ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

Factors Related to Preventive Behaviors Regarding Coronary Artery Disease among Elderly with Metabolic Syndrome

นพนัฐ จำปาเทศ [1*], วารี กังใจ[2], สหัทยา รัตนจรณะ[2]
[1] อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[*]Email : nophc@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 92 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบ cluster random sampling เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70, .74, .95, .77, .70, .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง (2.94, SD=0.32) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -.569, p<.001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.562, p<.001 และ r =.252, p<.015 ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มุ่งเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ : พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุ เมตาบอลิกซินโดรม

Abstract

The purposes of this research were to examine coronary artery disease (CAD) preventive behaviors and factors related to CAD preventive behaviors among elderly patients with metabolic syndrome. Ninety two elderly patients with metabolic syndrome who visited at the chronic disease clinic, Health Promotion Hospital, Bangplee District, Samut Prakarn Province were selected by cluster random sampling technique. The research instruments consisted of the CAD preventive behaviors interview form, the perceived susceptibility of CAD, the perceived benefits, barriers, self-efficacy, and the health literacy on the CAD preventive behaviors questionnaire with their reliabilities of .70, .74, .95, .77, .70, and .74, respectively. Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation were employed to analyze the data.

The results revealed that the CAD preventive behaviors of the sample were at a moderate level (M = 2.94, SD = 0.32). Perceived barriers of CAD preventive behaviors were negatively related to the CAD preventive behaviors among elderly with metabolic syndrome ($r = -.569$, $p < .001$), while perceived self-efficacy and perceived susceptibility of CAD preventive behaviors were positively related to CAD preventive behaviors ($r = .562$, $p < .001$ and $r = .252$, $p < .015$, respectively).

The findings suggested that nurses and health professionals should develop program or appropriate activities for promoting CAD preventive behaviors for elderly patients with metabolic syndrome by enhancing perceived self-efficacy and perceived susceptibility of CAD preventive behaviors and reducing perceived barriers of CAD preventive behaviors.

Keywords: Preventive behaviors, coronary artery disease, elderly, metabolic syndrome

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นกลุ่มอาการผิดปกติของกระบวนการทางชีวเคมีของร่างกาย ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น เบาหวานหรือโรคหลอดเลือดสมอง[1] ซึ่งกลุ่มอาการผิดปกติดังกล่าว ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดและภาวะอ้วนลงพุง[2] ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุที่มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันบริเวณกลางลำตัวเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินและสร้างไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) เพิ่มขึ้น เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) ได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ[3] กระบวนการสูงอายุ (aging process) ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และถ้าผู้สูงอายุมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร่วมด้วยแล้ว จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากยิ่งขึ้น[4,5] จากการศึกษาของ Butler et al. พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยที่ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัจจัยทำนายสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 38 (hazard ratio 1.38 [95% CI = 1.06-1.79, p < .001])[6] โดยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงจะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่ามีอัตราสูงขึ้นทั่วโลก เช่น ในประเทศอิตาลีพบความชุก ร้อยละ 23.2[7] และในประเทศไทยพบความชุก ร้อยละ15.4 ในเพศชายและร้อยละ 59.3 ในเพศหญิง[8]

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง มีการเสนอแนวปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของ American Heart Association (AHA)[9] ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนัก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด โดยที่พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลอาจมีปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะมีพฤติกรรมนั้น ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ปัจจัยการรับรู้ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model)[10, 11] สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงระดับความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคม และเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการที่จะส่งเสริมสุขภาพและมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน[12] ซึ่งมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น[13] และการศึกษาผู้สูงอายุชาวจีน พบความเกี่ยวข้องระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศไทย[15]

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีไม่มาก โดยการศึกษาจะเป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพหรือผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในปัจจุบันและจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และอาจยังสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

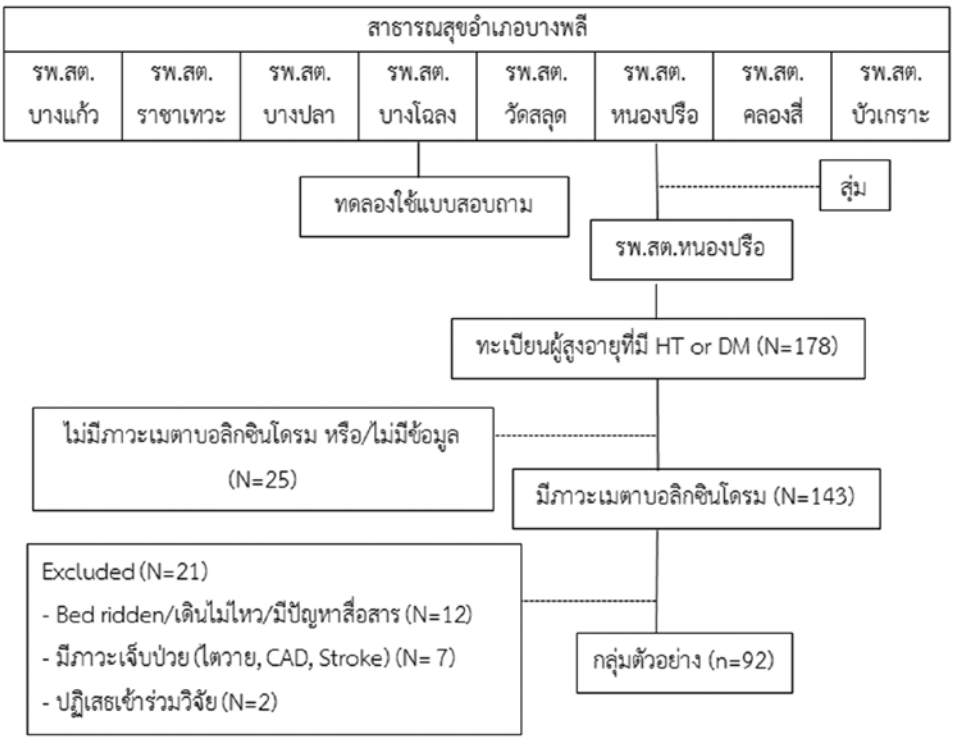
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Diabetes Federation; American Heart Association; และ the National Heart, Lung, and Blood Institute[2] โดยอยู่ในระหว่างการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือเบาหวาน ร่วมกับ 2 องค์ประกอบ จาก 5 องค์ประกอบของการวินิจฉัยเมตาบอลิกซินโดรม ที่คลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 5 องค์ประกอบของการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม[2] ได้แก่ 1) ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร (ชาย) ≥ 80 เซนติเมตร (หญิง) 2) ไตรกลีเซอไรด์ > 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ 3) เอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-cholesteral) < 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ชาย) หรือ < 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (หญิง) หรือใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ 4) ค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) > 130 มิลลิเมตรปรอทหรือไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) > 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 5) ค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร > 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G* power version 3. 1.9.2 [16] สำหรับ correlation: bivariate normal model กำหนดระดับนัยสำคัญ = .05 (one-tailed), power = .90, effect size = .30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 92 ราย และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ cluster random sampling ดังนี้ 1) กำหนดให้ รพ.สต. ในอำเภอบางพลี 8 แห่ง เป็น cluster และสุ่มเลือกโดยการจับสลากมา 1 แห่ง โดยสุ่มได้ รพ.สต.หนองปรือ และ 2) คัดกรองข้อมูลภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 178 ราย พบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 143 ราย และเลือกผู้ที่ไม่มีภาวะดังต่อไปนี้ ประวัติโรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง สภาพติดเตียง (bed ridden) หรือมีปัญหาการเคลื่อนไหว และมีความบกพร่องด้านการฟัง การสื่อสาร การรับรู้ บุคคล วัน เวลาและสถานที่ รวมทั้งปฏิเสธยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 ราย ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี cluster random sampling

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบคัดกรองภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Diabetes Federation; American Heart Association และ the National Heart, Lung, and Blood Institute.[2]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีและโปรแกรมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ AHA[9] จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย การแปลผลคะแนน โดยการหาอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01-4.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01-3.00 และ ระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และโปรแกรมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ AHA[9-11] จำนวน 16 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและโปรแกรมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ AHA จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและโปรแกรมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ AHA จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและโปรแกรมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ AHA จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจพอประมาณ มั่นใจบ้าง และไม่มั่นใจเลย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงจากแบบประเมิน all aspects of health literacy scale ของ Chinn and McCarthy[17] ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam[12] มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการแปลกลับ (back translate) โดยผู้เชี่ยวชาญ มีจำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ บ่อย ๆ บางครั้ง และนาน ๆ ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .8, .9, 1.0, .8, .9, และ .9 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ รพ.สต.บางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70, .74, .95, .77, .70, และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่อนุญาต จว.01/2559 และเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลถูกวิเคราะห์และเสนอผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล หลังจากแนะนำตัวและให้ข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนั้นจึงสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามในวันที่ผู้ป่วยมาตามกำหนดนัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไปสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มีนาคม – 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์สถิติเบื้องต้น ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย สถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.57) มีอายุระหว่าง 60- 69 ปี (ร้อยละ 53.26) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 69.57) ศึกษาจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.35) มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 42.39) มีความยาวเส้นรอบเอวผิดปกติ (ร้อยละ 84.78) ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 59.78) และน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 59.78) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ87.30) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 89.96) ออกกำลังกายเป็นบางครั้งและเป็นประจำ (ร้อยละ 55.44) และไม่มีกิจกรรมที่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ เป็นประจำ (ร้อยละ 84.79) มีไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอลคอเลสเตอรอลผิดปกติ ร้อยละ 44.57 และร้อยละ 39.13 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	28	30.43
	หญิง	64	69.57
อายุ	60 – 69 ปี	49	53.26
	70 – 79 ปี	34	36.96
	80 ปี ขึ้นไป	9	9.78
สถานภาพสมรส	โสด	2	2.17
	คู่	64	69.57
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	26	28.26
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	13.04
	ประถมศึกษา	73	79.35
	มัธยมศึกษา	7	7.61
การออกกำลังกาย	ออกกำลังกายเป็นบางครั้งและเป็นประจำ	51	55.44
	ไม่ได้ออกกำลังกาย	41	44.56
การมีกิจกรรมที่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ	มีบ่อย ๆ ถึงเป็นประจำ	14	15.21
	มีบ้างถึงไม่มีเลย	78	84.79
สูบบุหรี่	สูบบุหรี่บางครั้ง ถึงสูบบุหรี่เป็นประจำ	15	16.30
	ไม่สูบบุหรี่	77	83.70
ดื่มสุรา	ดื่มสุราบางครั้งถึงดื่มสุราเป็นประจำ	80	13.04
	ไม่ดื่มสุรา	12	86.96
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ	39	42.39
	ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดผิดปกติ	33	35.87
	ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	12	13.04
	เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ	4	4.35
	ความดันโลหิตสูง	4	4.35
ความยาวเส้นรอบเอว	ผิดปกติ (ชาย ≥ 90 เซนติเมตร, หญิง ≥ 80 เซนติเมตร)*	78	84.78
	ปกติ	14	15.22
ความดันโลหิต	ผิดปกติ (SBP ≥ 130 mmHg or DBP ≥ 85 mmHg)*	53	57.61
	ปกติ	39	42.39
น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร	ผิดปกติ (FPG >100 mg/dL) *	55	59.78
	ปกติ	37	40.22
ไขมันไตรกลีเซอไรด์	ผิดปกติ (TG ≥ 150 mg/dL) *	41	44.57
	ปกติ	51	55.43
เอชดีแอลโคเลสเตอรอล	ผิดปกติ (ชาย < 40 mg/dL ,หญิง < 50 mg/dL) *	36	39.13
	ปกติ	56	60.87

* ความผิดปกติตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure, FPG = fasting plasma glucose

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมในระดับปานกลาง (M=2.94, SD=0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.70, SD=0.38, M=2.77, SD=0.80 ตามลำดับ) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี (M=3.39, SD=0.44) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (n = 92)

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรม
ด้านโภชนาการ	1.63	3.75	2.70	0.38	ปานกลาง
การมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย	1.00	4.00	2.77	0.80	ปานกลาง
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.20	4.00	3.39	0.44	ดี
รวม	2.20	4.00	2.94	0.32	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -.569, p<.001) การรับรู้ความสามารถของตนเองของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.562, p<.001) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.252, p=.015)

สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.116, p=.273) และความรอบรู้ทางสุขภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.112, p=.288) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=92)

การรับรู้ด้านต่าง ๆ	**พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ**	
	r	**p value**
1. การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.568	<.001
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.562	<.001
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.252	.015
4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.116	.273
5. ความรอบรู้ทางสุขภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.112	.288

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 95.65 มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ซึ่งมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.56 ไม่ได้ออกกำลังกาย และร้อยละ 15.21 ที่มีกิจกรรมที่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ บ่อย ๆ จนถึงเป็นประจำ จึงส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี อาจจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.00) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 86.96) นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ 42.39 ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถคุมความดันโลหิตได้ และร้อยละ 40.22 สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี[15] ที่พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.90) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง ภูแม่นเขียน[18] ที่พบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาทั้ง 2 เรื่องศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก จะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาก ซึ่งการรับรู้โอกาสเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย[10,19] การที่ผู้สูงอายุรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือความผิดปกติใด ๆ มากขึ้นเท่าใด ก็จะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิกานต์ ทิมูลนีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์[20] ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน (อายุ 35-45 ปี) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yue et al.[21] ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในประเทศจีน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะสามารถทำให้บุคคลสามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการไม่รับประทานยา จะรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงน้อยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการไม่รับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio = 1.82, 95% CI = 1.20-2.76)

การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้สิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ไม่สะดวก มีค่าใช้จ่าย ยากที่จะปฏิบัติ เสียเวลา การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคมาก ๆ จะกระตุ้นให้หลีกเลี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ[10,19] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carpenter[22] ที่ศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lo et al.[23] ที่ศึกษาผู้ที่มีอายุ 18-65 ปี และ/หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในฮ่องกง ซึ่งพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Shin et al.[24] ศึกษาในผู้หญิงเกาหลีอายุ 40 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 61.3-67.8 ปี) ที่มีภาวะข้อเสื่อมและกระดูกพรุน พบการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Horwood et al.[25] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศนิวซีแลนด์ที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อย จะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคมาก และการศึกษาของ Yue et al.[21] ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในประเทศจีน พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาความดันโลหิตระดับมากจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio = 0.62, 95% CI = 0.50-0.78) และการศึกษาของ กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ[26] โดยรวบรวมการศึกษาที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 ในประเทศไทย พบการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางค่อนข้างสูง นอกจากนี้ ยังมีผลการศึกษาจากโครงการ the “German epidemiological trial on ankle brachial index” (GetABI) ในเยอรมัน[27] จากการติดตามผู้สูงอายุจำนวน 1,937 ราย เป็นระยะเวลา 7 ปี พบกลุ่มตัวอย่าง 286 ราย เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยระบุอุปสรรคต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 57.7) ไม่มีเพื่อน (ร้อยละ 43.0) ไม่สนใจ (ร้อยละ 36.7) ไม่มีโอกาสที่จะเล่นกีฬาหรือมีกิจกรรม (ร้อยละ 30.3) และไม่มีเวลา (ร้อยละ16.4)

การรับรู้ความสามารถของตนเองของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นความรู้สึกถึงความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองหรือความเชื่อมั่นในการกำหนดการแสดงออกหรือพฤติกรรมของตนเอง เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะรู้สึกให้แรงบันดาลใจแก่ตนเองหรือจะมีพฤติกรรมอย่างไร บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนมากจะประสบความสำเร็จในหลาย ๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต สามารถที่จะทำในสิ่งที่ยาก ๆ โดยคิดว่าเป็นความ ท้าทายมากกว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือต้องหลีกเลี่ยงที่จะทำ สามารถท้าทายหรือเผชิญกับความล้มเหลวได้ และสามารถตั้งหลักหลังจากพบกับ

ความล้มเหลวได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ[28] การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบที่เพิ่มเข้ามาในรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ แล้วพบว่า มีอำนาจในการอธิบายหรือทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลได้มากขึ้น โดยเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการที่จะมีพฤติกรรมจะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคได้[7] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yue et al.[21] ที่พบว่า ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองมากในการรับประทานยาความดันโลหิต จะรับประทานยาสม่ำเสมอกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al.[24] ที่พบความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim et al.[29] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิกานต์ ทิมูลนีย์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์[20] ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง ภูแม่นเขียน[18] ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี[15] ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งการศึกษาดังกล่าว ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Suka et al.[13] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในชาวญี่ปุ่นที่มีอายุระหว่าง 20-64 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หรือนำไปกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยเน้นให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร่วมกับการลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. สามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการค้นคว้าเพิ่มเติมในการจัดการเรียนการสอน รวมทั้งสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม และสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นข้อคำถามที่ไม่ตรงกับภาวะที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ คือ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นเพียงโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันผิดปกติเท่านั้น รวมทั้งพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่แนะนำโดย AHA ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมินอาจจะไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุคนไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอบางพลี ผู้อำนวยการ รพ.สต.บางโฉลงและหนองปรือ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมทั้งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและแปลเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณิชกานต์ ทรงไทย พว.อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และอาจารย์ดร.สุชีวา วิชัยกุล

เอกสารอ้างอิง

1. Samson SL, Garber AJ. Metabolic syndrome. Endocrinol Metab Clin North Am. 2014;43(1):1-23.

2. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on epidemiology and prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation. 2009.20;120(16):1640-5.

3. Arai H, Yamamoto A, Matsuzawa Y, Saito Y, Yamada N, Oikawa S, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in elderly, and middle-aged Japanese. J. Clin. Gerontol. Geriatr. [internet]. 2010 Dec [Cited June 5];1(2): 42-7. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833510000328.

4. Khanam MA, Qiu C, Lindeboom W, Streatfield PK, Kabir ZN, Wahlin Å. The metabolic syndrome: prevalence, associated factors, and impact on survival among older persons in rural Bangladesh. PLoS One [internet]. 2011 June [Cited 2018 June 5];6(6):e20259. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3115931/.

5. Pradeepa R, Surendar J, Indulekha K, Chella S, Anjana RM, Mohan V. Prevalence of metabolic syndrome and its association with coronary artery disease among an urban elderly South Indian population (CURES- 145). J Assoc Physicians India. 2016;64(5):20-5.

6. Butler J, Rodondi N, Zhu Y, Figaro K, Fazio S, Vaughan DE, et al. Health ABC Study. Metabolic syndrome and the risk of cardiovascular disease in older adults. J Am Coll Cardiol. 2006;47(8):1595-602.

7. Laudisio A, Bandinelli S, Gemma A, Ferrucci L, Incalzi RA. Metabolic syndrome and functional ability in older age: The InCHIANTI study. Clin Nutr. 2014;33(4):626-33.

8. Kaewtrakulpong L. Metabolic syndrome: prevalence in Si Chiang Mai District, Nong Khai Province, Thailand. J Trop Med. 2008;31(1):41-7.

9. American Heart Association. [internet]. Dallas; 2013 [updated 2013 May 29; cited 2013 Dec 22]. Lifestyle changes. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Heart.

10. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.

11. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.

12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15:259–267.

13. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. Patient Educ Couns. 2015;98(5):660-8.

14. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: a survey of elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(8):9714-25.

15. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558; 25(3):43-54.

16. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner AG. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175-91.

17. Chinn D, McCarthy C. All aspects of health literacy scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. Patient Educ Couns. 2013;90(2):247-53.

18. สายทอง ภูแม่นเขียน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.

19. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A decade later. Health Educ Q. 1984;11(1):1-47.

20. เมธิกานต์ ทิมูลนีย์, สุนิดา ปรีชาวงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน. วารสารเกื้อการุณย์. 2559;23(4):118-32.

21. Yue Z, Li C, Weilin Q, Bin W. Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. Patient Educ Couns. 2015;98(5):669-73.

22. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. Health Commun. 2010;25(8):661-9.

23. Lo SW, Chair SY, Lee FK. Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: based on the health belief model. Appl Nurs Res. 2015;28(2):197-201.

24. Shin YH, Hur HK, Pender NJ, Jang HJ, Kim M-S. Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. Int J Nurs Stud. 2006;43(1):3-10.

25. Horwood H, Williams MJ, Mandic S. Examining motivations and barriers for attending maintenance community-based cardiac rehabilitation using the health-belief model. Heart Lung Circ. 2015;24(10):980-7.

26. กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์อภิมาน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2553;28(3):60-8.

27. Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: A cross-sectional study. Int J Behav Nutr Phys Act. [Internet]. 2011 Nov [Cited 2016 Mar 5]. 2(8):1-10. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ articles/PMC3225299/pdf/1479-5868-8-121.pdf.

28. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. Am Psychol. 1989;44(9):1175-84.

29. Lim EJ, Noh JH, Kim EY. A Study of factors affecting health-promoting behaviors to young-elderly adults in urban and rural communities. IJBSBT. 2015;7(5):367-74.