Psycho-social Factors Correlated Health Care Behaviors in Diabetic and High Blood Pressure Patients at Risk of Cardiovascular Disease in the Area of Nakhon Sawan Province

Gowit Payakwichian*
Nakhon Sawan Provincial Public Health Office
*Corresponding Author, E-mail: pkkowit@gmail.com

ปีที่ 27
ฉบับที่ 3
ก.ย.
-
ธ.ค.
2564

Abstract

The purposes of the research were to investigate the relationship and to search for significant predictors of situational and psychosomatic characteristics related to health care attitudes and behaviors in people with diabetes and hypertension. The sample consisted of 400 people with diabetes and high blood pressure at risk of cardiovascular disease in Nakhon Sawan Province. This trial was collected from a stratified quota sampling. Data were collected with questionnaires tested for content validity, item discrimination, and confidence values, then analyzed by statistical correlation coefficients and multiple regressions.

The results showed attitudes towards health behaviors demonstrated a statistically significant direct correlation with health behaviors (the correlation coefficient was .626, $p<.01$). Family health care support and perceived risk conditions had statistically significantly a positive association with health behaviors (the correlation coefficient was .431, $p<.01$ and .452, $p<.01$). Mental health, internal locus of control and locus of control provided a statistically significant direct correlation with health behaviors (the correlation coefficient was .267, $p<.01$ .350, $p<.01$ and .163, $p<.01$). In addition, when health care behavior scores were used for multiple regression analysis using situational factors, psychological traits and psychological states as predictors, able to predict in the overall group 31.8%. The order of important predictors was attitude towards health care behavior, perception of disease risk condition and internal locus of control. All of these have beta values of .46, .24 and .16, respectively. The results of this research can be used as practical recommendations to relevant agencies to improve the quality of life. It is also an extension of the foundation for research on health care behaviors in diabetic and hypertension patients who are at risk of heart disease and vascular disease in the future.

Keywords: Cardiovascular Disease, Diabetic and High Blood Pressure, Health Care Behavior

■ Received: October 28, 2021 ■ Revised: November 9, 2021 ■ Accepted: November 25, 2021

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

โกวิทย์ พยัฆวิเชียร*
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
*Corresponding Author, E-mail: pkkowit@gmail.com

5
ปีที่ 27
ฉบับที่ 3
ก.ย.
-
ธ.ค.
2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ และเพื่อแสวงหาตัวทำนายที่สำคัญของลักษณะสถานการณ์ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์จำนวน 400 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นกำหนดโควตา เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น จากนั้นวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และแบบถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .626, p<.01) การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .452, p<.01 และ .431, p<.01) ความเชื่ออำนาจในตน สุขภาพจิตดี และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .350, p<.01 .267, p<.01 และ .163, p<.01) ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณที่ใช้ตัวแปรลักษณะสถานการณ์ จิตลักษณะเดิม และจิตลักษณะตามสถานการณ์ เป็นตัวทำนาย สามารถทำนายในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 31.8 โดยมีลำดับตัวทำนายที่สำคัญ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค และความเชื่ออำนาจในตน มีค่าเบต้าเท่ากับ .46 .24 และ .16 ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และต่อยอดพื้นฐานการวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบไปด้วย 4 กลุ่มโรคหลักคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง กลุ่มโรค NCDs นี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงปีละ 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิต และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกตลอดช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มโรค NCDs จำนวนถึง 14 ล้านคน และเสียชีวิตปีละกว่า 300,000 คน จากการประเมินแนวโน้มการเกิดโรคของกระทรวงสาธารณสุขคาดว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตก่อนวัย 60 ปี ซึ่งเป็นการสะท้อนภาพการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเมื่อพิจารณาถึงมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ส่งผลทางเศรษฐกิจโดยรวมที่สูญเสียไปแล้ว ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ป่วย และต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ดูแล นับว่ามีมูลค่ามากสูงถึงร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมดในประเทศไทย (Woratanarat, 2018) สำหรับประเทศไทยสถานการณ์และแนวโน้มของกลุ่มโรค NCDs มีข้อมูลชัดเจนว่ากลุ่มโรค NCDs มีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของคนไทย ทั้งนี้ กลุ่มโรค NCDs ที่พบมากที่สุดในประเทศไทยคือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (Ministry of Public

Health, 2018)

กลุ่มโรค NCDs โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ตามค่าเป้าหมายหรือมีภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตันสูงกว่าประชากรทั่วไป และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีพยากรณ์โรคที่รุนแรงกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน (Bureau of Non-communicable Disease, 2015) จากรายงานอัตราภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจคิดเป็นร้อยละ 1.1 และร้อยละ 6.4 ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 2.4 และร้อยละ 3.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอัตราภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจคิดเป็นร้อยละ 7.1 และร้อยละ 8 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอัตราภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 3.9 และร้อยละ 4.4 จะเห็นได้ว่าอัตราภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools, 2014) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) โรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) โรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) และโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559 - 2562 ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี (Ministry of Public Health, 2019)

ดังนั้น จากปัญหาที่พบในพื้นที่ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยนำเอาทฤษฎีรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) (Magnusson & Endler, 1977) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่มีสาเหตุคือ 1) ลักษณะของสานการณ์ปัจจุบัน หรือสาเหตุภายนอกตัวบุคคล 2) จิตลักษณะเดิมของผู้กระทำ เป็นจิตลักษณะต่าง ๆ ของผู้ถูกศึกษาที่เกิดและสะสมมาจากประสบการณ์ในอดีต และ 3) จิตลักษณะตามสถานการณ์ หรือที่เรียกว่า ปฏิสัมพันธ์แบบในตน เป็นลักษณะทางจิตของบุคคลผู้กระทำที่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันของบุคคลกับจิตลักษณะเดิมของเขา ทำให้เกิดจิตลักษณะตามสถานการณ์ในบุคคลนั้นขึ้น เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการนำเสนอในบทความนี้คือ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะสถานการณ์ (การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค) จิตลักษณะเดิม (สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่ง

อนาคตควบคุมตน) และจิตลักษณะตามสถานการณ์ (ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเครียดในสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

2. เพื่อแสวงหาตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

การทบทวนวรรณกรรม

ในส่วนนี้มุ่งศึกษาวิจัยปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครสวรรค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พฤติกรรม (Behavior) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายหลายท่านทั้งนักวิชาการและนักวิจัย อาทิ Lefton and Brannon (2008) ได้ให้ความหมายคำว่า “พฤติกรรม” โดยสรุปคือ การแสดงออกภายนอก เช่น การเคลื่อนไหว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (การสนทนา) และการตอบสนองทางอารมณ์หรือการแสดงออกทางอารมณ์ (การหัวเราะ หรือร้องไห้) นอกจากนี้ ยังหมายรวมถึงการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายอีกด้วย เช่น การเต้นของหัวใจ หรือการทำงานของสมอง ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบได้ เช่นเดียวกันกับ Nevid (2012) ได้อธิบายว่าพฤติกรรมคือ การกระทำของบุคคลซึ่งจะครอบคลุมเฉพาะสิ่งที่แสดงออก เช่น การพูด การนั่ง การยิ้ม หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น หากแต่กระบวนการทางจิตเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นส่วนบุคคลซึ่งผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น ความคิด อารมณ์ความรู้สึก การรับรู้ การรับสัมผัส หรือแม้กระทั่งความฝัน เป็นต้น

การศึกษาพฤติกรรมของคนไทยในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งวัยเด็ก เยาวชน จนถึงวัยผู้ใหญ่ ที่เริ่มมีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและผลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่สำคัญ 7 ด้าน ตามทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมของ Bhanthumnavin (1995) ซึ่งประกอบด้วย 1) พฤติกรรมจริยธรรม 2) พฤติกรรมประชาธิปไตย 3) พฤติกรรมสิ่งแวดล้อมและสาธารณประโยชน์ 4) พฤติกรรมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการบริโภค 5) พฤติกรรมครอบครัว 6) พฤติกรรมการทำงาน และ 7) พฤติกรรมการเป็นพลเมืองดี

สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการบริโภค โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการในการดูแลตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีการปลูกฝังทั้งทัศนคติ ค่านิยมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่ฝังรากลึกอยู่ในจิตใจ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และนันทนาการ การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาล และการป้องกันรักษาตนเอง ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ (McLaughlin, Hilt, & Nolen-Hoeksema, 2007) ทั้งนี้ การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเอง การดูแลตนเองต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดกระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้มีประสิทธิภาพ การดูแลสุขภาพ

ของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง

ทฤษฎีรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม รูปแบบการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม ทั้งทางด้านสถานการณ์และจิตลักษณะของมนุษย์ และอิทธิพลร่วมระหว่างสถานการณ์และจิตลักษณะต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยทางจิตวิทยาหลายท่านให้ความสนใจศึกษาหาสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ ที่เรียกว่า รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) (Bhanthumnavin, 1998) โดยรูปแบบนี้สรุปสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ 4 ประเภท คือ 1) ลักษณะของสถานการณ์ปัจจุบัน 2) จิตลักษณะเดิมของผู้กระทำ 3) จิตลักษณะร่วมกับสถานการณ์ที่เรียกว่าปฏิสัมพันธ์แบบกลไก (Mechanical Interaction) และ 4) จิตลักษณะตามสถานการณ์ หรือที่เรียกว่า ปฏิสัมพันธ์แบบในตน (Organismic Interaction) เป็นลักษณะทางจิตของบุคคลผู้กระทำที่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันของบุคคลกับจิตลักษณะเดิมของเขา ทำให้เกิดจิตลักษณะตามสถานการณ์ในบุคคลนั้นขึ้น เนื่องจากรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยมนี้มีความกว้างขวางครอบคลุมสาเหตุของพฤติกรรมหนึ่ง ๆ อย่างครบถ้วน การวิจัยในครั้งนี้จึงได้ยึดรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยมในการกำหนดกลุ่มตัวแปรเชิงเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม เป็นทฤษฎีที่แสดงถึงสาเหตุของคนดีและพฤติกรรมของคนเก่ง พฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุทางจิตใจที่ติดตัวผู้กระทำโดยตลอด และสาเหตุทางจิตใจที่เกิดและเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์นั้นมีอะไรบ้าง สำหรับทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมนี้จะแสดงอยู่ในรูปของต้นไม้ใหญ่ 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นดอกและผลของต้นไม้ แสดงถึงพฤติกรรมที่น่าปรารถนาในปริมาณมาก และพฤติกรรมที่ไม่น่าปรารถนาในปริมาณน้อย เช่น พฤติกรรมซื่อสัตย์ พฤติกรรมอาสา

พัฒนาชนบท พฤติกรรมการทำงานอย่างขยันขันแข็ง ที่รวมเข้าเป็นพฤติกรรมของพลเมืองดี พฤติกรรมของคนดีและคนเก่ง ส่วนที่ 2 ส่วนที่เป็นลำต้นของต้นไม้ ประกอบไปด้วยจิตลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) ลักษณะมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเอง 2) ความเชื่ออำนาจในตน 3) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 4) เหตุผลเชิงจริยธรรม และ 5) ทัศนคติ คุณธรรม และค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์นั้น และส่วนที่ 3 ส่วนที่เป็นราก ประกอบไปด้วยจิตลักษณะ 3 ประการคือ สติปัญญา ประสบการณ์ทางสังคม และสุขภาพจิต (Bhanthumnavin, 1995)

จิตลักษณะตามทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมได้ชี้ให้เห็นถึงลักษณะทางจิตใจหลายลักษณะที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรม และควรมีการพัฒนาลักษณะเหล่านี้ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ในเรื่องที่ต้องการพัฒนา นอกเหนือจากการพัฒนาความเชื่อและทัศนคติที่เหมาะสมซึ่งทำกันอยู่แต่เดิม ซึ่งพบว่าไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ถึงแม้จะกระทำติดต่อกันเป็นระยะยาว (Rodin & Salovey, 1989 as cited in Bhanthumnavin, 1995)

จิตลักษณะเดิมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม (Bhanthumnavin, 1995) ที่เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ประมวลเอกสารพบว่ามีตัวแปรที่สำคัญ 3 ตัวแปร มีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่

1) สุขภาพจิตดี เป็นสภาวะของบุคคลโดยธรรมชาติ ภาวะจิตใจของมนุษย์จะมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของบุคคลนั้น ๆ อีกทั้งจิตใจของมนุษย์มีความสลับซับซ้อนเข้าใจยาก และมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยตลอดเวลา สุขภาพจิตของคนจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม สติปัญญา สภาพการเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้จะเชื่อมโยงสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกันและกัน นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจ

สังคมในปัจจุบันและอนาคต ได้ก่อให้เกิดความกดดันต่อสภาพจิตของคนยิ่งขึ้น สุขภาพจิตจึงเป็นลักษณะที่มีความสำคัญยิ่งลักษณะหนึ่งของมนุษย์ นักจิตวิทยาหลายแขนงพบว่า สุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับจิตลักษณะอื่น ๆ เช่น การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ทัศนคติเรื่องต่าง ๆ และพฤติกรรมหลายประเภท ซึ่งใช้ทำนายพฤติกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคลได้อย่างแม่นยำ Seiger and Richter (1997) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพจิตเป็นความสามารถในการยอมรับความเป็นจริงที่เป็นอยู่ สนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติสมเหตุสมผล

สำหรับการประเมินว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีหรือไม่นั้น สามารถประเมินได้จาก 1) การแสดงออกทางด้านร่างกาย หมายถึง การที่ไม่มีอาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นอาการที่เกิดตามระยะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท และระบบการไหลเวียนของโลหิต 2) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ หมายถึง การที่สามารถแสดงอารมณ์โกรธ เกลียด ดีใจ เสียใจ ได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อมีสิ่งเข้ามากระตุ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ และ 3) การแสดงออกทางด้านสังคม หมายถึง การที่สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ มีความสัมพันธ์และให้ความร่วมมือช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี โดยไม่รู้สึกอึดอัดหรือลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีทัศนคติหรือความรู้สึกที่ดีต่อผู้ใกล้ชิด

ดังนั้นสรุปได้ว่า สุขภาพจิตดี หมายถึง สภาวะทางอารมณ์และทางจิตที่เกี่ยวกับปริมาณความวิตกกังวลน้อย ความเครียดน้อย การที่ไม่มีความรู้สึกทุกข์ใจโดยปราศจากเหตุผลอันควร ความสบายใจ ไม่หวาดกลัวจนเกินเหตุ การมีสมาธิ และมีความมั่นคงทางอารมณ์

2) ความเชื่ออำนาจในตน นักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Rotter (Bhanthumnavin, 2007) เป็นผู้ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของจิตลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อที่ว่า “ตนมีความ

สามารถในการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งกับผลหนึ่ง และสามารถควบคุมผลของสาเหตุเหล่านั้น” โดยเรียกว่า ความเชื่ออำนาจ (Locus of Control) Rotter ได้อธิบายว่า ความเชื่ออำนาจของบุคคลแบ่งได้เป็น 2 ประเภท โดยบุคคลที่เชื่อว่า ผลดีหรือผลเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นมีสาเหตุที่สำคัญมาจากการกระทำของตนเอง บุคคลเหล่านี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตน (Belief in Internal Locus of Control of Reinforcement) ส่วนบุคคลอีกประเภทหนึ่งซึ่งมีความเชื่อว่า ผลดีหรือผลเสียที่เกิดขึ้นกับตนนั้นมีสาเหตุที่สำคัญมาจากโชคเคราะห์ ความบังเอิญ อำนาจของคนอื่นหรือสาเหตุอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตน บุคคลประเภทนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน (Belief in External Locus of Control of Reinforcement) หรืออาจเรียกได้ว่า เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำ บุคคลประเภทนี้เมื่อมีผลเสียเกิดขึ้นกับตนก็มักจะกล่าวโทษผู้อื่น หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การกระทำของตนว่าเป็นต้นเหตุของผลเสียนั้น ความเชื่ออำนาจประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบแรก ความสามารถในการทำนาย (Predictability) มี 3 ลักษณะ คือ 1) ทำนายสาเหตุที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ของผลหนึ่ง ๆ ว่าคืออะไร 2) ถ้าสาเหตุที่ตนทราบจากข้อ 1) นั้นปรากฏขึ้น จะทำนายได้ว่า ผลของสาเหตุดังกล่าวนั้นจะเป็นเช่นไร จะเกิดเมื่อใด และในปริมาณเท่าใด และ 3) ในทางกลับกัน เมื่อผลหนึ่ง ๆ ปรากฏขึ้นไม่ว่าจะเป็นผลดีหรือผลเสียที่เกิดในเวลาและปริมาณต่าง ๆ ก็จะทำนายได้ว่า สาเหตุแท้จริงที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ของผลเหล่านี้คืออะไร รวมเรียกอีกนัยหนึ่งว่า การรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งกับผลหนึ่ง ส่วนองค์ประกอบที่สองความเชื่อว่าตนสามารถควบคุม (Controllability) ให้ผลตามที่ต้องการได้ โดยเชื่อใน 3 ลักษณะ คือ 1) ถ้าต้องการให้ผลดีปรากฏขึ้นอีกหรือปรากฏในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ตนก็สามารถทำให้ผลดีนั้นเกิดขึ้นได้ด้วย

ความพยายามให้มากขึ้นของตนเอง 2) ถ้าต้องการหลีกเลี่ยงหรือลดผลเสียที่จะปรากฏ ตนก็สามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียนั้นได้ด้วยตนเอง และ 3) เชื่อว่า “ทำมากย่อมได้ผลมาก และทำน้อยย่อมได้ผลน้อย” ตลอดจนมีความเชื่อว่า “ทำดีย่อมได้ผลดีตอบแทน และทำชั่วย่อมได้ผลชั่วตอบแทน” หรืออีกนัยหนึ่งคือ ความเชื่อเกี่ยวกับกฎแห่งกรรมในทางพุทธศาสนานั่นเอง

3) ลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตน หมายถึง ความสามารถในการคาดการณ์ไกล เห็นความสำคัญของอนาคต สามารถตัดสินใจเลือกกระทำและหาทางแก้ไขปัญหา วางแผนดำเนินการเพื่อผลในอนาคต และการควบคุมตน เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมวิธีหนึ่งของบุคคลในอันที่จะเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมพฤติกรรม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมด้วยตนเอง (Bhanthumnavin, 1995)

ดังนั้น การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในปรากฏการณ์เดียวกันคือ บุคคลจะต้องมีความต้องการผลในอนาคตมากกว่าผลในปัจจุบัน แล้วจึงดำเนินการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายในอนาคตนั้น เช่น การอดได้รอได้ โดยมีกระบวนการสองขั้นตอน ขั้นตอนแรกคือ สาเหตุที่จะทำให้บุคคลเลือกที่จะรับผลที่ดีมากกว่าซึ่งจะมีมาในอนาคตแทนการรับผลในปัจจุบัน เป็นลักษณะมุ่งอนาคต ขั้นตอนที่สองคือ การกระทำที่เป็นขั้นตอนเพื่อนำไปสู่ผลที่ปรารถนาที่จะมาในอนาคต ซึ่งอาจจะต้องปฏิบัติเป็นระยะเวลานานหรือต้องรอคอยผลนาน ความสามารถส่วนนี้จึงเป็นการควบคุมตน ดังนั้น ผู้ที่เน้นสาเหตุของการตัดสินใจเลือกกระทำและการเล็งเห็นผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติเพื่อรอรับผลที่ต้องการจะเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “การควบคุมตน”

การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนมีความสำคัญยิ่งต่อบุคคลในลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) ลดหรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้น้อยลง หรือไม่ต้องการให้หมดไป และ 2) สร้างพฤติกรรมหรือเสริม

จิตลักษณะหรือบุคลิกภาพที่ดีงามซึ่งยังขาดอยู่ให้มีมากขึ้น จะเห็นว่าจิตลักษณะมุ่งอนาคตและการควบคุมตนนี้ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในปรากฏการณ์เดียวกัน กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีความต้องการผลในอนาคตมากกว่าปัจจุบัน แล้วต่อมาจึงดำเนินการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายในอนาคตนั้น เช่น การอดได้รอได้ และจากการที่นักจิตวิทยาที่ศึกษาปรากฏการณ์นี้ ผู้ที่เน้นต่อส่วนของปรากฏการณ์นี้จะเรียกชื่อปรากฏการณ์เดียวกันที่แตกต่างกันไป ผู้ที่เน้นสาเหตุของการตัดสินใจเลือกกระทำและเล็งเห็นผลที่จะเกิดขึ้นจากผลการกระทำในอนาคตจะเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “การมุ่งอนาคต” ส่วนผู้ที่เน้นความสามารถในการปฏิบัติหรือการละเว้นการปฏิบัติเพื่อรอรับผลที่ต้องการ จะเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “การควบคุมตน” ในการวัดจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นี้อาจวัดส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งสองส่วนไปพร้อมกัน โดยเครื่องมือวัดอาจเน้นเรื่องอนาคตหรือเน้นการเลือกปฏิบัติซึ่งแสดงถึงปริมาณการอดได้รอได้ เป็นต้น

ลักษณะสถานการณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุภายนอกตัวบุคคลที่คาดว่ามีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ประมวลเอกสารพบตัวแปรสำคัญ 2 ตัวแปร ที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการพึ่งตนเอง ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และ 2) การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายโดยทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000) ในส่วนของ Caplan (1974) กล่าวว่าธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลต้องมีการให้การช่วยเหลือ

สนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้แนะให้คำแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงและปลอดภัย

ทั้งนี้ แนวคิดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของ Cobb (1976 as cited in Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000) พบว่า บุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านของชีวิตหรือประสบกับภาวะวิกฤต หากมีเครือข่ายทางสังคมคอยประคับประคองบุคคลนั้นอยู่ บุคคลนั้นก็จะรู้สึกว่าตนเองปลอดภัยเพราะได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ได้ การรับรู้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลมีความสำคัญมากเพราะการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพไม่ควรเกิดจากการร้องขอของบุคคล แต่ควรเกิดจากการให้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน (Barerra, Sandler, & Ramsey, 1981 as cited in Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000) นอกจากนี้ Kahn (1979) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งรวมไปถึงการแสดงความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคลหนึ่งแก่บุคคลหนึ่ง การให้ความมั่นใจในการประพฤติปฏิบัติของบุคคลนั้นว่าดีหรือถูกต้อง การให้ความเห็นและการช่วยเหลือด้านสิ่งของ โดยผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมต้องให้ในสิ่งที่ผู้รับต้องการหรือรับรู้ถึงสิ่งนั้น ผลลัพธ์ในทางด้านบวกต่อพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เป็นแหล่งที่ให้แรงการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (Gleeson-Kreig, Bernal, & Woolley, 2002; Puavilai & Stuifbergen, 2000; Wallhagen, 1999) ญาติ

และเพื่อนส่วนใหญ่จะเป็นผู้ให้แรงการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพในด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ และการให้บริการ รวมทั้งการแนะนำวิธีการแก้ปัญหา ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สำหรับการสนับสนุนด้านข้อมูลพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานให้ความเห็นว่าญาติและเพื่อนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือมีความรู้ในการแนะนำเกี่ยวกับเบาหวานได้ไม่ดีเท่าบุคลากรในทีมสุขภาพ (Heisler & Piette, 2005; Wallhagen, 1999)

2) การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นกระบวนการทางจิตใจ เป็นรากฐานสร้างความเข้าใจของบุคคลแต่ละบุคคล บุคคลอาจจะรับรู้ได้ถูกต้องในบางกรณีและบางเวลา หรือรับรู้แบบไม่แม่นยำ แต่เน้นให้ตรงตามความต้องการเท่านั้น ไม่ว่าจะรับรู้อย่างไรก็ตาม ลักษณะของการรับรู้ย่อมมีอิทธิพลต่อการเกิดความประทับใจของผู้รับรู้ได้ทั้งนั้น ตลอดจนมักเป็นแนวทางกำหนดลักษณะของการแสดงออกของผู้รับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ทั่วไป (Wibulswas, 1985)

ทั้งนี้ การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคยังเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีก จะมี

ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling, Whittemore, & Green, 1960)

จิตลักษณะตามสถานการณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ได้ประมวลเอกสารพบตัวแปรสำคัญ 3 ตัวแปร ที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่

1) ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ (Uaamnoey, 2006) คือ 1) องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) ประกอบด้วยองค์ความรู้ทั้งมวลที่บุคคลมีอยู่ หรือประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นเป้าหมายของทัศนคติ (Attitude Object) และได้รับรู้ข้อเท็จจริงได้รับความรู้ รวมถึงความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้นเพิ่มเติมขึ้น และองค์ประกอบนี้จะต้องมีลักษณะที่มีทิศทางประกอบด้วย คือทางด้านดีหรือเลว ประโยชน์หรือโทษ จึงไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact) ตามปกติเท่านั้น เนื้อหาที่สำคัญที่สุดขององค์ประกอบนี้คือ ความเชื่อเชิงประเมินค่าว่าสิ่งนั้นดีหรือเลว มีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร 2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective or Evaluative Component) ประกอบด้วยความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลนั้นต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งเป็นการประเมินค่าความรู้สึกเชิงบวก ได้แก่ ชอบ พอใจ เห็นใจ หรือความรู้สึกเชิงลบ ได้แก่ ไม่ชอบ ไม่พอใจ กลัว รังเกียจ ซึ่งจะสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งใดดีมีประโยชน์ บุคคลก็จะชอบพอใจสิ่งนั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งนั้นเลวหรือมีโทษ บุคคลก็จะไม่ชอบไม่พอใจสิ่งนั้น 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) ประกอบด้วยความพร้อมของบุคคลที่จะตอบสนอง (Readiness to Respond) หรือแนวโน้มที่จะแสดงออก (Tendency to Act) ต่อเป้าหมายของทัศนคติเมื่อมีการประมวลความรู้และประเมินค่าความรู้สึกต่อสิ่งนั้นแล้ว โดยพฤติกรรมจะแสดงออกได้สองลักษณะคือ พฤติกรรมทางบวก ได้แก่

การยอมรับ สนับสนุน เข้าใกล้ ช่วยเหลือ ส่งเสริม และพฤติกรรมทางลบ ได้แก่ การทำลาย ขัดขืน ต่อสู้ ถอยหนี ฯลฯ

สำหรับการศึกษาทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม สิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง คือ ต้องวัดทัศนคติให้ครอบคลุมทั้งสามองค์ประกอบ หรือวัดองค์ประกอบที่ 3 อย่างเดียว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่พร้อมจะกระทำ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในการทำนายพฤติกรรม และเป็นองค์ประกอบสุดท้ายที่เกิดขึ้นก่อนทำนายพฤติกรรม มีความใกล้ชิดกับพฤติกรรมมากที่สุด องค์ประกอบนี้จะทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำที่สุด และที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการศึกษาทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรมนั้นต้องศึกษาทัศนคติที่ดีโดยเฉพาะเจาะจงหรือตรงกับพฤติกรรมที่ศึกษา (Bhanthumnavin, 1981 as cited in Worrakawin & Suwandee, 2004)

ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด 1) ประเมินค่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นว่าเป็นสิ่งดีมีประโยชน์ มีโทษต่อตัวเองมากน้อยเพียงใด 2) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจพฤติกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด และ 3) ความพร้อมที่จะลงมือกระทำในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้น หรือหลีกหนี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

2) ความเครียดในเรื่องสุขภาพ ความเครียดเป็นคำที่รู้จักกันดี โดยเฉพาะปัจจุบันนี้ความเครียดเป็นโรคชนิดหนึ่งของการบริหารงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ทำงานในตำแหน่งและความรับผิดชอบมาก ย่อมจะมีความเครียดมากขึ้นด้วย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 1997) ได้ให้ความหมาย

ของความเครียดว่า เป็นสภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้น กดดัน หรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ นอกจากนี้ Cassel (1976 as cited in Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000) กล่าวว่าความเครียดทำให้บุคคลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งบ่อยครั้งที่เป็นผลจากการขาดการป้อนกลับของสิ่งแวดล้อมทางสังคม หรือในทางตรงกันข้าม ความเครียดจะลดลงไปได้จากการระบายความรู้สึกของบุคคลออกไปยังเครือข่ายทางสังคมของบุคคลนั้น หรือมีการช่วยเหลือจากเครือข่าย

สำหรับระดับความเครียดที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกันไปด้วย กล่าวคือ 1) ถ้ามีความเครียดต่ำจะเป็นตัวผลักดันให้คนใช้ชีวิตได้ปกติและดีขึ้น 2) ถ้าเป็นความเครียดระดับปานกลางอาจมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตบ้าง เช่น กินมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ ติดเหล้า ติดยา เป็นต้น 3) ถ้าเป็นความเครียดระดับรุนแรงอาจทำให้เกิดการกระทำที่ก้าวร้าว ซึมเศร้า หรือถึงกับวิตกจริตไม่สามารถควบคุมตนเองได้ 4) ถ้าเป็นความเครียดระยะยาว ก็อาจทำให้เกิดโรคทางกายได้ เช่น โรคกระเพาะ โรคหัวใจ รวมทั้งแก่เร็วและอายุสั้นด้วย (Department of Medical Services, 1990)

3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความรู้ หมายถึง ข้อมูล ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ รวมทั้งสิ่งที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ และบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือการค้นคว้า และได้มีการรวบรวมสะสมไว้ การรับรู้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอาศัยเวลา ความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา (Yosit, 2015) ความรู้เป็นแนวทางศึกษาค้นคว้า อบรม สังเกต แล้วรวบรวมความรู้ที่ได้สะสมไว้ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ตนเองปราศจากการเจ็บป่วย หรือมีอาการที่รุนแรง

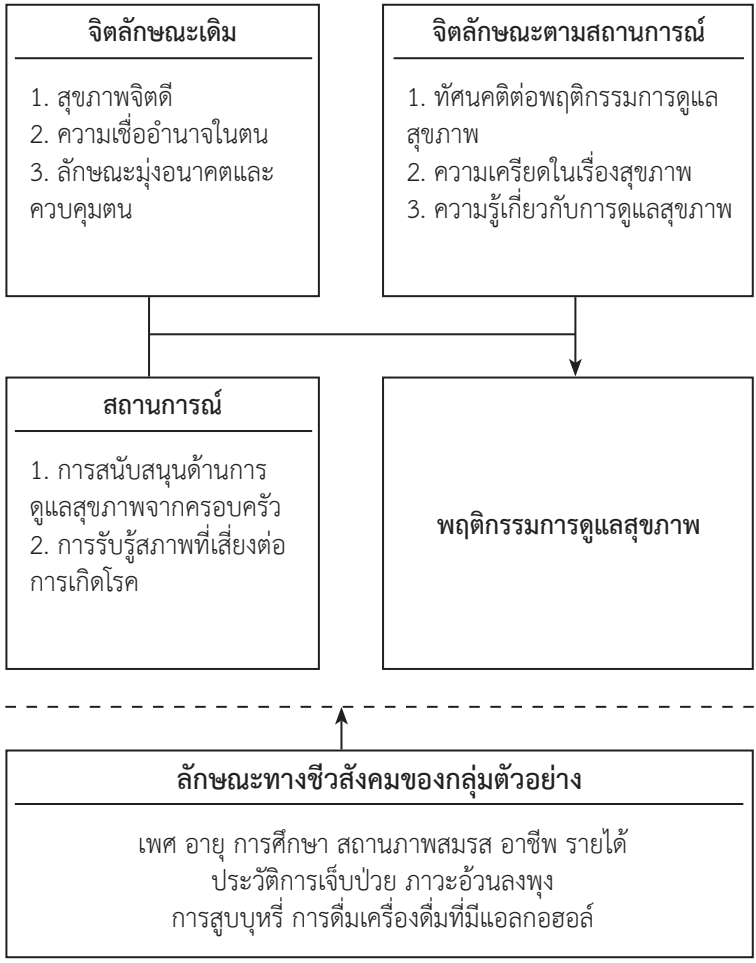
อย่างไรก็ตาม ความรู้ถือได้ว่าเป็นจิตลักษณะด้านหนึ่งที่มี

ความสัมพันธ์กับทัศนคติ และการปฏิบัติ ซึ่งพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยแต่ละตัวมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ แต่จะเกิดขึ้นโดยรวม ๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน นักพฤติกรรมศาสตร์ได้เรียกว่า KAP Study เป็นการอธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้และทัศนคติของบุคคล (Hassadee & Duangkhamsawat, 1993)

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับจากการศึกษาค้นคว้า เรียนรู้ สังเกต แล้วรวบรวมความรู้ที่ได้สะสมไว้และแสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ตนเองปราศจากอันตราย มีความปลอดภัยสุขภาพแข็งแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำเอาทฤษฎีรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) (Magnusson & Endler, 1977) เป็นแนวคิดในการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกำหนดกลุ่มตัวแปรเชิงเหตุของพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวแปรและสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ของตัวแปรในงานวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบ (Correlation Comparative Study) มุ่งศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครสวรรค์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งขั้นกำหนดโควตา (Stratified Quota Random Sampling) (Kerlinger & Lee, 2000) โดยคำนวณจากตัวแปรในการสุ่มตัวอย่าง 3 ตัวแปร คือ เพศ เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย และจำนวนคนในแต่ละพื้นที่ที่อยู่อาศัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) เพศ แบ่งขนาดออกเป็น 2 ลักษณะ คือ เพศชายและเพศหญิง 2) เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย แบ่งขนาดออกเป็น 2 พื้นที่ คือ พื้นที่นอกเขตเทศบาล และพื้นที่ในเขตเทศบาล และ 3) จำนวนคนในแต่ละพื้นที่ที่อยู่อาศัย แบ่งออกเป็นพื้นที่ที่อยู่อาศัยละ 100 คน ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งคำนวณจากตัวแปรในการสุ่มตัวแปรดังกล่าว 3 ตัวแปร คือ เพศ × เขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย x จำนวนคนในแต่ละพื้นที่ที่อยู่อาศัย จึงมีค่าเท่ากับ 2 × 2 x 100 = 400 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบวัดแบบมาตรประเมินรวมค่ามีมาตร 6 หน่วยประกอบทุกประโยค มีจำนวนแบบวัดตัวแปร 5 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 เป็นแบบวัดตัวแปรทางด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยแบบวัด 1 ชุด ประเภทที่ 2 เป็นแบบวัดตัวแปรทางด้านสถานการณ์ ประกอบไปด้วยแบบวัด 2 ชุด ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อโรค ประเภทที่ 3 เป็นแบบวัดตัวแปรทางด้านจิตลักษณะเดิม ประกอบไปด้วย

แบบวัด 3 ชุด ได้แก่ สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตน ประเภทที่ 4 เป็นแบบวัดตัวแปรทางด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ ประกอบไปด้วยแบบวัด 3 ชุด ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเครียดในสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และประเภทที่ 5 เป็นแบบวัดลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบวัด 1 ชุด ดังนั้น ในการวิจัยนี้เครื่องมือในการวัดตัวแปรรวมทั้งสิ้น 10 ชุด ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถามและความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือนิยาม โดยผ่านความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขาพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 3 ท่าน แล้วนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) แล้วพิจารณาคัดเลือกข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จากนั้นนำข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์มาวิเคราะห์หาคุณภาพรายข้อด้วยสถิติ 1) การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Discrimination) และ 2) การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบวัดที่ไม่มีข้อนั้นรวมอยู่ (Item-total Correlation)

ตาราง 1 คุณภาพของเครื่องมือวัดตัวแปรในงานวิจัย

แบบวัด	จำนวนข้อ	พิสัยคะแนน	พิสัยค่า t	พิสัยค่า r	ค่าความเชื่อมั่น (α)
1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ*	10	10 - 60	4.334 - 8.782	.240 - .671	.87
2. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว*	10	10 - 60	2.594 - 9.320	.297 - .734	.91
3. การรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค*	10	10 - 60	3.181 - 6.420	.267 - .549	.74
4. สุขภาพจิตดี	10	10 - 60	4.940 - 9.822	.452 - .781	.82
5. ความเชื่ออำนาจในตน	10	10 - 60	4.839 - 15.145	.245 - .735	.89
6. ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	10	10 - 60	3.790 - 11.253	.264 - .675	.84
7. ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ*	10	10 - 60	6.551 - 13.367	.370 - .732	.87
8. ความเครียดในสุขภาพ*	10	10 - 60	2.741 - 8.350	.283 - .541	.82
9. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ*	10	10 - 60	4.530 - 9.413	.352 - .634	.89

หมายเหตุ: * แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHOEC -004/64 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วให้ลงนามด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้จัดทำแบบวัดและแบบวัดมีความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการกำหนดวันเวลาที่เหมาะสมต่อการจัดเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1-30 เมษายน 2564 โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาทำการบันทึก ให้รหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลจากการเก็บแบบวัดจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแล้ว ได้นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำให้อยู่ในรูปของรหัส จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ โดยมีสถิติที่ใช้คือ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson’s Product Moment Correlation) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและการวิเคราะห์

แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis: MRA) ด้วยวิธี Enter และ Stepwise

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในงานวิจัย

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ตาราง 2) ปรากฏว่า กลุ่มตัวแปรจิตลักษณะตามสถานการณ์ 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเครียดในเรื่องสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .626, $p<.01$)

Vol. 27 No. 3 Sep. - Dec. 2021

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในงานวิจัย

ตัวแปร	Mean	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	48.66	4.76								
2. ทัศนคติต่อพฤติกรรมฯ	47.73	4.89	.626**							
3. ความเครียดในเรื่องสุขภาพ	15.21	6.29	-.108	-.125						
4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	33.35	4.92	-.076	-.151*	-.201**					
5. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพฯ	43.63	5.95	.431**	.514**	-.267**	-.209**				
6. การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค	45.77	5.59	.452**	.323**	-.008	.029	.275**			
7. สุขภาพจิตดี	41.04	7.58	.267**	.322**	-.251**	.039	.516**	.086		
8. ความเชื่ออำนาจในตน	37.95	4.46	.350**	.269**	.082	-.064	.271**	.236**	.362**	
9. ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	40.89	4.84	.163**	.203**	.120	-.052	.243**	-.014	.464**	.479**

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

กลุ่มตัวแปรสถานการณ์ 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .431, $p<.01$ และ .452, $p<.01$)

กลุ่มตัวแปรจิตลักษณะเดิม 3 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนพบว่า สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .267, $p<.01$ .350, $p<.01$ และ .163, $p<.01$)

ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้ตัวแปรจิตลักษณะเดิม จิตลักษณะตามสถานการณ์ และสถานการณ์เป็นตัวทำนาย

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กลุ่ม	จำนวน(คน)	ปริมาณการทำนาย	ตัวทำนายที่สำคัญ	ค่าเบต้า (β)
รวม	400	31.8	1, 5, 7	.46, .24, .16

หมายเหตุ : ค่าเบต้าทุกตัวมีนัยสำคัญที่ .05

1. ทัศนคติต่อพฤติกรรมฯ
2. ความเครียดในเรื่องสุขภาพ
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
4. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพฯ
5. การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
6. สุขภาพจิตดี
7. ความเชื่ออำนาจในตน
8. ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

จากตาราง 3 เป็นการแสวงหาตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีตัวแปรจิตลักษณะ 6 ตัวแปร ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 2) ความเครียดในสุขภาพ 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 4) สุขภาพจิตดี 5) ความเชื่ออำนาจในตน และ 6) ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และตัวแปรสถานการณ์ 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และ 2) การรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค รวม 8 ตัวแปรพบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ได้ร้อยละ 31.8 โดยมีตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค และความเชื่ออำนาจในตน มีค่าเบต้าเท่ากับ .46 .24 และ .16 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวแปรจิตลักษณะตามสถานการณ์พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวแปรสถานการณ์พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และกลุ่มตัวแปรจิตลักษณะเดิมพบว่า สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณพบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ได้ร้อยละ 31.8 โดยมีตัวทำนายที่สำคัญ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรคและความเชื่ออำนาจในตน มีค่าเบต้าเท่ากับ .46 .24 และ .16

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลักษณะสถานการณ์จิตลักษณะเดิม และจิตลักษณะตามสถานการณ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์นั้น ในกลุ่มตัวแปรจิตลักษณะตามสถานการณ์ 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเครียดในเรื่องสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Lertsakornsiri (2016) ส่วนเจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับ Rattanawetchaiwumon (2008) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการทางการแพทย์คือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ Sanghuaiprai (2008) ที่พบว่า เจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงการศึกษาของ Wangmuan (2009) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัด

ขอนแก่น โดยพบว่า ทัศนคติการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มตัวแปรสถานการณ์ 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยพบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Silangirn (2017) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ Nakwijit (2008) พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวแปรจิตลักษณะเดิม 3 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนพบว่า สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Patiyoot (1998) ซึ่งได้ทำการวิจัยเรื่องค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและอำนาจแห่งตนในการควบคุมทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช และพบว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้ ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

และหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค และความเชื่ออำนาจในตน ซึ่งพบผลสอดคล้องกับงานวิจัยในหลาย ๆ เรื่องที่พบว่า หากมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก มีการรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรคมาก และมีความเชื่ออำนาจในตนมาก จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่ปรารถนามากตามไปด้วย เช่น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Lertsakornsiri 2016) พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก (Nimsuwan, Nimsuwan, Sripornngam, & Choosanook, 2017) พฤติกรรมจิตสาธารณะเคารพผู้อื่นมาก (Kamthorn, 2001) พฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างพอเพียง (Laisam, Chanthep, Promprok, Khunram, Laepankaeo, & Sripornngam, 2020)

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นอีกว่าปัจจัยทั้งทางด้านสถานการณ์และจิตลักษณะ (จิตลักษณะเดิมและจิตลักษณะตามสถานการณ์) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผลวิจัยที่พบเป็นการสนับสนุนรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Magnusson & Endler, 1977) และทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม (Bhanthumnavin, 1995) ที่แสดงถึงสาเหตุของคนดีและพฤติกรรมของคนเก่ง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุทางจิตใจที่ติดตัวผู้กระทำโดยตลอด และสาเหตุทางจิตใจที่เกิดและเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ จิตลักษณะตามทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมได้ชี้ให้เห็นถึงลักษณะทางจิตใจหลายลักษณะที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรม และควรมีการพัฒนาลักษณะเหล่านี้ ซึ่งจิตลักษณะที่สำคัญที่ควรพัฒนาคือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และนอกเหนือจากการพัฒนาทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ควรพัฒนาการรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค และความเชื่ออำนาจในตนที่เหมาะสมควบคู่

ไปด้วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงปรารถนา

ข้อเสนอแนะ

ประการแรก จากผลการวิจัยครั้งนี้ควรต่อยอดด้วยการสร้างชุดฝึกอบรมทางจิตลักษณะและสถานการณ์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง ประเมินผลชุดฝึกอบรม และควรมีการพัฒนาผู้ป่วยให้มีทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้สภาพที่เสี่ยงในโรค และความเชื่ออำนาจในตนให้สูงขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นต่อไป

ประการที่สอง ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ข้อมูลแบบ Path Analysis ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

ประการที่สาม ควรศึกษาตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ที่น่าสนใจ เช่น ปทัสถานทางสังคม เหตุผลทางจริยธรรม เป็นต้น

References

Bhanthumnavin, D. (1995). *Ethical tree theory: Personnel research and development*. Bangkok: National Institute of Development Administration.

Bhanthumnavin, D. (1998). Interaction model for research on the causes of behavior and the development of human behavior. *Thai Dental Nurse Journal, 10*(2),

105-108.

Bhanthumnavin, D. (2007). Belief in internal locus of control of reinforcement: Measurement, importance and change. *Journal of Social Development, 8*(2), 107-142.

Bureau of Non-communicable Disease. (2015). *Assessing the risk of cardiovascular disease in people with diabetes and high blood pressure*. Nonthaburi: Office of Printing Works of the War Veterans Organization.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.

Cohen, S., Underwood, L.G., & Gottlieb, B.H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press, Inc.

Department of Medical Services. (1990). *Stress*. Radio chapter on stress and thoughts for a happy life. Bangkok: Department of Mental Health, Department of Medical Services, Ministry of Public Health.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (1997). *Workshop documents: Providing services in stress relief clinics*. Bangkok: Information and Computer Center Somdet Chao Phraya Hospital.

Elling, R., Whittemore, R., & Green, M. (1960). Patient participation in pediatric program. *Journal of Health and Human Behavior, 1*(1), 183-191.

Gleeson-Kreig, J., Bernal, H., & Woolley, S. (2002). The role of social support in the self-management of diabetes

mellitus among a Hispanic population. *Public Health Nursing, 19*(3), 215-222.

Hassadee, R., & Duangkhamsawat , S. (1993). *Providing health education and public relations with the development of public health to achieve good health for all.* Bangkok: The War Veterans Organization's printing house.

Heinze, I.F. (1962). Factors in prophylaxis behavior in treating rheumatic fever: An exploratory study. *Journal of Health and Human Behavior, 3*, 72-81.

Heisler, M., & Piette, J. D. (2005). I help you, and you help me facilitated telephone peer support among patients with diabetes. *The Diabetes Educators, 31*(6), 869-879.

Kahn, R. (1979). *Aging and social support*. In M.W. Riley (Ed.), Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives. Denver, CO: Westview Press.

Kamthorn, W. (2001). Integration factors of experience and psychological characteristics that influence the public mind of the Dhonburi Rajabhat University's students. *Journal of Dhonburi Rajabhat Research for Community Service, 18*(1), 57-66.

Kerlinger, F.N., & Lee, H.B. (2000). *Foundations of behavioral research*. Orlando: Harcourt College Publishers.

Laisam, N., Chanthep, P., Promprok, P., Khunram, P., Laepankaeo, V., & Sripornngam, T. (2020). Psycho-social factors correlated with sufficiently behaviors

of rubber planters in Thung Khamin Subdistrict, Na Mom District, Songkhla Province. *Journal of Dhonburi Rajabhat Research for Community Service, 6*(1), 90-102.

Lefton, L.A., & Brannon, L. (2008). *Psychology*. New York: Pearson Education.

Lertsakornsiri, M. (2016). The relationships between personal data, attitude towards health care and self-health care behaviors of nursing students at Saint Louis College during practice in the Maternal-Newborn and Midwifery Nursing Practicum II. *Journal of Health and Health Management, 3*(1), 37-47.

Magnusson, D., & Endler, N.S. (1977). *Interactional psychology and personality*. New York: Wiley.

McLaughlin, K.A., Hilt, L.M., & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Racial/ethnic differences in internalizing and externalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(5), 801-816.

Medical research network of the consortium of Thai medical schools. (2014). *Report on the results of the evaluation of care for patients with type 2 diabetes and hypertension, hospitals under the Ministry of Public Health and hospitals in Bangkok area of the year 2014*. Retrieved December 3, 2020, from www.thaimedresnet.org

Ministry of Public Health. (2018). *The Ministry of Public Health is worried that 37 people per hour will die from chronic non-communicable diseases,*

rushing to formulate preventive measures. Retrieved December 1, 2020, from https://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_1421769

Ministry of Public Health. (2019). *Diabetic rate high blood pressure coronary heart disease and cerebrovascular disease in the 3rd Health Service Area Nakhon Sawan Province 2019*. Retrieved December 1, 2020, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

Nakwijit, B. (2008). *Psycho-social factors related to self - care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under Medical Service Department, Bangkok Metropolis* (Master's thesis in Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Srinakharinwirot University.

Nevid, J.S. (2012). *An introduction to psychology* (4th ed.). Connecticut: Wadsworth Cengage Learning.

Nimsuwan, P., Nimsuwan, K., Sripornngam, T., & Choosanook, A. (2017). Influencing factors of dengue hemorrhagic fever prevention behavior of villagers in the community area Nakhon Sawan West District, Amphoe Mueang, Nakhon Sawan Province. *Journal of Dhonburi Rajabhat Research for Community Service, 3*(2), 146-166.

Patiyoot, K. (1998). *Values associated with sexual behavior and health locus of control in STD-risk behaviors among adolescent in Nakhon Si Thammarat Province*

(Master's thesis in Madical and Health Social Science). Nakhon Pathom: Mahidol University.

Pauvilai, A., & Stuifbergen, A.K. (2000). Life experiences relevant to life quality of Thai women with diabetes. *Thai Journal of Nursing Research, 4*(3), 248-264.

Rattanawetchaiwumon, K. (2008). *Health behavior of medical clients: A case study of Royal Medical Unit (RMU), The Grand Palace* (Master's thesis in Social Development Administration). Bangkok: Graduate School, National Institute of Development Administration.

Sanghuaiprai, K. (2008). *Factors affecting health promotion behaviors of officer working at Royal Navy Hospitals* (Master's thesis in Education). Bangkok: Ramkhamhaeng University.

Seiger, L.H., & Richter, J. (1997). *Your health, your style: Strategies for wellness.* Madison, WI: William C. Brown and Benchmark.

Silangirn, P. (2017). *Factors related to self-care behaviors among elderly of Phayao Province* (Master's thesis in Public Health). Phayao: Thammasat University.

Uaamnoey, J. (2006). *Social psychology*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.

Wallhagen, M. I. (1999). Social support in diabetes. *Diabetes Spectrum, 12*(4), 254-259.

Wangmuan, P. (2009). *The relationship between factors effecting self-care practice of the lower secondary school student under the jurisdiction of the*

Department of General Education, Khon Kaen Province (Master's thesis in Education). Khon Kaen: Khon Kaen University.

Wibulswas, P. (1985). *Contemporary social psychology.* Bangkok: Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Chiang Mai University.

Woratanarat, T. (2018). *Knowingly - adjusting behavior - enhancing health prevention of non-communicable diseases*. Retrieved December 3, 2020, from https://www.thairath.co.th/content/1374821

Worrakawin, C., & Suwandee, L. (2004). *Psychosocial factors related to sexual behavior at risk of AIDS among male students in higher education institutions* (Research report). Bangkok: National Research Council of Thailand.

Yosit, U. (2015). *Behaviors and factors associated with oral health care by parents of preschool children in child care centers, Municipal Tha Pha District, Lampang Province* (Master's thesis in Health Promotion Management). Bangkok: Thammasat University.