมื่อพบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ทำการ เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffé) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2.1 และ 2.2 3. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) เพื่อ ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน จากผลการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ได้รวบรวมข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตลอดจนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอภิปราย

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยแตกต่างกัน

จากสมมติฐานข้อที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีชีวสังคมแตกต่างกันโดยใช้สถิติทดสอบที่ (t-test) หรือโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด

สมองตีบที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน ทั้งในด้านรวมและด้านย่อยที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็น และจำนวนโรคประจำตัวต่างกัน พบว่า

1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมที่มีลักษณะทางชีวสังคม (ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็น และจำนวนโรคประจำตัว) ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีลักษณะทางชีวสังคม (ได้แก่ อายุ) ต่างกัน พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดที่มีลักษณะทางชีวสังคม (ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็น และจำนวนโรคประจำตัว) ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายที่มีลักษณะทางชีวสังคม (ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็น และจำนวนโรคประจำตัว) ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาที่มีลักษณะทางชีวสังคม (ได้แก่ เพศ) ต่างกัน พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีลักษณะทางชีวสังคม (ได้แก่ อาชีพ) ต่างกัน พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีลักษณะชีวสังคมที่ต่างกัน พบผลการสนับสนุนสมมุติฐานบางส่วน ดังนี้

-**เพศ** ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มย่อยด้านการรับประทานยา โดยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยามากกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่า โดยบริบทของพื้นที่อำเภอองค์กรักษ์ ประชาชนส่วนใหญ่มักประกอบอาชีพรับจ้างหรือค้าขายและส่วนใหญ่แล้วเพศหญิงมักจะทำงานอยู่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มเพศหญิงสามารถที่จะมีเวลาดูแลจัดการตัวเองเกี่ยวกับสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา ซึ่งแตกต่างจากเพศชายที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านด้วยความเร่งรีบ จึงทำให้ไม่ค่อยเคร่งครัดดูแลสุขภาพตัวเองในเรื่องของการรับประทานยา สอดคล้องกับแนวคิดของโอแรม (Orem, 1991) ที่กล่าวว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่า

เพศชาย และงานวิจัยของอรุณ ออบเชย (2548 : 93) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขต ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของรัชณี ผิวทอง (2548 : 94) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคลวิทยาเขตพระนครเหนือพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

-อายุ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มย่อยด้านการรับประทานอาหาร โดยพบว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยด้านการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มอายุ 35 – 59 ปี อาจเป็นเพราะเมื่อมีอายุมากขึ้นจึงให้ความสนใจดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้นในเรื่องของการรับประทานอาหาร ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักจะมีความแข็งแรงกว่าจึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุมาก สอดคล้องกับธาริณี กาญจนวัลย์ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสารสนเทศสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสารสนเทศสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้เบญจพร สว่างศรี และคณะ (2556) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารดีกว่าในระดับที่สูง

-ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะพื้นที่อำเภอองครักษ์อยู่ติดกับศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นพื้นที่เขตให้บริการวิชาการที่มีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งจาก แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ สาธารณสุข ชุมชนต่างๆเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแม้ว่าจะมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา (2542) ที่ได้ศึกษาเรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ธาริณี กาญจนวัลย์ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจ

สุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

-อาชีพ พบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพงานไม่ประจำ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพงานประจำ อธิบายได้ว่าอาชีพงานประจำมีความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติงานตามที่ยังบังคับบัญชามอบหมายให้ไว้อย่างเคร่งครัดมีระบบเวลาทำงานเลิกงานทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยต้องมีการจัดสรรเรื่องเวลา ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาได้อย่างลงตัว แตกต่างจากผู้ที่มีอาชีพงานไม่ประจำซึ่งจะมีความสะดวกสบายในเรื่องของเวลาทำให้กินยาไม่ตรงเวลา นอกจากนี้ผู้ที่มีอาชีพงานประจำมักจะมีเวลาอย่างจำกัดเมื่อเจ็บป่วยต้องมีการขออนุญาตจากผู้บังคับบัญชาซึ่งการดำเนินการจะค่อนข้างช้าทำให้ไม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพได้ แตกต่างจากผู้ที่มีอาชีพงานไม่ประจำเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถปลีกตัวไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Barerra (1986) กล่าวว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล อีกทั้งยังมีงานวิจัยของธาริณี กาญจนวัลย์ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าอาชีพส่งผลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

-จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระยะเวลาจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจะ 1-5 ปี 5-10 ปี หรือ 10 ปีขึ้นไปประกอบกับพื้นที่อำเภอองค์กรักเป็นเขตบริการวิชาการทางสุขภาพอยู่แล้ว อีกทั้งผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์ตามนัดทุกเดือน และต้องฟังการให้ความรู้ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองซ้ำๆ บ่อยๆ จึงเกิดความเบื่อหน่าย ส่งผลให้ระยะเวลาจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยมานานเท่าไรก็ตาม สอดคล้องกับสุชาติดาตวงอุปมา (2548) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

-จำนวนโรคประจำตัว โดยพบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีจำนวนโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่แตกต่าง

กัน อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งล้วนแต่มีปัญหาระหว่างกันทั้งนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาการป้องกันอย่างเคร่งครัดไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ เพื่อให้เกิดการบรรเทาหรือลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่ให้ลุกลามเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเดิม สอดคล้องกับรัชดา คำณิ (2556) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลากรสาธารณสุข อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส พบว่าบุคคลากรสาธารณสุขที่มีโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นทำให้พบว่าลักษณะชีวสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ล้วนแต่มีผลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในด้านรวมและด้านย่อย

สรุปและอภิปรายสมมุติฐานข้อที่ 2

สมมุติฐานข้อที่ 2 ระบุว่า ปฏิสัมพันธ์ของคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งสมมุติฐานออกเป็น 2 ข้อย่อย ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 2.1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงและมีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอื่นๆ

การสรุปผลตามสมมุติฐานในข้อนี้มาจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way analysis of variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางสุขภาพ ไปตามตัวแปรตามคือ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้าน 5 ด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์) จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ระบุว่า “พบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความฉลาดทางสุขภาพ) ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม (ภาพประกอบ 3) คือกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1 – 5 ปี ผลในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงและมีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านรวมมากกว่าผู้ป่วยในลักษณะอื่น

เมื่อทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบใน 5 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการ

ความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์ พบว่าตัวแปรแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความฉลาดทางสุขภาพ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ดัง ภาพประกอบ 3 และมีสาระสำคัญ ดังนี้

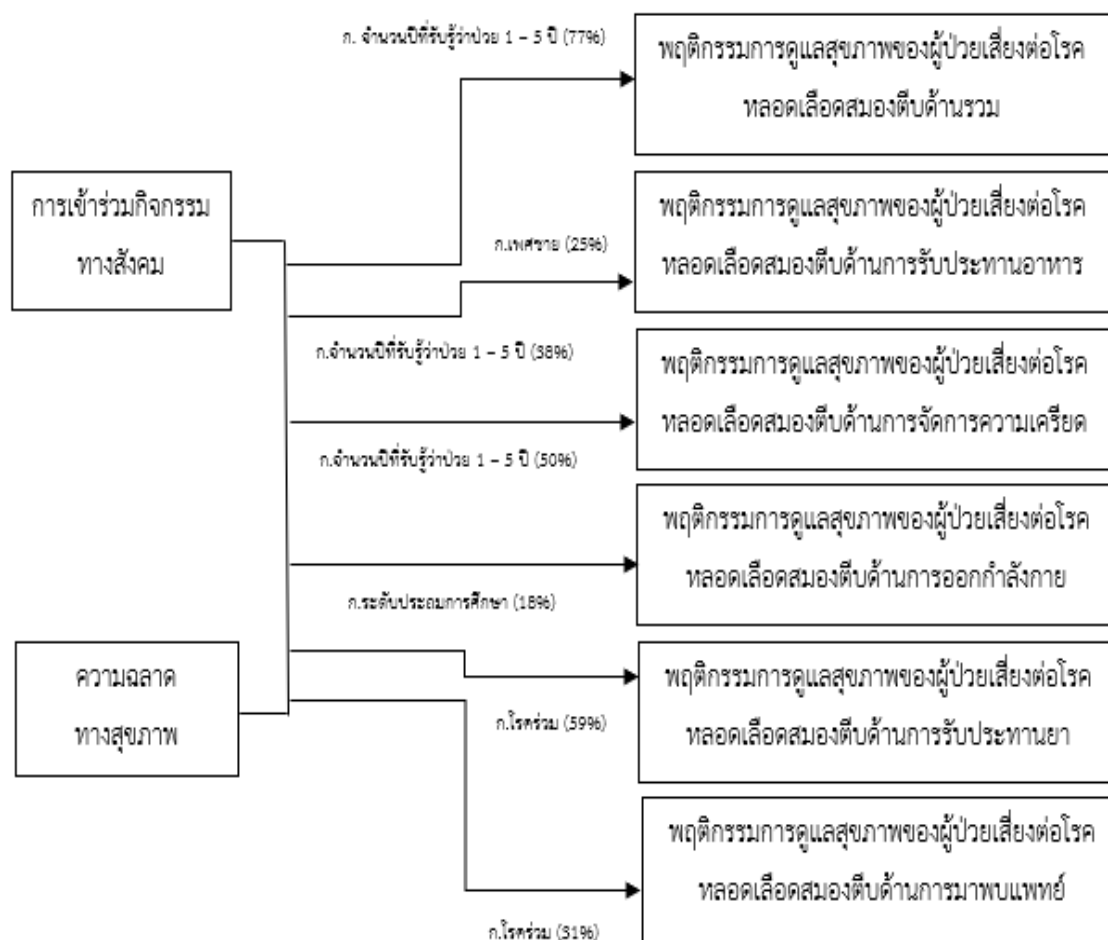
1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ในกลุ่มเพศชาย และ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1 – 5 ปี เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีลักษณะอื่นๆ

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด พบว่า ในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1 – 5 ปี เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการจัดการความเครียดมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดที่มีลักษณะอื่นๆ

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย พบว่าในกลุ่มระดับประถมศึกษา เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายมีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการออกกำลังกายมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายที่มีลักษณะอื่นๆ

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา พบว่าในกลุ่มโรคร่วม เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาที่มีลักษณะอื่นๆ

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ พบว่าในกลุ่มโรคร่วม เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์มีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการมาพบแพทย์มากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีลักษณะอื่นๆ



ภาพประกอบ 3 ผลการแสดงผลสัมพัทธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2.1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีลักษณะอื่นๆ ผลในส่วนนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับกิจกรรมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพอนามัย การศึกษาหาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การนัดหมายการ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจเกิดการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา และเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพตลอดจนหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ อีกทั้งรู้จักประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อที่สามารถเลือกวิถีในการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ (สฤทัยพงษ์ มั่นหล้า. 2553: 3) ซึ่งกิจกรรมจากทางสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็น

การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ตลอดจนการสร้างบรรยากาศให้เกิดความอบอุ่น ทำตัวให้สนุกสนานเพลิดเพลิน จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักการผ่อนคลายซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ และยังสะท้อนถึงสภาวะทางสุขภาพของบุคคลในสังคมเพื่อให้ตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง (นายแพทย์ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์. 2550) อีกทั้งความฉลาดทางสุขภาพเป็นการเรียนรู้วิถีทางการดำเนินชีวิต เป็นการประกอบการตัดสินใจ เพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง สามารถที่จะเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องของการออกกำลังกาย อาหารการกิน เลือกวิธีจัดการความเครียดได้ดีก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยารักษา

สมมุติฐานข้อที่ 2.2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงและมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอื่นๆ

การสรุปผลตามสมมุติฐานในข้อนี้มาจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความฉลาดทางจิตวิญญาณ ไปตามตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้าน 5 ด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์) จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ระบุว่า “พบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความฉลาดทางจิตวิญญาณ) ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม (ภาพประกอบ 4) คือ กลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี ผลในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงและมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านรวมมากกว่าผู้ป่วยในลักษณะอื่น

เมื่อทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบใน 5 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์ พบว่าตัวแปรแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ดัง ภาพประกอบ 4 และมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร พบว่าในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรค

หลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีความผิดปกติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารที่มีลักษณะอื่นๆ

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด พบว่าในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการจัดการความเครียดมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดที่มีลักษณะอื่นๆ

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย พบว่าในกลุ่มเพศชาย และกลุ่มระดับประถมศึกษา เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการออกกำลังกายมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายที่มีลักษณะอื่นๆ

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา พบว่าในกลุ่มโรคร่วม เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยาที่มีลักษณะอื่นๆ

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ พบว่า ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในด้านการมาพบแพทย์มากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ที่มีลักษณะอื่นๆ



ภาพประกอบ 4 ผลการแสดงผลสัมพัทธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2.2

จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2.2 บางส่วน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า เมื่อผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้ที่มีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีลักษณะอื่นๆ ผลในส่วนนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับกิจกรรมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม การจัดงานตามประเพณี การพัฒนาสังคม การทัศนศึกษา ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพัฒนาจิตใจของตนเอง รู้จักเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต เกิดการเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณค่า และมองโลกในแง่ดี ทำให้รู้จักคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ และเกิดความตระหนักรักตัวเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตัวเองจน

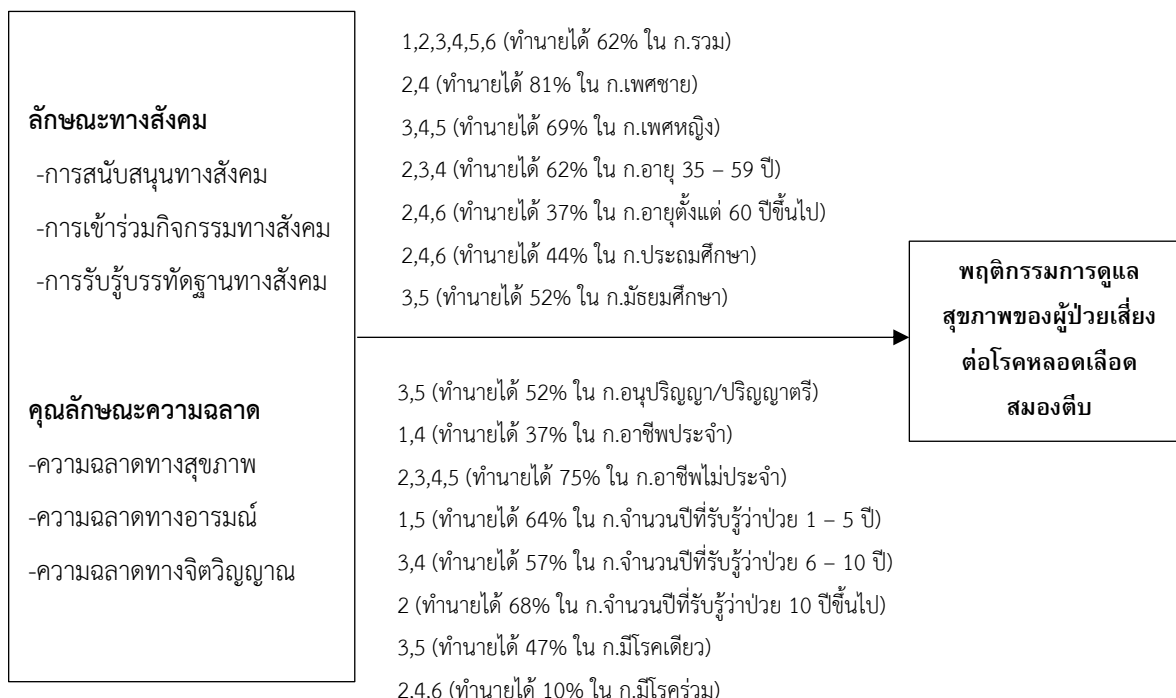
เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ (อัจฉรี หังสสุต. 2549 : 15-16) หากจะมองไปแล้วการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนให้เราเห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการจัดกิจกรรมต่างๆทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการออกกำลังกาย การฝึกโยคะ การนั่งสมาธิ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆหลายๆกลุ่มที่มาอยู่ร่วมกันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆของสังคม ทำให้เห็นความรู้สึกถึงความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ก่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ. 2553:101) ยิ่งถ้ามีความฉลาดทางจิตวิญญาณร่วมอยู่ด้วยก็จะทำให้เกิดหลักแก่นของชีวิต ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเชื่อมโยงประสานงานกัน กลายเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้คนเราเกิดความหวังและกำลังใจ รู้ถึงความหมายของชีวิต ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิตได้

สรุปและอภิปรายสมมุติฐานข้อที่ 3

สมมุติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยในกลุ่มคุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยและกลุ่มที่มีลักษณะชีวิตสังคมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวิตสังคมต่างกัน สรุปได้ว่า ตัวแปรที่เข้าสู่สมการการทำนายทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรลักษณะทางสังคม 3 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด 3 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 62 ค่าการทำนายสูงสุดพบในกลุ่มเพศชาย ในตัวแปรการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความฉลาดทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 81 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะชีวิตสังคมพบว่า ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยพบตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก 1 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรความฉลาดทางสุขภาพ พบในกลุ่มย่อย 8 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่ม

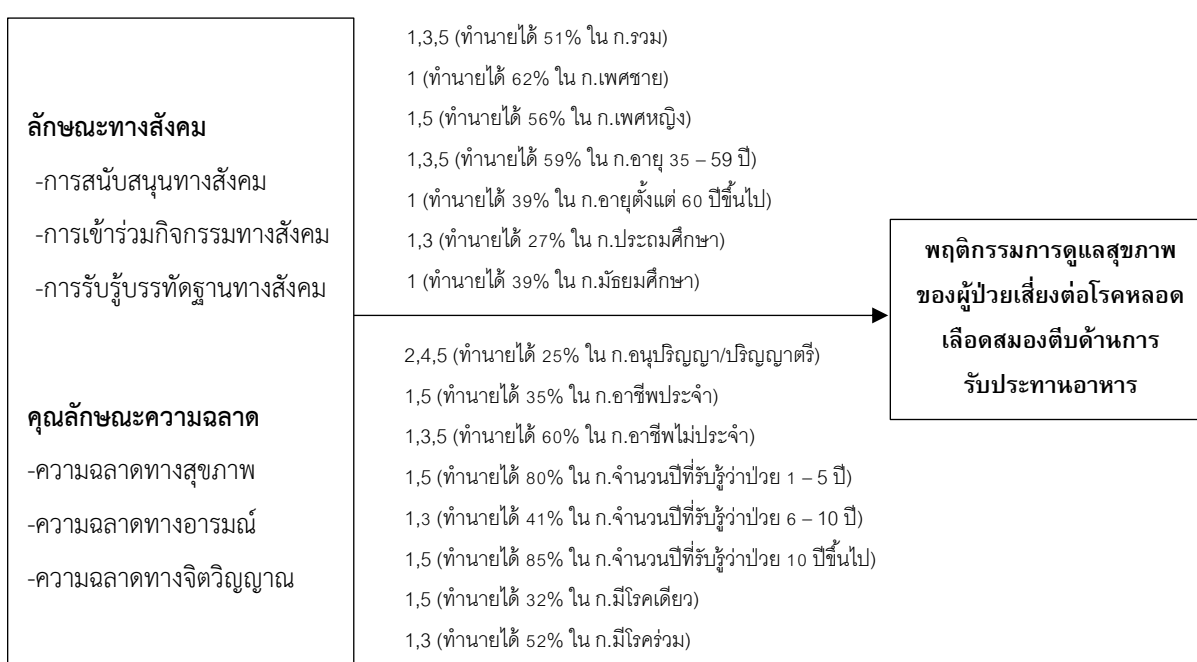
อายุน้อย 35 – 59 ปี กลุ่มอายุมาก 60 ปีขึ้นไป กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มอาชีพประจำ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็น 6 – 10 ปี และกลุ่มมีโรคร่วม (ภาพประกอบ 5)



ภาพประกอบ 5 ผลการทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด

ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ประกอบไปด้วย 1)ด้านการรับประทานอาหาร สรุปได้ว่า ตัวแปรที่เข้าสู่สมการการทำนายทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรลักษณะทางสังคม 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด 1 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 51 ค่าการทำนายสูงสุดพบในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็น 10 ปีขึ้นไป ในตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ความฉลาดทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ

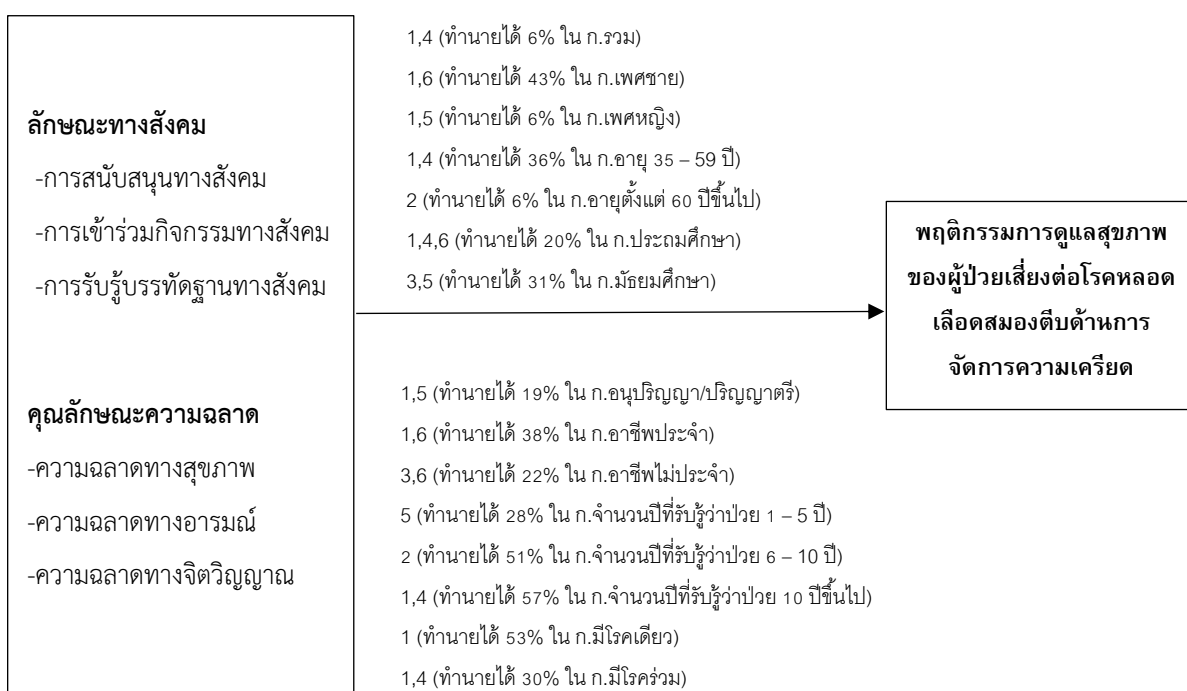
เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะชีวสังคมพบว่า ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร โดยพบตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก 1 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบในกลุ่มย่อย 13 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มมัธยมศึกษา กลุ่มอาชีพประจำ กลุ่มอาชีพไม่ประจำ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1 – 5 ปี กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 6 – 10 ปี กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป กลุ่มมีโรคเดียว และกลุ่มมีโรคร่วม (ภาพประกอบ 6)



ภาพประกอบ 6 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหารทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด

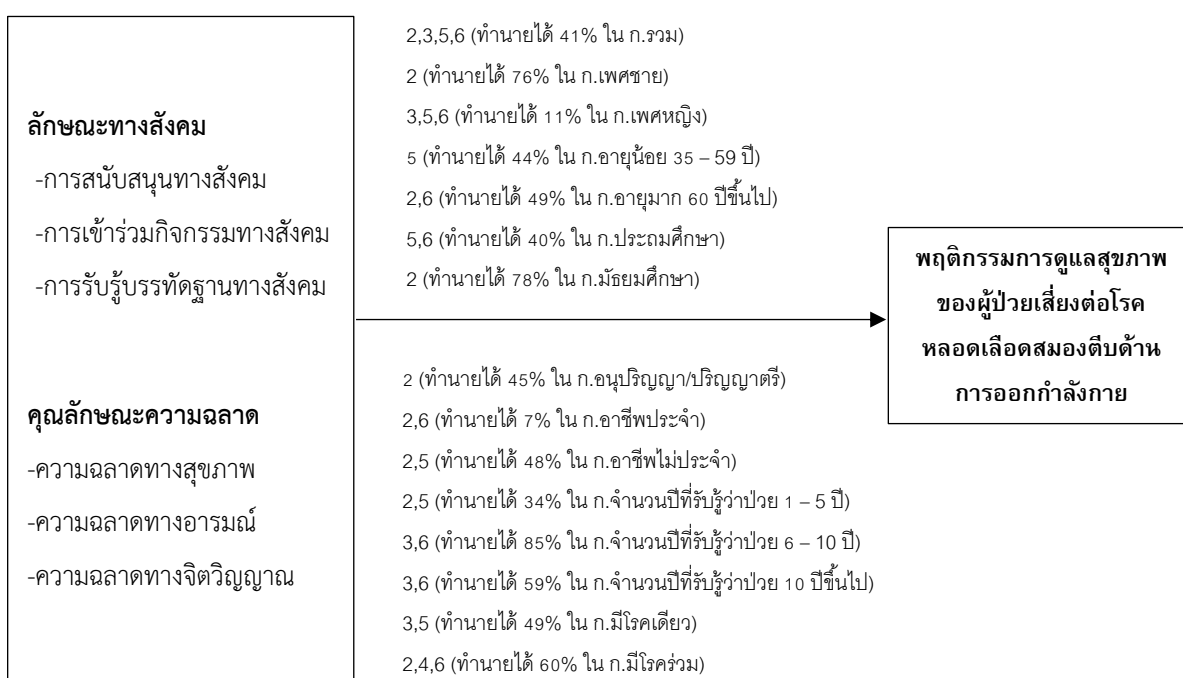
2)ด้านการจัดการความเครียด สรุปได้ว่า ตัวแปรที่เข้าสู่สมการการทำนายทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรลักษณะทางสังคม 1 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด 1 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด ใน

กลุ่มรวมได้ร้อยละ 6 ค่าการทำนายสูงสุดพบในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป ในตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ความฉลาดทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด ได้ร้อยละ 57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะชีวสังคมพบว่า ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด โดยพบตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก 1 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบในกลุ่มย่อย 9 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มอนุปริญญา/ปริญญาตรี กลุ่มอาชีพประจำ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป กลุ่มมีโรคเดียว และกลุ่มมีโรคร่วม (ภาพประกอบ 7)



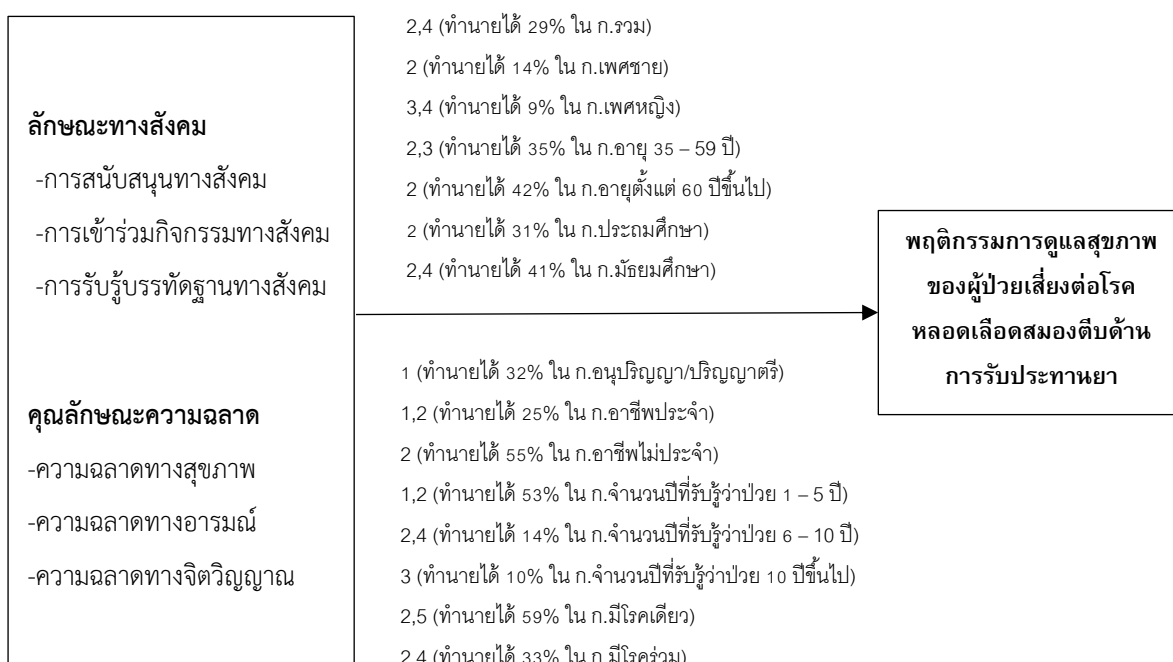
ภาพประกอบ 7 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียดทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันโดยใช้กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด

3)ด้านการออกกำลังกาย สรุปได้ว่า ตัวแปรที่เข้าสู่สมการการทำนายทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรลักษณะทางสังคม 2 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด 2 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 41 ค่าการทำนายสูงสุดพบในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 6 - 10 ปีขึ้นไป ในตัวแปรการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะชีวสังคมพบว่า ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย โดยพบตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก 1 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบในกลุ่มย่อย 8 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มมัธยมศึกษา กลุ่มอนุปริญญา/ปริญญาตรี กลุ่มอาชีพประจำ กลุ่มอาชีพไม่ประจำ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1 – 5 ปี และกลุ่มมีโรคร่วม (ภาพประกอบ 8)



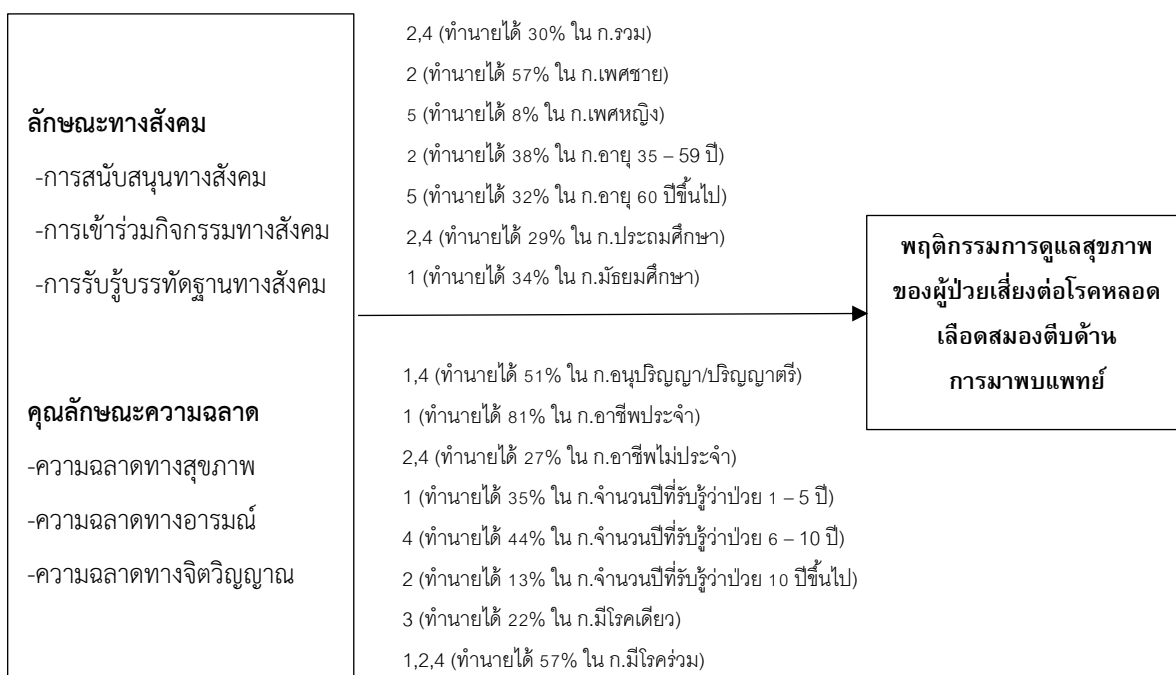
ภาพประกอบ 8 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกายทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยใช้กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด

4)ด้านการรับปรึกษา สรุปได้ว่า ตัวแปรที่เข้าสู่สมการการทำนายทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรลักษณะทางสังคม 1 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และตัวแปร คุณลักษณะความฉลาด 1 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับปรึกษาในกลุ่มรวม ได้ร้อยละ 29 ค่าการทำนายสูงสุดพบในกลุ่มมีโรคเดียว ในตัวแปรการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความฉลาดทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับปรึกษาได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะชีวสังคมพบว่า ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปร คุณลักษณะความฉลาด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับปรึกษาโดยพบตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับ แรก 1 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบในกลุ่มย่อย 11 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มมัธยมศึกษา กลุ่มอาชีพ ประจำ กลุ่มอาชีพไม่ประจำ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 1 – 5 ปี กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 6 – 10 ปี กลุ่มมีโรคเดียว และกลุ่มมีโรคร่วม (ภาพประกอบ 9)



ภาพประกอบ 9 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับปรึกษาทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยใช้ กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด

5)ด้านการมาพบแพทย์ สรุปได้ว่า ตัวแปรที่เข้าสู่สมการการทำนายทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรลักษณะทางสังคม 1 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และตัวแปร คุณลักษณะความฉลาด 1 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ในกลุ่มรวม ได้ร้อยละ 30 ค่าการทำนายสูงสุดพบในกลุ่มอาชีพประจำ ในตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม สามารถ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการ มาพบแพทย์ได้ร้อยละ 81 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตาม ลักษณะชีวสังคมพบว่า ตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบ แพทย์โดยพบตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก 1 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม พบในกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุ 35 – 59 ปี กลุ่มประถมศึกษา กลุ่ม อาชีพไม่ประจำ กลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป และกลุ่มมีโรคร่วม (ภาพประกอบ 10)



ภาพประกอบ 10 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยใช้กลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมและตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด

จึงสรุปได้ว่าผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 3 ทั้งหมด

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นเพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้าน 5 ด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์) โดยใช้ชุดตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม) และตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด (ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ) พบว่าตัวแปรในปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งด้านรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยที่ 1) **การสนับสนุนทางสังคม** พบว่าสอดคล้องกับฉวีวรรณ อยู่สำราญ. และคณะ (2550) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนมลจินทร์ เกียรติสังวร ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลบางนมโค อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม** พบว่าสอดคล้องกับธีระชัย พรหมคุณ. และคณะ (2557) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ตัวแปร การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชน 3) **การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม** พบว่าสอดคล้องกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง และ จิตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) ที่ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสภาวะครอบครัวยุคใหม่โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง : การวิจัยผลานวิธี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาอิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อสภาวะครอบครัวยุคใหม่โดยส่งผ่าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง พบว่าบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อสภาวะครอบครัวยุคใหม่ โดย ส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 72 4) **ความฉลาดทางสุขภาพ** พบว่าสอดคล้องกับฮาเวอร์สัน (Halvorsen. 1996: Online) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของพลังของการฝึกการออก

กำลังกาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพในการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม Health Quotient มาใช้ประเมินรูปแบบการออกกำลังกาย พบว่าผู้ที่เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้สามารถทำนายความฉลาดทางสุขภาพได้สูงขึ้นตามลำดับ **5)ความฉลาดทางอารมณ์** พบว่าสอดคล้องกับลชิตา ศรีธรรมชาติ (2549) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดการรักษายาเสพติด พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและรายด้านสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 **6)ความฉลาดทางจิตวิญญาณ** พบว่าสอดคล้องกับสุนันท์ เสี่ยงเสนาะ และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายได้ร้อยละ 19.20 นอกจากนี้ พรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยพบว่าความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์ (2544) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพกายจิตและจิตวิญญาณสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และพัฒนาการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1.ผลการวิจัยตัวแปรกลุ่มลักษณะทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และตัวแปรกลุ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในกลุ่มรวมได้ทั้ง 6 ตัวแปร สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตลอดจนใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบครัว ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

2. ผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความฉลาดทางสุขภาพสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีลักษณะอื่นๆ ควรจัดกิจกรรมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพอนามัย การศึกษาหาความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การนัดพบกัน การก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจเกิดการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา และเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพตลอดจนหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ อีกทั้งรู้จักประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถเลือกวิถีในการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบได้

3. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงและได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูง จะเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีลักษณะอื่นๆ ควรจัดกิจกรรมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น การสวดมนต์ปฏิบัติธรรม การจัดงานตามประเพณี การพัฒนาสังคม การทัศนศึกษา ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพัฒนาจิตใจของตนเอง รู้จักเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต เกิดการเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณค่า และมองโลกในแง่ดี ทำให้รู้จักคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ และเกิดความตระหนักรักตัวเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตัวเองจนเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ ตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นควรทำวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยใช้ความฉลาดทางสุขภาพ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ ควบคู่กันไปเพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

2. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นงานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีบริบทความเป็นชุมชนเมือง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด เป็นต้น เพื่อค้นพบความแตกต่างให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

3. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยตามแนวทางวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจถึงคุณลักษณะที่สำคัญของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ รวมไปถึงเงื่อนไขของการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกกร กองจันทร์. (2553). ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กมลรัตน์ แซ่ตั้ง. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุมกำเนิดกับบรรทัดฐานเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของสตรีระยะให้นมบุตร : ศึกษาเฉพาะกรณีที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน เขตจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับประชาชนไทยอายุ 12 ถึง 60 ปี. (ออนไลน์) สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2559.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). อีคิวคืออะไร. (ออนไลน์) สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2559.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). ความฉลาดทางจิตวิญญาณ. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558. จาก http://www.klb.dmh.go.th/modules.php?m=word_weekly&gr=&op=detail&word_weekly_id=43
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาสุขศึกษา). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กัญญา แซ่โก. (2552). ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา เลิศสงคราม. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ความสามารถในการฝ่าฟันอุปสรรคบุคลิกภาพ และรูปแบบการเผชิญปัญหา กับผลการเรียนของนักศึกษาภาคปกติ ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏ กลุ่มอีสานเหนือ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาการวัดผลการศึกษา). มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ขจรศรี แสนปัญญา. (2553). ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน).กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คู่มือข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี การทบทวนและวิเคราะห์. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2559. จาก http://tnfc.fda.moph.go.th/file/fileDoc/2015-04-29_3994.pdf.
- คู่มือความรู้เรื่องอัมพาตสำหรับประชาชน. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2559. จาก e-lib.ddc.moph.go.th/book_details.php?id=7716
- จรุง วรบุตร. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์. จิตวิทยาชุมชน: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จันทร์สุภาห์ ไวยฤทธิ์. (2555). ปัจจัยทางจิตสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมจากคนรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับผิดชอบของพนักงานขับรถเช่า ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิตชนก ลีทวิสุข; และอื่นๆ. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก. ศูนย์การแพทย์ชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จุฑาทิพย์ อภิรมย์. (2537). ข้อเท็จจริงและทัศนะการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนเทศบาลเมืองนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฑามาศ วารีนแสงทิพย์. (2552). การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ณวิวรรณ อยู่สำราญ;อัมพร คงจิระ; ราชรี ศิริสมบุรณ์ และอื่นๆ. (มกราคม-มีนาคม 2550). การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารสภาการพยาบาล 22(1):60-71.
- นัตรแก้ว เกษมสำราญ. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชญาธิภา ศรีวิชัย. (2557, 2 กรกฎาคม-ธันวาคม). การศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ดี เกมคอมพิวเตอร์ : ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วารสารพยาบาลตำรวจ. 6(2): 1-15.

- ชนาธิป ศรีพรหม. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชลอ อีทรชา; และอื่นๆ. (2537). การจัดการความเครียด. (ออนไลน์)
- ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์. (2547). อยู่อย่างไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี. Healthtoday Thailand.4(42).28. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2559, จาก www.healthtodaythailand.net/.
- ญานิศา ฟังเกตุ. (2557). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีความสามารถแห่งตนเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา (สาขาวิชาสุศึกษาและพลศึกษา) คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐานข้อมูล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก. (2546-2555). สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2558 จาก service.nso.go.th/nso/web/statseries/tables/22600_Nakhon_Nayok/in-46-55.xls
- ณชนก เอียดสุข; และอื่นๆ. (2555, ตุลาคม-ธันวาคม). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง. วารสารการพยาบาล. 19(3):349-361.
- ณัฐกรณ์ วรเชษฐบัญชา; และ ศรัณย์ พิมพ์ทอง. (2559). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานตามมาตรฐานจริยธรรมของข้าราชการตำรวจในจังหวัดมุกดาหาร. นเรศวรวิจัย ครั้งที่12 วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2559, จาก conference.nu.ac.th/nrc12/downloadPro.php?plD=37&file=37.pdf.
- ณัฐกรณ์ นรพงษ์. (2553). การวิเคราะห์เปรียบเทียบโมเดลประยุกต์และโมเดลบูรณาการการวัดความฉลาด ทางจิตวิญญาณของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในบริบทสังคมไทย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการวิจัยการศึกษา).กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณิชาธิย์ ใจคำวัง. (2558, 2-30 เมษายน). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากค่าง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 3(2):173-184.
- ดุษฎีเดือน พันธมนาวิน และ อัมพร ม้าคอง. (2547). ปัจจัยเชิงเหตุและผลของ พฤติกรรมการพัฒนา นักเรียนของครูคณิตศาสตร์ในระดับมัธยมศึกษา. รายงานการวิจัยโครงการแม่บท: การวิจัยและพัฒนากระบวนการพัฒนาประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- เตือนใจ ทองคำ. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- ชนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์. (2559). ปัจจัยภายในบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้เฟชบุ๊กด้วยปัญญาของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย. การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ธาริณี กาญจนวัลย์. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและสิ่งแวดล้อมคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- ธิดารัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวทย์. (2556). ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2556 (งบประมาณ 2557). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2559. จาก <http://www.thaincd.com/good-stories-view.php?id=8302>
- ธีระชัย พรหมคุณ; พงษ์ เสี่ยมจิตต์; เสนอ ภิรมจิตร์ผ่อง และอื่นๆ. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 7(1):102-108.
- นนท์ สัจจาธรรม และ ณฐินี พงศ์ไพฑูรย์สิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุข ของครุฑมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี.การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา). ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง. สาขาอายุรกรรมประสาท ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จากนิตยสารสนองโอฐสภากาชาดไทย.(ออนไลน์)
- นิตยา พันธุเวทย์; และ ณัฐสุดา แสงสุวรรณโต. (2558). ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลก พ.ศ. 2558(ปีงบประมาณ 2559). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (ออนไลน์)
- นุชรินาสวรรณ; นิตยาวิเศษ; เมตตาคาพิบูลย์และอื่น ๆ (2553) สำนักโรคไม่ติดต่อ สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2559 จาก www.thaincd.com/document/hot%20news/diabetes.pdf
- เนาวรัตน์ จันทานนท์;บุษราคัม สิงห์ชัย;วิวัฒน์ วรวงษ์ และอื่นๆ. (2011, April - July). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัย มข. 16(6):749-758.
- แนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.พิมพ์ครั้งที่ 1. (2550). สถาบันประสาทวิทยาและชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.
- เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. ว.มทส 1(2):128-137.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ปฏาวุฒิ สัจจินตามณีชัย. (2556). การยอมรับตนเองและบุคลิกภาพองค์ประกอบที่พยากรณ์ความฉลาดทางจิตวิญญาณของครู โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยม เขต 10 จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์. จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ปภาดา อ้อประเสริฐ. (2554). การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- ประภาส ปานเจียง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสงขลา. หน้า 1947 -1965. คณะศิลปศาสตร์และศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ สงขลา.
- ประภาสวัชร งามคณะ. (2557 พฤษภาคม-สิงหาคม). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 6(2):21-30.
- ปัญญภัทร ภัทรกัณหากุล. (2544). การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. การพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ จักขุทิพย์. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2559. จาก wellolder.com/wp-content/uploads/2016/02/stroke.pdf
- พรพรมหม รุจิไพโรจน์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล ว่องไว. (2554). การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณธิภา บุญพิทักษ์. (2548). การพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- พระมหาประจักษ์ กิตติเมธี. (2559, 3 กันยายน-ธันวาคม). การเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธ. วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์. 3(3):110-117.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. (2557). ฉลาดคิด ชีวิตสุขภาพดี: (Health Quotient). สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2560. จาก www.tpa.or.th/publisher/pdfFileDownloadS/qm204_p033-034.pdf

- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2550). รายงานการวิจัยความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย : บทบาทพยาบาล. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2559. จาก www.thainurse.org/new/attachments/article/163/sheet7.pdf
- พิมผกา ยาน; ญัฐดา จินราช; วัชรพร พวงไพรพฤษ และคนอื่นๆ. (มกราคม-มิถุนายน). พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ อสม. ในเขตเทศบาลบ้านตู อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 6(1):61-69.
- ภิญญา ไปมูลเปียม; พัทนี อินใจ; วินัย ปันทะนะ และคนอื่นๆ. (2559, พฤษภาคม - มิถุนายน). การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาคร อำเภอยะลา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 25(3):395-399.
- ภูมิบัณฑิต หัตถนิรันดร์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างเชาวน์ปัญญา (IQ) ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค (AQ) และชาวปัญญาด้านคุณธรรมจริยธรรม (MQ) กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มลจินทร์ เกียรติสังวร. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลบางนมโค อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานการวิจัย.
- มะแอน ราโอ. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคาดหวังในการศึกษาต่อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การวัดผลและวิจัยการศึกษา). ปัตตานี : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- เมธา ชันดินานนท์; และเสริมทรัพย์ พุ่มพุทธา. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17(5), 1442-1450.
- ยุวดา สิงห์เมธา. (2554). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรในโรงพยาบาลเทพารินทร์. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- รัชดา คำมณี. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชานโยบายและการวางแผนสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- รัชณี ผิวทอง. (2546). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคลวิทยาเขตพระนครเหนือ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- รัชนี้ อธิวรารกร. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจิตวิญญาณ ความสุขในการทำงาน และความตั้งใจที่จะลาออก : กรณีศึกษาบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งอรุณ พึ่งแย้ม. (2554). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเขาสู่สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลลิตา ศรีธรรมชาติ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด. วิทยานิพนธ์. จิตวิทยาการศึกษา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณภา สารโจน์. (2551). อิทธิพลของการทำหน้าที่ของครอบครัว ความฉลาดทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของวัยรุ่นจิตอาสา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนนทบุรี : วิทยานิพนธ์ (สาขาจิตวิทยา) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วสุลี โพธิ์รังสิยากร. (2550, 3 กันยายน - ธันวาคม). ความเครียด วิธีผ่อนคลายและความคิดเห็นของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยนเรศวรต่อการจัดมุมสบายคลายเครียดของห้องสมุด. วารสารพุทธชินราชเวชสาร. 24(3):307-316.
- วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (2542). เครื่องมือวัดความฉลาดทางอารมณ์. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558. จาก <http://www.nana-bio.com/Research/image%20research/research%20work/EQ/EQ%2004.html>.
- ศศิธร เจริญวุฒิพงษ์; และ ดวงกมล วัตราดุลย์. (2554, มกราคม - เมษายน). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 25(1):47-61.
- ศศิธร พุกศรีสุข. (2554). ผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่ง และแบบเกมสนามเล็กต่อปริมาณการสูบบุหรี่และระดับการเสพติดนิโคตินในนักศึกษาเพศชายที่สูบบุหรี่. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศักดิ์ชัย นิรัญทวี. (2532). ความแปลกแยกกับพฤติกรรมการทำงานของครูสังกัดกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท. กศด. (พัฒนศึกษาศาสตร์) กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์. (2009). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2557). รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์)

- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาธารณสุขศาสตร์ (สุขศึกษา). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถิตย์พงษ์ มั่นหล้า. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์. คณะกรรมการศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สมพร ปานผดุง; กิตติกร นิลมานัด; ลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2556). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล*. การประชุมมหาดไทยวิชาการ ครั้งที่ 4 การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2560, จาก jfklib.oas.psu.ac.th/opac2/BibDetail.aspx?bibno=1256071
- สวรรณ ทับศรี. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลบุตรตัวเหลืองของมารดาหลังคลอดโดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2555). *ข้อแนะนำการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี : การทบทวนและวิเคราะห์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2559. จาก tnfc.fda.moph.go.th/file/fileDoc/2015-04-29_3994.pdf
- สิริธร พึ่งเกิดธรรม; และ อธิยา จุลบาท. (2542). *เชาว์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเมดิคัลแล็บ.
- สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ สาขาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา ดวงอุปมา (2548) *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2555, มกราคม - มิถุนายน). *การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านสุขภาพกับวิธีการส่งเสริมความสนใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อเข้ารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง*. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 6(1):11-17.
- สุนันท์ เสียงเสนาะ; ดวงใจ วัฒนสินธุ์; ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และอื่นๆ. (2560). *อิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 33(3):59-69.
- สุภาวดี เนติเมธี. (2547). *ความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุมาลี วัธนากกร; ชุติมา ผาติดำรงกุล; ปราณี คำจันทร์ และคนอื่นๆ. (2551, 6 พฤศจิกายน-ธันวาคม). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลา นครินทร์เวชสาร*. 26(6):540-546.
- สุรัชย์ ชาสุรีย์. (2548, 2 เมษายน-กันยายน). การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม*. 4(2):1-5.
- สุรีย์ ชลเกตุ. (2540). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุใน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. (การศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยศิลปากร. บัณฑิตวิทยาลัย.
- อรุณ อบเชย. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนใน เขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรุณี หล้าเขียว. (2558). วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. หน้า 637-647. ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558, จาก <http://journalgrad.ssru.ac.th/index.php/5-01/article/view/328>.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล; โสเพ็ญ ชูนวน; มัลลิกา สุนทรวิภาต. (2553, 2 มกราคม-มีนาคม). การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*. 25(1):100-111.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และ กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (HQ)*. (ออนไลน์) สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2559
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และ จัตรชัย เอกปัญญาสกุล. (มกราคม 2561). อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัว โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง : การวิจัยผานวิธี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์* 24(1):1-22.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และ ภัทราวุธ อินทรกำแหง. (2550). *เอกสารประกอบการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ 6Q หนทางสู่ความสุข ความสำเร็จ: HQ พัฒนาเขาว์ทางสุขภาพ*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model*. สุขุมวิทกาพิมพ์ จำกัด, 2552.
- อัจฉรี หังสสตุต. (2549). การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ คหกรรมศาสตร์บัณฑิต(การพัฒนาครอบครัวและสังคม). กรุงเทพมหานคร.

- อาภรณ์ ภูวัญพันธ์. (2548). เทคนิคการบริหารงานด้วยหลัก 4Q. ใน *ทำงานอย่างไรให้ Happy*. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊ค. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.hrcenter.co.th/HRKnowView.asp?id=149&mode=disp>.
- อารีชา ชินประพัทธ์. (2553). *อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุบล เลี้ยววาริน. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร*. การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนาศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวภาวะสุขภาพการปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ).ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
-เอกสาร clinical tracer highlight โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. (2559). สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2559, จาก <http://ongkharakhospital.go.th/tag/ha-accreditation/>.
- Atchley, R.C. (1997). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology*. Melmont: Wadsworth Publishing.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentic-Hall, Inc.
- Berrer M.J. (1986). *Distinons between social concept, measures and models*. American journal of Community Psychology, 14, 413-445.
- bio.com/Research/image%20research/research%20work/EQ/EQ%2004.html
- Halvosen, D. K. II. (1996). *The effects pf power circuit exercise training and health education on fitness and health status, and on risk factors for cardiovascular disease in a worksite health promotion program for men and women in the exercise deficient state*. Ph.D. (Philosophy). United States Minnes: University of Minnesota. Retrieved December 10, 2008, from <http://www.proquest.com> (publication no AAT 9711413).
- King, D. B. (2008). *A Variable Model of Spirtual Intelligence*. A Variable from. May 15; 2016, <http://www.dbking.net/ SpirtualIntelligence/>
- Kline, R.B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Lau. (1988). *Social Problem and The Quality of Life*. 2nd ed. Dubuque,Iowa:Wm. C. Brown.

- Lemon, B. W.; Vern L. B. ; and James A. P. (1972). *An exploration of the activity theory of aging : activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community*. Hamilton: Journal of gerontology.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice (4th ed.)*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. (1980-1985). *Nursing Concepts of Practice*. New York : Mc Graw Hill Co.
- Tze, W J. (2000). *HQ (Health Quotient): An Intelligent Approach to Personal Health*. Retrieved August 1, 2015, from <http://www.amazon.ca/Hq-Health-Quotient-Intelligent-Approach/dp/067931055X>.
- World Stroke Day. [online] . [cited 2 0 1 1 Aug 1 9] ; Available from: [URL:http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx](http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx)).
- Yamane. T. (1967 and 1970). *Statistic : An Introduction Analysis*. 2nd ed. New York : Happer& Row.
- Zohar, D , MARSHALL, I. (2000-2002). *SQ: Spiritual intelligence The Ultimate intelligence*. London: Bloomsbury.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตารางแสดงค่าสถิติต่าง ๆ

ตาราง 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1											
2	.561*	1										
3	.430*	.341*	1									
4	.562**	.218**	-.067	1								
5	.670**	.051*	-.005	.390**	1							
6	.626**	.114*	.014	.109*	.414**	1						
7	-.081*	-.159**	-.061*	.034*	.011	-.066*	1					
8	.113*	-.017*	-.042*	.125*	.164*	.080*	.086*	1				
9	.112*	.110*	-.001	.120*	.049	.051	.099	.102*	1			
10	-.097*	-.062*	-.078*	.002*	-.052*	-.080*	.014*	.323**	.063	1		
11	.114*	.131*	.036	.114*	.068	-.028	.039*	.004*	.006	-.044	1	
12	-.090*	-.041*	-.080*	-.117*	.006*	-.031*	-.008*	-.009*	-.045	-.093	.060*	1

**p < .01 *p < .05

ตัวแปร

- 1.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวม
- 2.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร
- 3.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด
- 4.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย
- 5.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา
- 6.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์
- 7.การสนับสนุนทางสังคม
- 8.การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- 9.การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม
- 10.ความฉลาดทางสุขภาพ
- 11.ความฉลาดทางอารมณ์
- 12.ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวม เมื่อพิจารณาตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1 – 5 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความฉลาดทางสุขภาพ	n	code	$\bar{x}$	21 (3.65)	12 (4.12)	11 (4.00)
สูง	สูง	77	22	4.06	0.95*	0.06*	0.06
ต่ำ	ต่ำ	116	21	3.65	-	0.47	0.35
สูง	สูง	108	12	4.12	-	-	0.12
ต่ำ	ต่ำ	85	11	4.00	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร เมื่อพิจารณาตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มเพศชาย

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความฉลาดทางสุขภาพ	n	code	$\bar{x}$	21 (3.52)	12 (3.78)	11 (3.84)
สูง	สูง	56	22	3.93	0.41*	0.15*	0.09
ต่ำ	ต่ำ	78	21	3.52	-	0.26	0.32
สูง	สูง	71	12	3.78	-	-	0.06
ต่ำ	ต่ำ	63	11	3.84	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร เมื่อพิจารณาตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย 1 – 5 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความฉลาดทางสุขภาพ	n	code	$\bar{x}$	21 (3.40)	12 (3.77)	11 (3.63)
สูง	สูง	77	22	3.88	0.48*	0.11*	0.25
ต่ำ	ต่ำ	116	21	3.40	-	0.37	0.23
สูง	สูง	108	12	3.77	-	-	0.14
ต่ำ	ต่ำ	85	11	3.63	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด เมื่อพิจารณาตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มจำนวนปีที่รับรู้ผู้ป่วย 1 – 5 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความฉลาดทางสุขภาพ	n	code	$\bar{x}$	21 (3.93)	12 (4.42)	11 (4.36)
สูง	สูง	77	22	4.58	0.65*	0.16*	0.22
ต่ำ	ต่ำ	116	21	3.93	-	0.49	0.43
สูง	สูง	108	12	4.42	-	-	0.06
ต่ำ	ต่ำ	85	11	4.36	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย เมื่อพิจารณาตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มระดับประถมศึกษา

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความฉลาดทางสุขภาพ	n	code	$\bar{x}$	21 (3.18)	12 (3.66)	11 (3.46)
สูง	สูง	93	22	3.52	0.34*	0.14*	0.06
ต่ำ	ต่ำ	121	21	3.18	-	0.48	0.28
สูง	สูง	106	12	3.66	-	-	0.20
ต่ำ	ต่ำ	108	11	3.46	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา เมื่อพิจารณาตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความฉลาดทางสุขภาพ	n	code	$\bar{x}$	21 (3.75)	12 (4.44)	11 (4.40)
สูง	สูง	83	22	4.25	0.50*	0.19*	0.15
ต่ำ	ต่ำ	131	21	3.75	-	0.69	0.65
สูง	สูง	104	12	4.44	-	-	-
ต่ำ	ต่ำ	110	11	4.40	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ เมื่อพิจารณาตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มโรคร่วม

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความฉลาดทางสุขภาพ	n	code	$\bar{x}$	21 (3.85)	12 (4.48)	11 (4.23)
สูง	สูง	83	22	4.27	0.42*	0.21*	0.04
ต่ำ	ต่ำ	131	21	3.85	-	0.63	0.38
สูง	สูง	104	12	4.48	-	-	0.25
ต่ำ	ต่ำ	110	11	4.23	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านรวม เมื่อพิจารณาตามความฉลาดทางจิตวิญญาณกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ	การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	n	code	$\bar{x}$	12 (3.88)	21 (4.22)	21 (3.99)
สูง	สูง	93	12	3.85	0.03*	0.37*	0.14
ต่ำ	สูง	121	12	3.88	-	0.34	0.11
สูง	ต่ำ	98	21	4.22	-	-	0.23
ต่ำ	ต่ำ	116	21	3.99	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานอาหาร เมื่อพิจารณาตามความฉลาดทางจิตวิญญาณกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ	การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	n	code	$\bar{x}$	21 (4.35)	11 (3.53)	12 (3.61)
สูง	สูง	9	22	3.06	1.29*	0.47*	0.55
สูง	ต่ำ	21	21	4.35	-	0.82	0.74
ต่ำ	ต่ำ	12	11	3.53	-	-	0.08
ต่ำ	สูง	18	12	3.61	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการจัดการความเครียด เมื่อพิจารณาตามความฉลาดทางจิตวิญญาณกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มระดับการศึกษาอนุปริญญาตรี/ปริญญาตรี

ความฉลาดทางจิต วิญญาณ	การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	n	code	$\bar{x}$	21	11	12
					(5.20)	(4.46)	(4.12)
สูง	สูง	9	22	3.50	1.70*	1.10*	0.62
สูง	ต่ำ	21	21	5.20	-	0.74	1.08
ต่ำ	ต่ำ	12	11	4.46	-	-	0.34
ต่ำ	สูง	18	12	4.12	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย เมื่อพิจารณาตามความฉลาดทางจิตวิญญาณกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มเพศชาย

ความฉลาดทางจิต วิญญาณ	การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	n	code	$\bar{x}$	12	21	21
					(3.47)	(3.93)	(3.58)
สูง	สูง	56	12	3.08	0.39*	0.85*	0.5
ต่ำ	สูง	78	12	3.47	-	0.46	0.11
สูง	ต่ำ	62	21	3.93	-	-	0.35
ต่ำ	ต่ำ	72	21	3.58	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการออกกำลังกาย เมื่อพิจารณาตามความฉลาดทางจิตวิญญาณกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มระดับการศึกษาประถมศึกษา

ความฉลาดทางจิต วิญญาณ	การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	n	code	$\bar{x}$	12	21	21
					(3.36)	(3.87)	(3.31)
สูง	สูง	93	12	3.37	0.01*	0.50*	0.06
ต่ำ	สูง	121	12	3.36	-	0.51	0.05
สูง	ต่ำ	98	21	3.87	-	-	0.56
ต่ำ	ต่ำ	116	21	3.31	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการรับประทานยา เมื่อพิจารณาตามความฉลาดทางจิตวิญญาณกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มโรคร่วม

ความฉลาดทางจิต วิญญาณ	การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	n	code	$\bar{x}$	12 (4.07)	21 (4.62)	21 (4.25)
สูง	สูง	83	12	3.89	0.18*	0.73*	0.36
ต่ำ	สูง	131	12	4.07	-	0.55	0.18
สูง	ต่ำ	100	21	4.62	-	-	0.37
ต่ำ	ต่ำ	114	21	4.25	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบด้านการมาพบแพทย์ เมื่อพิจารณาตามความฉลาดทางจิตวิญญาณกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

ความฉลาดทางจิต วิญญาณ	การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	n	code	$\bar{x}$	12 (4.25)	21 (4.38)	21 (4.44)
สูง	สูง	84	12	3.96	0.29*	0.42*	0.48
ต่ำ	สูง	137	12	4.25	-	0.13	0.19
สูง	ต่ำ	109	21	4.38	-	-	0.06
ต่ำ	ต่ำ	112	21	4.44	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาคผนวก ข

**รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย
และหนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย**

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

1. อาจารย์ ดร.นันท์ชัตถันท์ สกกุลพงศ์ สาขาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. อาจารย์ ดร. .อิทธิพล ดวงจินดา สาขาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร
สุพรรณบุรี
3. อาจารย์กริช เรืองไชย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลย
อลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
4. คุณอรรรณ ม่วงวงษา นักวิชาการโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คุณวรางคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (สาขาจิตเวช)
โรงพยาบาลสามชุก

ที่ ศธ 6918/ 3060



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

31 สิงหาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลองค์กรักษ์

เนื่องด้วย นายวิชาวุฒิ หวังสม นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณลักษณะ
ความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรค
หลอดเลือดสมองตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล และ
รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขออนุญาตเผยแพร่เก็บข้อมูล กับผู้ป่วยในคลินิกกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไขมัน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ตอบแบบสอบถาม
เรื่อง “คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ” เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่โรงพยาบาล
องค์กรักษ์ ระหว่างเดือนกันยายน 2560 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 085 769 8337

ที่ ศธ 6918/9060



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

สิงหาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์

เนื่องด้วย นายวิชาวุฒิ หวังสม นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "คุณลักษณะ
ความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรค
หลอดเลือดสมองตีบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อัษฎชัย เอกปัญญาสกุล และ
รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูล กับผู้ป่วยในคลินิกกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไขมัน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ตอบแบบสอบถาม
เรื่อง "คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ" เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่โรงพยาบาล
ศรีประจันต์ ระหว่างเดือนกันยายน 2560 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อัษฎชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 085 769 8337



MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 106/60E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นายวิชาวุฒิ หวังสม

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 15 มิ.ย. 2560 |
| 2. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 1 วัน/เดือน/ปี 15 มิ.ย. 2560 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 1 วัน/เดือน/ปี 15 มิ.ย. 2560 |
| 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 1 วัน/เดือน/ปี 15 มิ.ย. 2560 |

(ลงชื่อ).....

(นายปิยชาติ บุญเพ็ญ)

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-106/2560

วันที่ให้การรับรอง : 19/07/2560

วันหมดอายุใบรับรอง : 19/07/2561

ภาคผนวก ค
แบบสอบถามการวิจัย



แบบสอบถามการวิจัย
คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ“คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ” ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัย มาเป็นข้อมูลให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตลอดจนสามารถนำไปจัดกิจกรรมเพื่อบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ในการนี้ ผู้วิจัยขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบและปัจจัยอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 8 ตอน จำนวน 119 ข้อ ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน 6 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน 20 ข้อ
ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 14 ข้อ
ตอนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม	จำนวน 5 ข้อ
ตอนที่ 6 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ	จำนวน 30 ข้อ
ตอนที่ 7 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์	จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 8 แบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณ	จำนวน 17 ข้อ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว และโปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

นายวิชราวุธ หวังสม
 นิสิตปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
 สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ นายวิชาวุฒิ หวังสม

เรื่อง คุณลักษณะความฉลาดและลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่

ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย โดยได้อ่านข้อความที่มี รายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจาก หัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัย

จะไม่มีผลกระทบต่อน้ำที่การปฏิบัติงานใดๆ ของข้าพเจ้า หรือส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

ข้อ 6. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย
สามารถติดต่อกับหัวหน้าโครงการวิจัย นายวิชาวุฒิ หวังสม นิติสถานวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร.0857698337

ข้อ 7. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่สถาบัน

ยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11015-11018

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
พร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ
(.....)
ผู้ยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ
(.....)
หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อพยาน
(.....)

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องเป็นผู้มีอำนาจทำการแทน เป็นผู้ให้ความยินยอม
2. กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

ตอนที่ 1

แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1.) เพศ

() ชาย () หญิง

2.) อายุ.....ปี

3.)ระดับการศึกษา

- () 1.ไม่ได้รับการศึกษา () 2.ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () 5.อนุปริญญาตรี/ปวส. () 6. ปริญญาตรี
 () 7. สูงกว่าปริญญาตรี

4.)อาชีพ

- () 1.รับราชการ () 2.พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน () 3.ลูกจ้างหน่วยงานรัฐ
 () 4.ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว () 5.เกษตรกรกรรม () 6.รับจ้างทั่วไป

5.)จำนวนปีที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย

- () น้อยกว่า 1 ปี () 1-5 ปี () 6-10 ปี () 10 ปีขึ้นไป

6.)ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () โรคเบาหวาน () โรคไขมันในเลือด () โรคความดันโลหิตสูง
 () โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด () อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2

แบบสอบถามด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ ค่อนข้าง ประจำ	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1.	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ และไขมัน เป็นประจำ						
2.	ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจัดเช่น หวาน มัน เค็ม เป็นต้น						
3.	ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารประเภทผัดที่มีน้ำมันมาก						
4.	ท่านหยุดรับประทานอาหารทันทีที่รู้สึกพ้อ อิ่ม						
5.	ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการนอนวดด้วยตนเองหรือบุคคลรอบข้างนวดให้ อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์						
6.	วิธีคลายเครียดที่ดีที่สุดคือการนอนพักผ่อน						
7.	ท่านสามารถจัดการความเครียดโดยการปรับวิธีคิดใหม่โดยมองมุมบวก						
8.	เมื่อท่านเครียดท่านมีการพูดคุยปรึกษากับผู้ ที่ท่านไว้วางใจ						
9.	ท่านออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์						
10.	ท่านมีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเช่น เดิน เร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน เต้นรำ เป็นต้น						
11.	ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อเนื่อง เช่น โยคะ รำมวยจีน แกว่งแขน เหยียดตัว เป็นต้น						
12.	ท่านมีการทำงานที่ใช้แรงอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออกบ้างเช่น ปลูกผัก รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น						

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ ค่อนข้าง ประจำ	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
13.	ท่านซื้อยา โรคเบาหวาน โรคความดัน โรค ไขมัน โรคหัวใจ กินเองโดยไม่มีใบสั่งยาจาก แพทย์						
14.	ท่านรับประทานยาเพื่อควบคุมความดัน โลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ คอเลสเตอรอลในเลือด ตรงตามเวลาที่ แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ						
15.	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากการรับประทาน ยาท่านจะมาปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง						
16.	ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเมื่อเจ็บป่วย						
17.	ท่านมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจสุขภาพ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง น้ำตาลใน เลือด ระดับไขมัน ทุกครั้ง						
18.	ท่านปรึกษาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ						
19.	ท่านรู้สึกว่าร่างกายไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่ มาพบแพทย์						
20.	ท่านไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยายังมีอยู่						

ตอนที่ 3

แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	สมาชิกในครอบครัวดูแลและให้คำแนะนำเมื่อพบว่าท่านรับประทานอาหารที่มีผลต่อภาวะโรคของท่านมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น						
2.	ครอบครัวของท่านและคนรอบข้างคอยรับฟังและแสดงความคิดเห็นใจ เมื่อท่านปรึกษาระบายความไม่สบายใจ						
3.	บุคคลรอบข้างมักมีวิธีช่วยให้ท่านคลายเครียดได้ เมื่อท่านมีความกังวลเรื่องสุขภาพ						
4.	ท่านได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวในการออกกำลังกาย						
5.	ท่านได้รับการเตือนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา						
6.	ท่านมีบุคคลคอยช่วยเหลือท่านเมื่อต้องมาตรวจรักษาหรือมาหาแพทย์ตามนัด						
7.	ครอบครัวของท่านให้ความสนใจในเรื่องการมาตรวจสุขภาพตามนัด						
8.	บุคคลากรทางสาธารณสุขมักเตือนท่านเมื่อทานอาหารเกินความจำเป็นหรือไม่ถูกต้องเหมาะสม						
9.	บุคคลากรทางสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาที่ดีเกี่ยวกับข้อมูลด้านโภชนาการ						
10.	บุคคลากรทางสาธารณสุขคอยรับฟังและแสดงความคิดเห็นใจ เมื่อท่านปรึกษาระบายความไม่สบายใจ						
11.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
12.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลากรทาง สาธารณสุขเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา อย่างถูกวิธี						
13.	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านควรได้รับการ ช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างมี ประสิทธิภาพ						
14.	แพทย์ให้ความสนใจในเรื่องการมาตรวจ สุขภาพตามนัดของท่าน						

ตอนที่ 4

แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจสุขภาพของ โรงพยาบาลทุกครั้งที่มีการจัดขึ้น						
2.	ท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่หน่วยงาน หรือชมรมจัดขึ้น						
3.	ทุกครั้งที่มีการตรวจสุขภาพสัณจร ท่าน มักจะเข้าร่วมกิจกรรมเสมอ						
4.	ท่านเข้าร่วมประชุมสัมมนาเกี่ยวกับเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง กับ หน่วยงานสาธารณสุข						
5.	ท่านไปเป็นวิทยากร หรือผู้สอนหนังสือ ให้กับชมรมเพื่อสุขภาพ						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
6.	ท่านร่วมกิจกรรมงานรื่นเริง กิจกรรมรำหรือเต้นรำวง ต่างๆเพื่อสุขภาพ						
7.	ท่านเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน						
8.	ท่านเป็นอาสาสมัครในการเผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพให้กับชุมชน						
9.	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางประเพณี เช่น วันสงกรานต์ วันลอยกระทง หรือประเพณีอื่นๆ ที่ทางชุมชนจัดขึ้น						
10.	ท่านร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น ทำความสะอาด และเก็บขยะในชุมชน						
11.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทัศนศึกษาของชมรมสุขภาพ						
12.	ท่านเข้าร่วมดำเนินงานกิจกรรมสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุข						

ตอนที่ 5

แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	การทำตามความต้องการที่ถูกต้องเหมาะสมของบุคคลที่เรารักคิดว่ามีประโยชน์ในการดูแลตนเอง						
2.	บุคคลใกล้ชิดและรักมากที่สุดต้องการให้ดูแลสุขภาพตนเอง						
3.	เพื่อนบ้านสนับสนุนส่งเสริมให้ฉันดูแลตัวเองและให้กำลังใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
4.	บุคลากรทางสุขภาพอยากให้ฉันดูแลตัวเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการออกกำลังกายและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ						
5.	บุคลากรทางสุขภาพอยากให้ฉันตระหนักถึงการมาตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ						

ตอนที่ 6

แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	ฉันภูมิใจทุกครั้งที่ได้กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพและมีประโยชน์						
2.	ฉันพอใจที่ฉันสามารถจัดการความเครียดได้						
3.	ฉันรู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่ได้ออกกำลังกาย						
4.	ฉันรู้สึกพอใจกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ						
5.	ฉันรู้สึกดีกับการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ						
6.	ฉันคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารทุกมื้อที่ฉันรับประทาน						
7.	ฉันรู้วิธีจัดการความเครียดถ้ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับสุขภาพ						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
8.	ฉันเห็นความจำเป็นที่จะต้องดูแล สุขภาพร่างกายของฉันให้ดีขึ้นด้วยการ ออกกำลังกาย						
9.	ฉันให้ความสำคัญกับการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ						
10.	ฉันให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพ ตนเองเป็นประจำ						
11.	ฉันวางแผนดูแลเรื่องการรับประทาน อาหารของตนเอง						
12.	ฉันสามารถควบคุมความเครียดตนเอง เมื่อเจอกับปัญหา						
13.	ฉันหมั่นดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ						
14.	ฉันเตือนตนเองให้รับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอ						
15.	ฉันเตือนตนเองให้ไปตรวจสุขภาพ ประจำปี						
16.	ฉันอยากมีสุขภาพดีขึ้นฉันจึงลดอาหาร หวานมันเค็ม						
17.	เพื่อให้สุขภาพจิตดีสดชื่นแจ่มใสฉันจึง นอนพักผ่อนให้ได้ 6-8 ชั่วโมง หรือ ดู หนังฟังเพลงเพื่อคลายความเครียด						
18.	ฉันพยายามเคลื่อนไหวร่างกายทุกวัน เพื่อให้ร่างกายเผาผลาญพลังงาน						
19.	ฉันอยากมีสุขภาพที่ดีฉันจึงดูแลสุขภาพ ตนเองและทานยาอย่างสม่ำเสมอ						
20.	ฉันปรารถนาที่จะมีอายุยืนยาวฉันจึงไป ตรวจสุขภาพตามที่แพทย์นัดสม่ำเสมอ						
21.	ถ้ามีเพื่อนมาชวนรับประทานอาหารที่ไม่ เป็นประโยชน์ฉันมีวิธีการปฏิเสธโดยไม่ ทำลายสัมพันธ์ภาพที่ดี						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
22.	ฉันมีวิธีคลายความเครียดโดยการดู โฆษณาหรือรายการทางด้านสุขภาพ						
23.	ฉันชวนเพื่อนไปออกกำลังกายเพื่อให้ สุขภาพแข็งแรง						
24.	ฉันกล้าเตือนผู้อื่นเมื่อเขาไม่รับประทาน ยาอย่างสม่ำเสมอ						
25.	ฉันโน้มน้าวให้ผู้อื่นมาตรวจสุขภาพ ตามที่แพทย์นัด						
26.	ฉันดูแลความสะอาดของอาหารที่ รับประทานอย่างสม่ำเสมอ						
27.	ฉันมีวิธีการกำจัดขยะมีพิษและส่งกลืน เหม็นเพื่อไม่ให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ						
28.	ฉันจัดสถานที่ในการออกกำลังกาย เพื่อให้มีความสะดวกเป็นระเบียบ เรียบร้อย						
29.	ฉันมีวิธีจัดการดูแลความสะอาดของ สถานที่เก็บยาอย่างถูกต้องเหมาะสม						
30.	ฉันเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย รับรองความปลอดภัยเพื่อให้เกิดสุขภาพ ที่ดีตามที่แพทย์แนะนำ						

ตอนที่ 7

แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	ฉันมักแสดงความไม่พอใจเมื่อโดนบอกให้ลดอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม						
2.	เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคและความผิดหวังฉันก็จะไม่ยอมแพ้						
3.	ฉันรู้สึกดีเมื่อมีคนชวนไปออกกำลังกาย						
4.	ฉันมักมีปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรงเมื่อถูกบอกให้กินยา						
5.	เมื่อโดนบังคับให้ไปพบแพทย์ฉันรู้สึกหงุดหงิดควบคุมอารมณ์ไม่ได้						
6.	เมื่อถูกบังคับให้รับประทานอาหารที่ไม่ชอบ ฉันสามารถอธิบายเหตุผลจนยอมรับได้						
7.	ฉันสามารถผ่อนคลายตนเองได้แม้จะเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่						
8.	ฉันมักชอบชวนคนอื่นไปออกกำลังกายด้วยเสมอ						
9.	ฉันไม่เคยรู้สึกท้อแท้ใจเวลาต้องรับประทานยาครั้งละมากๆ						
10.	ฉันสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ตามนัดได้ด้วยตนเอง						
11.	ฉันรู้สึกพอใจกับเรื่องปรับเปลี่ยนอาหารที่เหมาะสมกับโรค						
12.	ฉันชอบทำให้ผู้อื่นมีความสุขและผ่อนคลาย						
13.	เมื่อว่างเว้นจากภาระหน้าที่ ฉันมักจะไปออกกำลังกาย						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
14.	เมื่อต้องรับประทานยาหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ฉันตัดสินใจได้ว่าควรทำอะไรก่อนหลัง						
15.	เพื่อความสบายใจของตนเอง ฉันจะไปตรวจสุขภาพทุกครั้งเมื่อมีความผิดปกติ						

ตอนที่ 8

แบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1.	ฉันคิดว่าสุดท้ายแล้วก็ต้องตาย อยากจะกินอะไรก็กิน โดยไม่คำนึงถึง ภาวะสุขภาพ						
2.	ฉันครุ่นคิดถึงเรื่องราวหลังความตาย จนทำให้เครียด						
3.	ฉันมักใช้เวลาครุ่นคิดถึงจุดหมายหรือ เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ จนละเลยเรื่อง การออกกำลังกาย						
4.	บ่อยครั้งที่รับประทานยา ฉันมัก ครุ่นคิดอยู่เสมอว่าอะไรคือความหมาย ของการมีชีวิตอยู่						
5.	บ่อยครั้งที่มาพบแพทย์ฉันมักจะถาม ตัวเองอยู่เสมอว่า ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อ อะไร						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
6.	เมื่อท่านป่วย ท่านคิดว่าชีวิตนี้ต้องใช้ มันให้คุ้มค่า จึงหันมาดูแลตัวเองและ ใส่ใจเรื่องอาหารการกิน						
7.	การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตช่วยให้ฉัน ปรับตัวได้เมื่อเจอสถานการณ์ตึง เครียด						
8.	ท่านมีความหวังว่าอาการป่วยของท่าน จะดีขึ้น ท่านจึงหันมาออกกำลังกาย เพื่อให้แข็งแรง						
9.	การคิดว่าฉันมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร จะ ช่วยทำให้ฉันอยากดูแลตัวเองมากขึ้น						
10.	เมื่อท่านป่วย ท่านคิดว่าชีวิตนี้ต้องใช้ มันให้คุ้มค่า จึงหันมาดูแลตัวเองและ ใส่ใจเรื่องอาหารการกิน						
11.	การระลึกถึงสิ่งที่เป็นนามธรรมเช่น คุณงามความดี บุญกุศล ช่วยทำให้ จิตใจของท่านดีขึ้น						
12.	ฉันไม่มีความสามารถที่จะสัมผัสสิ่งที่ เป็นนามธรรมได้เช่น กระแสบุญ ความ ดี เป็นต้น						
13.	ฉันสามารถตระหนักถึงสรรพสิ่งบน โลกนี้ได้ว่าทุกอย่างจะต้องมีการ เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป เป็นธรรมดา						
14.	ฉันให้สัญญาใจกับบุคคลากรทางการแพทย์ ว่าจะเป็นคนไข้ที่ดีเพื่อให้ตัวเอง มีชีวิตที่ยืนยาว						
15.	การเจริญวิปัสณากรรมฐานช่วยให้ท่าน เจริญอาหาร และมีสติในเรื่องของการ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์						
16.	การสวดมนต์การมีสมาธิช่วยทำให้ฉัน ผ่อนคลายและจัดการกับความเครียด ได้เมื่อเจ็บป่วย						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
17.	การเดินจงกรมเป็นการออกกำลังกาย ที่ช่วยให้ท่านสุขภาพดีได้						

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านสำหรับการตอบแบบสอบถาม

Have a good day

ภาคผนวก ง

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ตาราง 1 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 20 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.369
2	.500
3	.319
4	.419
5	.333
6	.316
7	.373
8	.306
9	.260
10	.302
11	.428
12	.318
13	.244
14	.393
15	.608
16	.436
17	.437
18	.512
19	.202
20	.266

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .779

ตาราง 2 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.428
2	.483
3	.459
4	.212
5	.476
6	.697
7	.724
8	.738
9	.660
10	.758
11	.378
12	.454
13	.226
14	.248

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .847

ตาราง 3 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 12 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.336
2	.356
3	.373
4	.455
5	.513
6	.327
7	.633
8	.671
9	.694

10	.372
11	.682
12	.685

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .850

ตาราง 4 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม จำนวน 5 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.516
2	.642
3	.660
4	.686
5	.449

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .808

ตาราง 5 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.406
2	.403
3	.462
4	.370
5	.362
6	.376
7	.525
8	.240
9	.681
10	.690

11	.590
12	.362
13	.260
14	.493
15	.447
16	.531
17	.495
18	.358
19	.708
20	.590
21	.277
22	.503
23	.228
24	.214
25	.307
26	.423
27	.222
28	.242
29	.260
30	.493

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .878

ตาราง 6 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ จำนวน 15 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.477
2	.360
3	.303
4	.388
5	.228

6	.450
7	.280
8	.440
9	.266
10	.370
11	.560
12	.609
13	.294
14	.254
15	.228

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .764

ตาราง 7 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความฉลาดทางวิญญาน จำนวน 17 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.346
2	.394
3	.671
4	.553
5	.679
6	.671
7	.411
8	.305
9	.236
10	.206
11	.245
12	.315
13	.247
14	.311

15	.317
16	.275
17	.299

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .798

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายวชิราวุฒิ หวังสม
วันเดือนเกิด	2 เมษายน 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	25 หมู่ 2 ต.ลำดวน อ.ลำดวน จ.สุรินทร์ 32220

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.2554 - พ.ศ.2555 โรงพยาบาลจักรวรรดิโนน กรุงเทพมหานคร
 พ.ศ.2555 – พ.ศ.2560 โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
 พ.ศ.2560 – พ.ศ.2561 โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2544 ประถมศึกษา ป.6 โรงเรียนบ้านลำดวน จังหวัดสุรินทร์
 พ.ศ. 2547 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสุรพิณฑ์พิทยา จังหวัดสุรินทร์
 พ.ศ. 2550 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสุรวิทยาคาร จังหวัดสุรินทร์
 พ.ศ. 2554 วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาโภชนาการและการจัดการความปลอดภัยในอาหาร
 จาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 พ.ศ. 2561 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
 จาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ