

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

Factors Related to Health Promoting Behaviors for Cardiovascular Disease Prevention among Diabetes with Hypertension Patients in Muang District, Chachoengsao Province

พิภพ ดีแพ พย.ม. (Pipop Deepae, M.N.S)¹

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม ปร.ด. (Kamontip Khungtumneam, Ph.D.)²

นพณัฐ จำปาเทศ ปร.ด. (Nopphanath Chumpathat. Ph.D.)³

Received: Jul 9, 2019

Revised: Jul 30, 2019

Accepted: Aug 16, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 95 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.79 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมในระดับดี (Mean=3.21, SD=0.38) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($F=0.575$, $p=.633$) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.402$, $p<.001$ และ $r=.617$, $p<.001$ ตามลำดับ) ขณะที่ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -.530$, $p<.001$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยเน้นให้มีการรับรู้ประโยชน์และความสามารถของตนเอง ร่วมกับการลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้ความสามารถตนเอง, การรับรู้อุปสรรค

¹Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : pipop@bcnnv.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : kkamontip1@gmail.com

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : nophc@yahoo.com

Huachiew Chalemrakiet University, Samut Prakan, Thailand

Abstract

This descriptive study aimed to assess factors related to health promoting behaviors for cardiovascular disease (CVD) prevention among diabetes with hypertension (DM with HTN) patients in Muang District, Chachoengsao province. Ninety-five DM with HTN patients were recruited using two-stage random sampling technique. A set of questionnaires was used including: (1) Personal data record form and health data; (2) questionnaire of health promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients with reliability of 0.79; and (3) questionnaire of factors related to health promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients with reliability of 0.70. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, and the Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results revealed that sample reported a good level of health promoting behavior for CVD prevention (Mean = 3.21, SD = 0.38). There was not significantly different between participants with different CVD risk on health promoting behaviors for CVD prevention ($F = 0.575, p = .633$). The perceive benefits and self-efficacy of CVD promoting behaviors for prevention was significantly positively correlated to promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients ($r = .402, p < .001$ and $r = .617, p < .001$, respectively). The perceived barriers to health promoting behavior of CVD prevention is significantly negatively correlated to promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients ($r = -.530, p < .001$). The results of can be used to develop programs on CVD health promoting for DM with HTN patients. Our finding suggested that we should increase the perception of the benefits and self-efficacy of cardiovascular disease health promoting and reduce the perception of the barriers.

Keywords: health promoting behaviors, cardiovascular disease prevention, perceive benefits, perceive self-efficacy, perceived barriers, diabetes, hypertension

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease :CVD) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.79 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.00 ของการเสียชีวิตทั่วโลก¹ ในประเทศไทยมีรายงานพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี ค.ศ. 2016 ประมาณร้อยละ 23.00 ของสาเหตุการตายทั้งหมดในประเทศไทย² ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าคนที่อายุมากขึ้น จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสะสมของ atherosclerotic plaque ในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบ

แคบ ซึ่งส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรือสมองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา³ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จะมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 75.00⁴ โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน⁵⁻⁶

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่มุ่งประเด็นไปที่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือการปฏิบัติหรือการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย ซึ่ง Walker, Susan, Sechrist, และ Pender⁷ ได้เสนอ

แนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting life style) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โภชนาการ กิจกรรมของร่างกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งการที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่างที่เข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ 1) อายุ โดยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นในวัย 65 ปี หรือมากกว่านั้น⁸ และพบว่าเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็จะเพิ่มตามไปด้วย⁹ 2) เพศ พบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง⁸ 3) ปัจจัยสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต โคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะอ้วนและการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ที่มีการสะสมของไขมันและสารอื่นๆ ในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดยืดหยุ่นลดลงและหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีตันทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา¹⁰ ซึ่งในปัจจุบันสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยพร้อมๆ กันเพื่อทำนายโอกาสเกิดโรคภายในอนาคต โดยใช้โปรแกรม Thai CV Risk Score ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹¹ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค จะสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด¹² และยังมีการศึกษาที่สนับสนุนได้แก่ การศึกษาของ Phumankian¹³ พบว่า การรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เนื่องจากถ้าบุคคลนั้นมีความรู้สึกถึงความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง หรือความเชื่อมั่นในการกำหนดการแสดงออก หรือพฤติกรรมของตนเอง จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

นั้นๆ ดังการศึกษาของ Thimoonnee และ Preechawong¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานทำความสะอาดวัดก่อนหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากเมื่อขาดความพร้อมและมีการรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย ก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้นด้วย ดังการศึกษาของ Thanakwang Kespichayawattana และ Jitpanya¹⁵ ซึ่งรวบรวมการศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 พบการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 2,792 คน และพบเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย จำนวน 425 คน¹⁶ ประกอบกับ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่แบบองค์รวม ป้องกันอันตรายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เน้นการให้บริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดการเจ็บป่วย ลดความพิการหรือสูญเสียชีวิต¹⁷ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงในประเทศไทยน้อยมาก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อนำปัจจัยเหล่านี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้ที่สนใจนำไปสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกัน
2. การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง
3. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้เลือกเฉพาะบางปัจจัยตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดัง

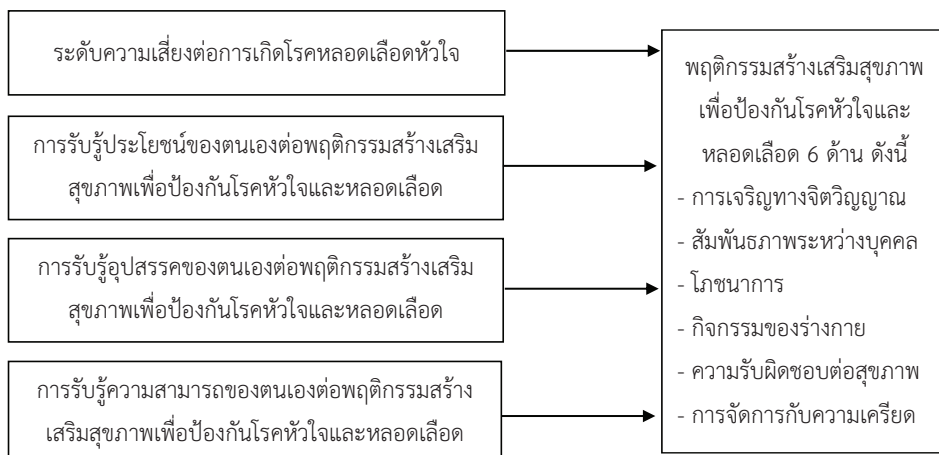
แผนภูมิที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วย อายุ 35-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,792 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G* power version 3.1.9.2 สำหรับ Correlation: Bivariate normal model (กำหนดระดับนัยสำคัญ (α error) = .05, (1-p) = 0.90, Correlation ρ $H_0 = 0$, $H_1 = 0.30$, One-tailed) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 92 ราย (เมื่อคำนวณสัดส่วนการสุ่มในแต่ละ รพ.สต. จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 95 ราย) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ไม่มี ความบกพร่องด้านการฟังและมีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stages random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบ cluster random sampling โดยกำหนดให้โซนเป็น cluster จึงมี 5 clusters จับสลากได้โซนที่ 5 ซึ่งมี 5 รพ.สต. และกำหนดการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 5 รพ.สต.



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นที่ 2 สุ่มแบบ stratified random sampling โดยคำนวณสัดส่วนการสุ่มเท่ากับ 16.26 ($92/566 \times 100 = 16.26\%$) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รพ.สต. ดังแผนภูมิที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

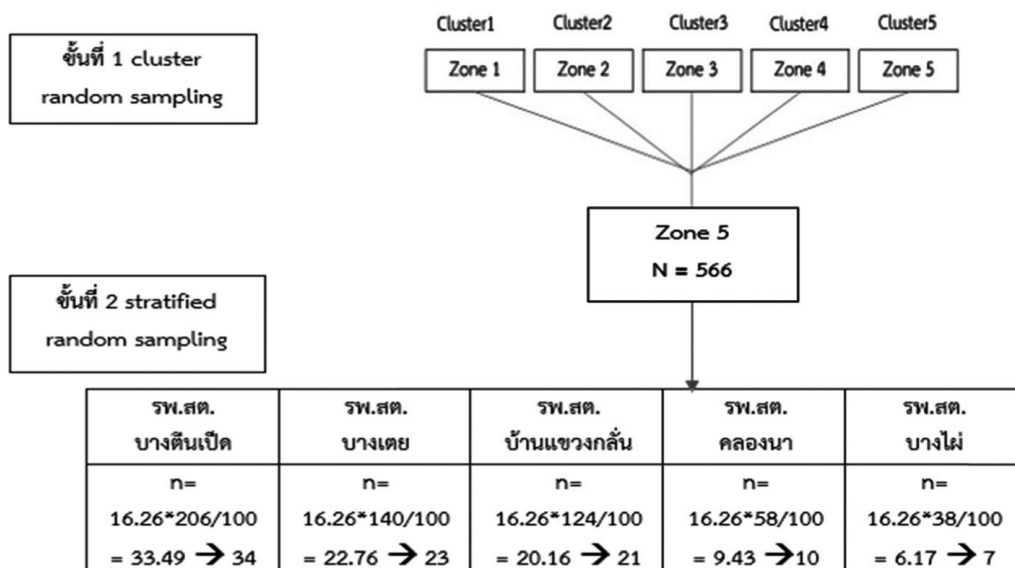
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า จากโปรแกรม Thai CV Risk Score โดยข้อมูลที่ใช้คำนวณประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นเบาหวาน ค่าความดันโลหิต ความยาวเส้นรอบเอว และส่วนสูง โดยแบบประเมินจะแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ¹⁸ คือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ระดับสูงมาก และระดับสูงอันตราย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II; HPLP II) ที่พัฒนาโดย Walker และคณะ⁹ จำนวน 35 ข้อ โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ โภชนาการ จำนวน 8 ข้อ กิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ และการจัดการกับ

ความเครียด จำนวน 5 ข้อ ผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ ทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง และไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น การรับรู้ประโยชน์จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 10 ข้อ และ การรับรู้ความสามารถตนเอง จำนวน 10 ข้อ ผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82, 0.79 และ 0.70 ตามลำดับ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



แผนภูมิที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.775/2561 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีความเสี่ยงใดที่จะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ รวมทั้งใช้รหัสแทนชื่อจริง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเบื้องต้น ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันด้วยสถิติ One-way ANOVA (Analysis Of Variance) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด กับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี (ร้อยละ 63.16) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 27.37) ส่วนใหญ่มีความยาวรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 72.63) มีระดับโคเลสเตอรอลรวม โคเลสเตอรอล LDL-C และ HDL-C อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 67.37, 72.63 และ 66.32 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับสูงมาก (ร้อยละ 41.05) ดังตารางที่ 1

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ และด้านกิจกรรมของร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย

และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในระดับดี ปานกลาง และดี ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจะลดลงเมื่อมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=0.575$, $p=.633$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตารางที่ 3

4. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

4.1 การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .402$, $p < .001$ และ $r = .617$, $p < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

4.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.530$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 95)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	19	20.00
	หญิง	76	80.00
อายุ	ค่าเฉลี่ย 61.93 ปี, SD = 7.62, Min – Max = 37 – 70 ปี		
	น้อยกว่า 40 ปี	1	1.05
	41 – 50 ปี	8	8.42
	51 – 60 ปี	26	27.37
	61 – 70 ปี	60	63.16
มาตรฐานความยาวรอบเอว (ชาย ≤ 90 cm, หญิง ≤ 80 cm)			
	อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	26	27.37
	เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	69	72.63
ระดับโคเลสเตอรอลรวม (<200 mg/dl)			
	ปกติ	64	67.37
	ผิดปกติ	31	32.63
ระดับโคเลสเตอรอล LDL-C (<130 mg/dl)			
	ปกติ	69	72.63
	ผิดปกติ	26	27.37
ระดับโคเลสเตอรอล HDL-C (ชาย ≥ 40 , หญิง ≥ 50)			
	ปกติ	63	66.32
	ผิดปกติ	32	33.68
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า			
	ระดับความเสี่ยงต่ำ (<10%)	17	17.90
	ระดับความเสี่ยงปานกลาง(10- <20%)	23	24.21
	ระดับความเสี่ยงสูง (20- <30%)	16	16.84
	ระดับความเสี่ยงสูงมาก (30- <40%)	39	41.05
	ระดับความเสี่ยงสูงมาก (>40%)	0	0

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (n = 95)

	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า เฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรม
1. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด					
1.1 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	1.60	4.00	3.49	0.52	ดี
1.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	1.40	4.00	3.43	0.60	ดี
1.3 ด้านโภชนาการ	1.75	3.50	2.69	0.36	ปานกลาง
1.4 ด้านกิจกรรมของร่างกาย	1.00	4.00	2.90	0.71	ปานกลาง
1.5 ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย	2.00	4.00	3.46	0.48	ดี
1.6 ด้านการจัดการความเครียด	1.80	4.00	3.27	0.51	ดี
รวม	1.93	3.81	3.21	0.38	ดี
2. การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	2.40	4.00	3.65	0.36	ดี
3. การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	1.00	3.40	2.02	0.54	ปานกลาง
4. การรับรู้ความสามารถของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	2.20	4.00	3.44	0.45	ดี

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกัน (n=95)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด	คะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด			F	p-value
	N	Mean	SD.		
ระดับความเสี่ยงต่ำ	17	3.29	0.19	0.575	.633
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	23	3.24	0.32		
ระดับความเสี่ยงสูง	16	3.18	0.42		
ระดับความเสี่ยงสูงมาก	39	3.16	0.46		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านต่างๆ ต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (n=95)

ปัจจัย	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	
	r	p-value
1. การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	.402	<.001
2. การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	-.530	<.001
3. การรับรู้ความสามารถของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	.617	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ซึ่งมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ในขณะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลรวมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 72.63 สามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอล LDL ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และยังพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.32 สามารถควบคุมโคเลสเตอรอล HDL ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ จึงส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikangwankun, Thato และ Polsook¹⁹ พบว่า ความเพียงพอของทรัพยากรทางสุขภาพ ทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 33.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sutthipatthanangkoon และ Thato²⁰ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครโดยรวม

อยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 63.93, SD. = 7.54)

2. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก รองลงมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ทั้ง 2 โรค จะเกิดความผิดปกติของเยื่อผนังหลอดเลือดแดงแปรสภาพ มีความยืดหยุ่นน้อยลง องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้²¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shah และ Afzal⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จะมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 75.00 โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน⁵ นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความยาวรอบเอวเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 72.63 ซึ่งจากการศึกษาของ Ashwell, Gunn และ Gibson²² พบว่า อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง เป็นตัวชี้วัดโอกาสเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ดีที่สุด

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 0.575, p = .633$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีโอกาสดูแลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างสม่ำเสมอ จากการเฝ้าระวัง

ติดตามผลการรักษาโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิดทุกครั้งที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางการดำเนินงานที่ชื่อว่า “ป้องกันโรคหัวใจ 7 สี” โดยให้กลุ่มที่ป่วยสามารถลดระดับความรุนแรงจากระดับ 3 (สีแดง) เป็นระดับ 2 (ส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) โดยใช้หลักปฏิบัติ “3 อ.” คือ อาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์²³ จึงส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดีเหมือนๆ ในทุกระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผลการศึกษารั้ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดที่ผ่านมา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Eriksen, และคณะ²⁴ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ชายอายุ 1,761 คน และชาวเอเชียใต้จำนวน 1,710 คน ด้วยการติดตามในระยะเวลาประมาณ 21 ปี (17-22 ปี) พบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับจำนวนของลักษณะการมีพฤติกรรมสุขภาพดี (การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การรับประทานผัก และการรับประทานผลไม้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumpathat และคณะ²⁵ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p = .015$)

4. การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยนั้นแสดงว่า การรับรู้ประโยชน์ที่มากขึ้นสามารถทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นไปด้วยซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวกของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ ตามที่ทฤษฎีความคาดหวังและการให้คุณค่า (expectancy-value theory) กล่าวไว้ว่า การคาดการณ์ถึง

ประโยชน์ที่จะได้รับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับแรงจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ส่วนบุคคลที่ได้จากประสบการณ์ตรงของตนเองหรือการสังเกตประสบการณ์จากบุคคลอื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะยอมสละเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ในการเพิ่มประสบการณ์เชิงบวกของตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพอาจเกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก⁹ นั่นคือการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นความเข้าใจของบุคคลถึงประโยชน์และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายของภาวะที่เป็นอยู่ของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อหุ้มที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ Carpenter²⁶ พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Phumankian¹³ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .524, p < .01$) และการศึกษาของ Joychoo และคณะ²⁷ ที่พบการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$)

5. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าการรับรู้ความสามารถตน (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดระบบและปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakit, Panpakdee และ Malathum²⁸ ที่พบว่า กลุ่มผู้ชายไทยอายุ 32-67 ปี ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 280 ราย ในกรุงเทพฯ ที่เลิกบุหรี่ได้จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Thimoonnee และ Preechawong¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาดรายก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-45 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .05$) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับสูงระหว่างการรับรู้ความสามารถในตนเองกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการ รักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ($r = .836, p < .01$)¹⁵

6. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าการรับรู้ อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action) อุปสรรคที่คาดการณ์ไว้ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติอยู่ใน ระดับน้อยและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก การปฏิบัติพฤติกรรม นั้นไม่น่าจะเกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลมีการเตรียม ความพร้อมที่อยู่ในระดับมากและอุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะมากขึ้น⁹ นั้น แสดงว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการรับรู้สิ่งที่ขัดขวาง ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวก สบาย ค่าใช้จ่าย ความยากในการปฏิบัติ การเสียเวลา การที่มี การรับรู้อุปสรรคมากๆ จะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงปฏิบัติพฤติกรรม นั้นๆ⁷ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Lo, Chair และ Lee²⁹ ใน ศึกษาบุคคลในฮ่องกงที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี และ/หรือมี

ความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Horwood, Williams และ Mandics³⁰ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในนิวซีแลนด์ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีการรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจหรือเข้าร่วมเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุ ที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอ และยังพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในประเทศจีน มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาความดันโลหิตมาก จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิต น้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio = 0.62, 95% CI = 0.50-0.78)³¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

พยาบาลและนักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

References

1. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. 2017. [cited 2019 Oct 15]. Available from: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2018. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Liangchawengwong S. Lifestyle-Related Cardiovascular Risk Factors Among Thai University Students were Crisis?. Journal of Science and Technology. 2013;21(7):668-76. (in Thai).
4. Shah A, Afzal M. Prevalence of diabetes and hypertension and association with various risk factors among different Muslim populations of Manipur, India. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2013;12(52):1-10.
5. Ekphalakorn W. The survey of the Thai public health by the 5th physical examination 2014. 1st ed. Bangkok: Graphic and Design Publishing House; 2014. (in Thai)
6. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. Can J Cardiol 2018;34(5):575–84.
7. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle : Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version) [Internet]. 1995. [cited 2018 Oct 4]. Available from <http://hdl.handle.net/2027.42/85349>
8. AHA. Understand Your Risks to Prevent a Heart Attack [Internet]. 2016. [cited 2018 Sep 10]. Available from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/understand-your-risks-to-prevent-a-heart-attack#.WxUQ60iFOM8>
9. Ghazali SM, Seman Z, Cheong KC, Hock LK, Manickam M, Kuay LK, et al. Sociodemographic factors associated with multiple cardiovascular risk factors among Malaysian adults. BMC Public Health 2015;15(68):7-8.
10. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in Elderly: Silence Killer Should be Aware. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017;26(1):100-11. (in Thai).
11. Pender N.J, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7th. USA: Pearson Education Inc; 2015.
12. Suthisant S, Chongphaiboonphatana W. Factors influencing health promoting behaviors among professional nurses in nursing service division, government university hospitals[Internet]. 2009. [cited 2018 Sep 14]. Available from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/8656>
13. Phumankian S. The relationship between perceived benefit of action, perceived self-efficacy, and health promotion behaviors of elderly with coronary artery disease in heart clinic of kalasin hospital, kalasin province [master's degree]. [Chonburi]: Burapha University; 2013. (in Thai)
14. Thimoonnee M, Preechawong S. Factors Related to Preventive Behaviors For Cardiovascular Disease in Premenopausal Cleaning Personnel. Kuakarun Journal of Nursing 2016;23(1):118-32. (in Thai).

15. Thanakwang K, Kespichayawattana J, Jitpanya C. Factors related to health promotion behaviors among older persons: a meta-analysis. *Journal of Nursing Science* 2010;28(3): 60-68. (in Thai).
16. Muang Chachoengsao District Health Service Network. Health Strategy Plan for the fiscal year 2017-2021 (Mueang Chachoengsao Health System) Health Network District, Chachoengsao District, Fiscal Year 2018. Chachoengsao; Health Network Chachoengsao District: 2018. (in Thai).
17. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Assessment of risk factors for cardiovascular disease in patients with diabetes and hypertension. 1st ed. Bangkok: The Agricultural Cooperative Assembly of Thailand Printing Company Limited; 2015. (in Thai).
18. Sathokkit P. Tools to assess the risk of heart disease and stroke. [Internet]. 2016. [cited 2018 Sep 12]. Available from <http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/3.Evolution Tools A.Priny CVD.pdf>
19. Sirikangwankun W, Thato R, Polsook R. Factors Predicting Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among the Royal Thai Army Personnel. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2017;29(2):99-111. (in Thai).
20. Sutthipatthanangkoon C, Thato R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017;28(2):111-25. (in Thai).
21. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Survey of risk factors for non-communicable diseases and injuries. 1st ed. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2010. (in Thai).
22. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 2012;13(3):275-86.
23. Health Education Division, Department of Health Service Support. Health behavior surveillance system to change the risk behavior of norma /risk groups /diabetes, hypertension in Thailand: policies to practice for primary health care facilities.1st ed. Bangkok: Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
24. Eriksen A, Tillin T, O'Connor L, Brage S, Hughes A, Mayet J, et al. The Impact of Health Behaviors on Incident Cardiovascular Disease in Europeans and South Asians – A Prospective Analysis in the UK SABRE Study. *PLoS ONE* 2015;10(3):1-15.
25. Chumpathat N, Kangchai W, Rattanajarana S. Factors Related to Preventive Behaviors Regarding Coronary Artery Disease among Elderly with Metabolic Syndrome. *HCU Journal of Health Science* 2018;22(43-44):114-29. (in Thai).
26. Carpenter CJ. A meta-analysis of effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication* 2010;25(8):661-69.

27. Joychoo N, Pinyopasakul W, Chareonkitkarn V. Relationships among age, perceived benefits of health behaviors, perceived barriers of health behaviors and health behaviors in patients with ischemic stroke. *Ramathibodi Nurs J* 2014;20(2):236-48. (in Thai).
28. Jianvitayakit S, Panpakdee O, Malathum P, Duff. Factors Influencing Smoking Cessation Behavior among Thai Male Smokers with Hypertension. *Pacific Rim International Journal of nursing Research* 2014;18(2):100-10.
29. 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. *Applied Nursing Research* 2015;28(2):197-201.
30. Horwood H, Williams MJ, Mandic S. Examining motivations and barriers for attending maintenance community-based cardiac rehabilitation using the health-belief model. *Heart, Lung and Circulation* 2015;24(10):980-87.
31. 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 Education and Counseling* 2015;98(5):669-73.