



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคล ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ณรงค์กร ชัยวงศ์ พย.ม.*

ปัทมทัต บณฺฑนทต พร.ด.* (การบริหารการศึกษา)

บทคัดย่อ

การขาดการรับรู้ความเสี่ยงตามความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดความใส่ใจดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิจัยครั้งนี้ออกแบบเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคคลที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับโอกาสเสี่ยงปานกลางถึงระดับสูงตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 348 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นและคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังกล่าวเท่ากับ .89 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานร้อยละ 56.8 มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.52$, $SD = .83$) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นควรส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคคลกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ตลอดจนต้องสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคหลอดเลือดหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น



Predicting Factors Preventive Behaviors for Coronary Heart Disease among Persons at Risk to Disease

Narongkorn Chaiwong M.N.S.*

Punnathut Bonkhonthod PhD (Education Administration)**

Abstract

Lack of perceived risk due to individual health beliefs leads people with an increased risk of coronary heart disease (CHD) to disregard self-care behaviors to prevent CHD. The purpose of this study was to investigate CHD prevention behaviors and factors predicting CHD prevention behaviors among persons with an increased risk of CHD. The study sample consisted of 348 persons with moderate or high risk of CHD according to CHD risk stratification criteria. The sample was recruited from patients who received care at NCD clinic of health promoting district hospital in Muang district of Buriram province. The proportionate stratified random sampling method was used for recruitment. Data was collected from June to August 2017. Research instruments included general information form, perceived health status and health motivation questionnaire, and CHD prevention behavior questionnaire. The reliability coefficients of perceived health status and CHD prevention behavior questionnaires were .89 and .79, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics and multiple regressions.

Results showed that majority of the sample was 60 years and older and had the Body Mass Index (BMI) 56.8% over the normal range. The CHD prevention behaviors among this sample was at moderate level ($\bar{x} = 2.52$, $SD = .83$). Factors that predicted CHD prevention behaviors among people with an increased risk of CHD included health motivation, perceived severity of CHD, and perceived barriers. All three factors significantly predicted 42% of CHD prevention behaviors ($p < .01$). In conclusion, this study suggested that CHD prevention behaviors should be promoted among this population. Emphasis should be made on strategies to improve health motivation to perform CHD prevention behaviors, increase perceived CHD severity, and reduce perceived barriers of CHD prevention behaviors.

Keywords: coronary heart disease, prevention behaviors, health beliefs, health motivation

*Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Western University



บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Disease [CAD]) หรือโรคหัวใจขาดเลือด นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อระหว่างปี พ.ศ.2557 - 2559 เท่ากับ 27.83, 29.92 และ 32.8 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากสถิติสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ.2555-2558 พบว่า แนวโน้มการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราการชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.25 เป็น 4.73 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.06 เป็น 7.73 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.08 และ 33.83 รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 67.12 ค่าดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 23.64² ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบแคบ (Thrombosis) ทำให้การนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial ischemia) ถ้าไม่ได้รับการรักษาทันเวลา จะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ตามมา³ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ประกอบด้วยกลุ่มปัจจัยเสี่ยงหลัก 6 ปัจจัย คือ อายุ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันคอเรสเตอรอล ไขมันเอชดีแอล และการสูบบุหรี่ และกลุ่มปัจจัยเสี่ยงรอง 3 กลุ่มย่อย คือ 1) ไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอล 2) ดัชนีมวลกาย ขนาดเส้นรอบเอวและสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก และ 3) การทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงในตัวเอง^{4,5} ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถรวมทำนายระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 83.3⁶ หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผลกระทบโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวอาจนำไปสู่อาการกำเริบได้ตลอดเวลาหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง บางรายอาจเสียชีวิตกะทันหัน บางรายมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจหรือภาวะหัวใจล้มเหลว^{7,8} ในระยะเรื้อรังผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ลดลง⁹ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ตามปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวัยทำงานและเป็นที่พักพิงของครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตนเอง ต้องกลายมาเป็นภาระของครอบครัวและต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น¹⁰ อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันได้ด้วยวิธีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดย

การหยุดสูบบุหรี่ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 mmHg ควบคุมน้ำหนักตัวโดยดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 Kg/m² ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 200 mg/d, LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl Triglycerides น้อยกว่า 150 mg/dl ควบคุมระดับน้ำตาลที่เกาะเม็ดเลือด (HbA_{1c}) ≤ 7% มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ มีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี^{11,12} ซึ่งการป้องกันโรคก่อนแสดงอาการนับเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีความคุ้มค่าสูงทั้งในด้านการประหยัดทรัพยากร การช่วยลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชาชน¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยมีการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรค ดังจะเห็นได้จากการมียุทธศาสตร์ระดับชาติ คือ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ เช่น แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2562 แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ.2553-2562 แผนยุทธศาสตร์การลดโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ.2559-2568 แผนยุทธศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น แต่วิกฤตปัญหาโรค NCDs ในประเทศไทยยังคงไม่มีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น โดยอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ ความชุกของการป่วย และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนได้ว่ามาตรการและการดำเนินการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง และรักษา ที่ดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร¹³ ซึ่งอาจมีปัจจัยสาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักถึงการป้องกันโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้นั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคที่เกิดขึ้นต้องมีความรุนแรงมีผลกระทบและเป็นอันตรายต่อชีวิต รวมถึงรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรค รวมถึงการรับรู้อุปสรรคต่ำในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค¹⁴ นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมยังมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้วย สามารถอธิบายได้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)¹⁴ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมป้องกันโรค



ของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันคือ คุณลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ ความรู้ ฐานะทางสังคม กลุ่มเพื่อน ประสบการณ์การสัมผัสโรค รวมทั้ง สิ่งกระตุ้นเตือนใจให้เกิดการกระทำ เช่น ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นทั้งทางตรงและทางอ้อม¹⁵

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคคลกลุ่มเสี่ยง และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากเขตพื้นที่ดังกล่าวมีแนวโน้มของการเกิดหลอดเลือดโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเฉพาะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁴ ที่ใช้ในการประเมินการรับรู้การเกิดโรคหรือภาวะสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม มาอธิบายถึงการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคของบุคคลกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ และพฤติกรรมของบุคคลกลุ่มเสี่ยง เพื่อที่จะให้การดูแลได้สอดคล้องตามการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้รับบริการ รวมถึงเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการให้การดูแลและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพต่อไป

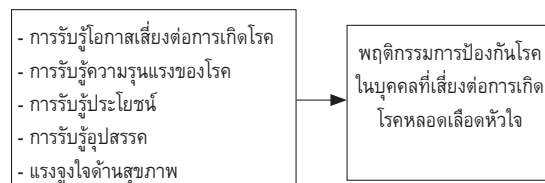
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker¹⁴ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งมีจุดเน้นที่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ความเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในบุคคล ที่มีสุขภาพดีและบุคคลที่เจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม และการค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ความ

รุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตน ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเกิดขึ้นซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรม ความร่วมมือ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง ทำให้เป็นแรงขับที่ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ หากรับรู้ภาวะเสี่ยงสูงแต่ยังต้องการปฏิบัติจะต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น ซึ่งคนแต่ละคนต้องการการกระตุ้นในระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง หากระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่ำก็ต้องอาศัยการกระตุ้นอย่างมาก และหากระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสูง อาจกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Research) ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้รับการบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 24 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ.2560

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 10 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีคุณสมบัติคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับโอกาสเสี่ยงปานกลางถึงสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart : Risk Prediction Chart for SEAR B, 2007) ตาม Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk¹⁶ ทั้งนี้พยาบาลประจำจุดคัดกรองจะเป็นผู้ทำหน้าที่คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัย



กำหนดเพื่อเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ 2) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบสหสัมพันธ์ของ โพลิตและอิงเลอร์¹⁷ เพื่อเป็นการยืนยันว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพียงพอที่จะควบคุม Type II Error ได้โดยคำนวณความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 เปอร์เซนต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test : $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 เลือกขนาดของอิทธิพล (Effect size) ที่ .30 เปิดตารางความสัมพันธ์ได้เท่ากับ 348 ราย ซึ่งในการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นและคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (Proportionate stratified random sampling) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 24 แห่ง โดยสุ่มมาร้อยละ 40 ของกลุ่มประชากร ได้ทั้งหมด 10 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละแห่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 28, 35, 42, 33, 27, 32, 43, 26, 37 และ 45 ราย ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับการตรวจตามนัดของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบนี้ทุกครั้ง จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจิตหทัย สุขสมัย¹⁸ และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรม การออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 8 ข้อ การตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 5 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach Alpha Coefficient เท่ากับ .79

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของจิตหทัย สุขสมัย¹⁸ ซึ่งสร้างขึ้นจากการรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker, et al¹³

และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ การเสี่ยงต่อการเกิดโรคจำนวน 9 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 8 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach Alpha Coefficient เท่ากับ .89

การแบ่งช่วงคะแนนจะใช้เกณฑ์การแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง โดยใช้หลักการทางสถิติคือ ค่าพิสัยคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด ได้เป็นค่าพิสัย แล้วหารด้วยจำนวนระดับ จะให้ความกว้างของแต่ละกลุ่ม¹⁹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปิดเป็นความลับโดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 3 คน ที่ได้รับการชี้แจงรายละเอียดของเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัยมาแล้ว โดยขั้นแรกผู้วิจัยได้นำบันทึกจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยคัดกรองในคลินิกโรคไม่ติดต่อของแต่ละแห่งเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด ภายหลังได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างหลังจากเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาศึกษาด้วยสถิติพรรณนาโดยการ แจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.8) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 62 อายุเฉลี่ย 64.2 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.7) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.4) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.3) อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 61.1) เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 43.7) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 19.7) เคยดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 38.9) ยังดื่มอยู่ (ร้อยละ 12.3) ภาวะสุขภาพพบว่า ร้อยละ 45 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 21.5 และ 12.47 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากถึงร้อยละ 56.8 ด้านการได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจจากหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าร้อยละ 62 เคยได้รับคำแนะนำ ส่วนการได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจจากสื่ออื่นๆ พบว่าร้อยละ 68 เคยได้รับข้อมูล จากป้ายโฆษณา วิทยู โทรทัศน์

พฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.52 ($S.D. = .83$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านออกกำลังกาย ด้านบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการตรวจสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($n = 348$)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		$\bar{x}$	$S.D.$	ระดับ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
พฤติกรรมการป้องกันโรค (โดยรวม)	1.00-4.00	1.00-4.00	2.52	.83	ปานกลาง
1) ด้านออกกำลังกาย (7)	1.00-4.00	1.50-4.00	2.21	.70	ปานกลาง
2) ด้านบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (8)	1.00-4.00	1.00-4.00	2.83	.62	ปานกลาง
3) ด้านการจัดการความเครียด (8)	1.00-4.00	1.00-4.00	2.09	.50	ปานกลาง
4) ด้านการตรวจสุขภาพ (5)	1.00-4.00	1.00-4.00	2.56	1.01	ปานกลาง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ยกเว้น

การรับรู้อุปสรรคเพียงอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.15 ($S.D. = .87$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน ($n = 348$)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		$\bar{x}$	$S.D.$	ระดับ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้การเสี่ยงต่อการเกิดโรค (9)	1.00-5.00	1.00-5.00	3.78	.61	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (8)	1.00-5.00	3.00-5.00	4.31	.53	สูง
การรับรู้ประโยชน์ (7)	1.00-5.00	3.00-5.00	4.06	.42	สูง
การรับรู้อุปสรรค (6)	1.00-5.00	1.00-5.00	3.15	.87	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ (6)	1.00-5.00	2.00-5.00	4.21	.61	สูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจด้าน

สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .436, .449$ และ $.570$)



ตามลำดับ การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับ พฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = .161$) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = -.100$)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อเรียงลำดับสัมประสิทธิ์อำนาจการทำนาย (R^2) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้สูงที่สุด ร้อยละ 33 ส่วนการรับรู้ความรุนแรง สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6 และการรับรู้อุปสรรค สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้เพียงร้อยละ 3 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดรองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค (Beta = .43, .36 และ .20 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 348$)

ตัวแปรพยากรณ์	<i>b</i>	<i>Beta</i>	R^2	R^2_{change}	<i>F</i>
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	1.3 ^{**}	.43 ^{**}	.33	.33	59.68 ^{**}
การรับรู้ความรุนแรง	.95 ^{**}	.36 ^{**}	.39	.06	38.71 ^{**}
การรับรู้อุปสรรค	-.39 [*]	-.20 [*]	.42	.03	29.25 ^{**}
Std. Error = 7.20, Intercept = 9.24, $R^2 = 0.42$, $F_{(3,345)} = 29.25^{**}$					

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.52$, $S.D. = .83$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ส่วนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม แรงจูงใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.15$ $S.D. = .87$)

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพสูง แต่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่เพียงระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจว่ามีผลกระทบต่อบุคคล ก่อให้เกิดพิการหรือเสียชีวิตหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการที่ผิดปกติให้เห็นทันที เมื่อถึงเวลาจึงแสดงอาการอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต หรือไม่รุนแรงก็ได้ รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจากบุคคลใกล้ชิดยังมีไม่มากนัก หรือยังคงเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพียง

แค่รับประทานยาและรักษาให้ต่อเนื่องก็สามารถดำรงชีวิตได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .436$, $p < .01$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้มีไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยง ($r = .449$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญประโยชน์ของการป้องกันโรค จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนสตอก²¹ ที่มีความเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค แต่ความเชื่อนั้นอาจไม่เพียงพอจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุดจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ผลศิริปฐม²² ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับการรับรู้



ด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน ซึ่งแรงจูงใจด้านสุขภาพมักเกิดจากความสนใจในสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพ แสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพในรูปแบบของความต้องการ ความตั้งใจ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง มีความสนใจในการแสวงหาความรู้ แหล่งบริการทางสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม¹⁵ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .570, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร²³ ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ($\beta = .28, p < .01$)

นอกจากนี้ เบคเกอร์¹⁵ กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดี นั่นคือ ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่ออาการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วย และถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ซึ่งจากการวิจัยบุคคลกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นเพียงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่านั้น ยังไม่เคยได้รับประสบการณ์การเกิดโรคกับตนเอง ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่เพียงระดับปานกลางถึงแม้จะรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงก็ตาม ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 19.7) ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 12.3) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .161, p > .05$) ในทำนองเดียวกับการศึกษาของจินดาพร ศิลาทอง²⁴ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยง ($r = -.100$) อธิบายได้ว่า บุคคลจะประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความรู้สึกหรือตามการคาดคะเนของตนเอง หากเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย¹⁴ แต่จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางถึงน้อย

วัตถุประสงค์ที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ เบคเกอร์¹⁴ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ผลการวิจัยสามารถสนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ได้โดยพบว่า ตัวแปรที่ทำนายความผันแปรพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดและมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค อาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลหรือสื่อต่างๆ เช่น วิทยุโทรทัศน์ หนังสือ อินเทอร์เน็ต การให้สุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการที่ได้เห็นคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้คนเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักถึงการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62 เคยได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และร้อยละ 68 เคยได้รับข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสื่อต่างๆ จากป้ายโฆษณา วิทยุ โทรทัศน์ จึงเป็นตัวสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียร²³ ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10 และในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนต่อครอบครัวและสังคมจึงจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น จากการศึกษาของเบคเกอร์¹⁴ สรุปได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้



ทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และวิตกกังวลถ้าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จดจำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ นอกจากนี้การรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นอีกตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ เนื่องจากการรับรู้ผลกระทบเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบาย หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ การรับรู้ผลกระทบจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถให้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร แสงศรีจันทร์⁵ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์จากโรคที่เป็นอยู่นั้นสามารถทำนายความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = .215$)

ส่วนปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยง ไม่สามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อาจเนื่องมาจาก บุคคลกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นเพียงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่านั้น ยังไม่เคยได้รับประสบการณ์การเกิดโรคกับตนเอง รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจากบุคคลใกล้ชิดยังมีไม่มากนัก หรือยังคงเห็นว่าผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจเพียงแค้รับประทานยา และรักษาให้ต่อเนื่องก็สามารถดำรงชีวิตได้ ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่เพียงระดับปานกลาง ถึงแม้จะรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงก็ตาม สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = .161$) รวมถึงการรับรู้ประโยชน์ไม่สามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ เนื่องจาก บุคคลมีความเชื่อที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค แต่ความเชื่อนั้นอาจไม่เพียงพอจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุดจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ²¹ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์เป็นเพียงประสบการณ์ความเชื่อของแต่ละบุคคล ผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะส่งผลในระยะยาวซึ่งบุคคลไม่สามารถทำนายผลของการปฏิบัตินั้นได้

จากปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพพบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมี 3 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีรวมถึงคุณภาพชีวิตและความผาสุกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง ดังนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลประชาชนกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละบุคคล โดยเน้นการประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพื้นฐาน

2. ด้านการวิจัย ควรนำปัจจัยที่มีค่าอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพต่อไป รวมถึงนำผลการวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายในเขตอื่นๆ พร้อมทั้งมีการวัดผลระยะสั้น ระยะยาว เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงให้เกิดความเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. อภิชาติ สุคนธทรัพย์. Coronary Artery Disease: The New Frontiers. เชียงใหม่: ทริคธิงค์; 2553.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สรุปแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปี 2558. (ออนไลน์). 2558. เข้าถึงเมื่อ 22 พฤษภาคม 2559. เข้าถึงได้จาก <https://www.164.115.22.73/r9health/wp-content/uploads/2014/12/จังหวัดบุรีรัมย์>



4. Moore A, Mangoni AA, Lyons D, Jackson SHD. The cardiovascular system in ageing patient. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 56(3): 254-60.
5. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: A statement healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1999; 34(4): 1348-59.
6. ทิพวรรณ แก้วบางพุด จอม สุวรรณโณ และลัดดา เทียมวงศ์. ปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าของผู้สูงวัยชาวชนบท. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2558; 33(3): 174-84.
7. Saffitz JE. The heart. In R. Rubin (Ed.), *Rubin's pathology clinicopathologic of medicine* (5th ed.) (pp. 427-481). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
8. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2552.
9. Bunker SJ, Colquhoun DM. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factor. *Medical journal American* 2003; 178: 17-21.
10. จริยา ตันติธรรม. กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ในจริยา ตันติธรรม และคณะ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: นิตยบรรณการ; 2547.
11. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update - A scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007; 115(20): 2675-82.
12. Smith Jr SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. *AHA/ACC Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association*. *Journal of the American College of Cardiology* 2011; 58(23): 2432-46.
13. ธนพันธ์ สุขสะอาด, วรณสุตา งามอรุณ และวิชชุกร สุริยะวงศ์ไพศาล. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2558.
14. Becker MH. *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack; 1974.
15. Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Select psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Med Care* 1997; 15: 27-46.
16. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
17. Polit DF, Hungler BP. *Nursing Research Principles and Methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott; 1999.
18. จิตหทัย สุขสมัย. การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
19. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
20. กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้มีไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์). อุบลราชธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2554.
21. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. in M.H. Becker (Ed). *The Health belief model and personal behaviors*. New Jersey: Charle B. Slack; 1974.
22. ขวัญใจ ผลศิริปฐม. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลวังตะกอก อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. (วิทยานิพนธ์). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
23. สุจิตรา เหมวิเชียร. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิม. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2559; 25(5): 379-88
24. จินดาพร ศิลาทอง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่ในชุมชน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.
25. ศิริพร แสงศรีจันทร์ ประาณี โอภาสนันท์ และมฤดี เกศหอม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ในจังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2561; 36(3): 117-26.