

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Factors associated Preventive Behaviors among Persons at risk of
Coronary Heart disease in I-san sub-district, Muang district, Buriram Province

ปัทมทัต บณขุนทด, ปร.ด.*

ปิยลักษณ์ จันทร์สม, พย.ม.*

ชุมศรี ตันเกตุ, พย.ม.**

ชฎานิศ เขียวสด, ส.ม.*

กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, พย.ม.*

กัลยา มั่นล้วน, ปร.ด.**

Punnathut Bonkhunthod, Ph.D.*

Piyaluck Chansom, M.N.S.*

Choomsri Tonkhet, M.N.S.**

Chayanis Kheawsod, M.P.H.*

Kitipong Ruanphet, M.N.S.*

Kanlaya Munluan, Ph.D.**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

*Faculty of nursing, Western university, Buri Ram campus, Buri Ram Province, Thailand, 31000

**Faculty of Nursing, Huachlew Chalermprakiet University, Samutprakran Province, Thailand, 10540

Corresponding author, E-mail address: iampun1976@gmail.com

Received: 11 Jul 2023. Revised: 13 Sep 2023 Accepted: 13 Nov 2023

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญของคนไทย การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลที่เหมาะสมจะทำให้สามารถวางแผนเพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหา
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
- วิธีการวิจัย** : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคคลที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 217 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ.2565 สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 66.6 และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

- สรุป** : การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคคลกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตลอดจนต้องสร้างความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคและลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสำคัญ
- คำสำคัญ** : พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ

ABSTRACT

- Background** : Cardiovascular diseases are important causes of death and illness in Thai people. Programs to increase health literacy will support prevention and promotion to reduce the risk of the diseases.
- Objective** : The purpose of this research was to study factors associated preventive behaviors among persons at risk of coronary heart disease.
- Methods** : A correlational design, among persons at risk to disease in Ban Nongprong health promoting hospital of I-San subdistrict, Mueang district, Buri Ram Province. The sample consisted of 217 persons at risk to coronary heart disease who were purposively recruited according to inclusion criteria, followed up at Ban Nongprong health promoting hospital, were collected from may to June, 2022.
- Results** : The research findings were overall preventive behaviors for coronary heart disease of participant was at a moderate level ($\bar{X} = 66.6$). The health motivation, perceive of severity and perceive of barrier significant by predicted preventive behaviors for coronary heart disease among persons at risk to disease. The predicting power was 42 percents of the variance ($p < 0.01$).
- Conclusion** : The findings suggest that promoting of preventive behavior for coronary heart disease among persons at risk to disease requires promoting health motivation in relation to individual lifestyle as well as increase perceive of severity and decreasing perception of barriers.
- Keywords** : Preventive behaviors, Coronary heart disease, Perception of health, Health Motivation.

หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้เมื่อ พ.ศ.2559 มีประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 17.7 ล้านคนและร้อยละ 31 เสียชีวิตด้วยโรคนี้พบมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เสียชีวิตมักอยู่ในประเทศที่ด้อยและกำลังพัฒนาและพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือด

สมอง⁽¹⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจำนวน 23 ล้านคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาจำนวน 17.5 ล้านคนของประชากรทั้งโลก⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยพบว่าอัตราการตายและอัตราป่วย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตรา

ตายในช่วงปี พ.ศ.2554-2558 เท่ากับ 61.9 72.1 84.3 90.3 และ 96.3 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศย้อนหลัง 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ.2554-2558) เท่ากับ 412.5 427.5 431.9 407.7 และ 501.1 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรอายุ 15-79 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.5 การดื่มสุราร้อยละ 28.2 ที่ดื่มหนักร้อยละ 8.6 รับประทานผักหรือผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 73.3 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 51.9⁽⁴⁾

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดจนเกิดการอุดตันจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการตีบแคบ (Thrombosis) ทำให้การนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการบริโภคที่เกินความต้องการของร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ปัจจัยเนื่องจากโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ภาวะน้ำหนักเกินและโรคเบาหวาน⁽⁵⁾ ผลกระทบในระยะยาวจากโรคหลอดเลือดหัวใจอาจนำไปสู่อาการกำเริบได้ตลอดเวลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจหรือภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น⁽⁶⁾ ส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานหัวใจลดลงมากถึงร้อยละ 52 จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคและร้อยละ 60 ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลง⁽⁷⁾ และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ตามปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวัยทำงานและเป็นที่พักพิงของครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตนเอง ผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายอาจต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงานก่อนเวลาอันควร ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ บางรายต้องกลายมาเป็นภาระของครอบครัวและต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันได้ด้วยวิธีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการหยุดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ทุกชนิด ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 mmHg ควบคุมน้ำหนักตัวโดยดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 Kg/m² ระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 200 mg/d, LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl ระดับน้ำตาลที่เกาะเม็ดเลือด (HbA1C) \leq 7% มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ การมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี⁽⁸⁾ การป้องกันโรคก่อนแสดงอาการนับเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีความคุ้มค่าสูงทั้งในด้านการประหยัดทรัพยากร การช่วยลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชาชน ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น จะต้องมีความเชื่อว่าเป็นตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นต้องมีความรุนแรง มีผลกระทบและเป็นอันตรายต่อชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรคและต้องรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย เสียเวลา เป็นต้น นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมยังมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้วย สามารถอธิบายได้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽⁹⁾

จากสถิติสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ.2555-2558 พบว่า แนวโน้มการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.25 เป็น 4.7 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.0 เป็น 7.7⁽¹⁰⁾ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.0 และ 33.8 รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 67.1 ค่าดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 23.6 ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ บุคคลที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับโอกาสเสี่ยงปานกลางถึงระดับสูงตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านหนองโพรง ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ.2564 จำนวน 499 ราย และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ.2562 2563 2564 จำนวน 33 30 และ 20 คน ตามลำดับ⁽¹⁰⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากเขตพื้นที่ดังกล่าวมีแนวโน้มของการเกิดหลอดเลือดโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเฉพาะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁽⁹⁾ มาอธิบายถึงการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยั้งที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมของบุคคลกลุ่มเสี่ยง เพื่อที่จะให้การดูแลได้สอดคล้องตามการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้รับบริการ รวมถึงเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการให้การดูแลและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ประชากรคือ ประชาชนในชุมชนตำบลอิสาน ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ.2564 จำนวน 499 คน⁽¹⁰⁾

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้ตารางการสุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽¹¹⁾ จำนวน 217 คน ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ระหว่างเดือน พฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al.⁽¹²⁾ และดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ⁽⁴⁾ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่พกอาศัยอยู่ด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปีและผลการตรวจร่างกาย ค่า BMI ครั้งสุดท้าย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้การเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

โดยได้ค่าอัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 0.79 แบบสอบถาม การรับรู้ภาวะและแรงจูงใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2021-023 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 217)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.	ระดับ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
พฤติกรรมการป้องกันโรค					
ด้านออกกำลังกาย	7 - 28	7 - 23	15.3	4.1	ปานกลาง
ด้านบริโภคอาหาร	8 - 32	16 - 28	21.2	3.0	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	8 - 32	12 - 23	15.8	2.6	ปานกลาง
ด้านการตรวจสุขภาพ	5 - 20	5 - 20	13.9	5.0	ปานกลาง
รวม	28 - 112	43 - 96	66.6	10.3	ปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคเพียงด้านเดียวอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.8 มีอายุเฉลี่ย 56.4 อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 23 และ 82 ปี ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.7 นั้ถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.4 ประกอบอาชีพร้อยละ 64.3 ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 79.4 อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 61.1 สูบบุหรี่ร้อยละ 43.7 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 62 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.6 ดัชนีมวลกายสูงสุด 37.4

พฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 43-96 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 66.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางทุกด้าน (ตารางที่ 1)

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมียค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 34.1 ความรุนแรงของโรคมียค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 34.4 การรับรู้ประโยชน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 28.2 แรงจูงใจด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 25.4 และการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน (n = 217)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.	ระดับ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้การเสี่ยงต่อการเกิดโรค	9.0 - 45.0	19.0 - 45.0	35.1	4.3	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	8.0 - 40.0	24.0 - 40.0	33.4	3.9	สูง
การรับรู้ประโยชน์	7.0 - 35.0	21.0 - 35.0	27.2	3.2	สูง
การรับรู้อุปสรรค	6.0 - 30.0	07.0 - 30.0	21.2	5.2	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	6.0 - 30.0	18.0 - 30.0	25.4	3.4	สูง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.4, 0.4$ และ 0.5) ตามลำดับ การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.1$) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.1$)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และแรงจูงใจ ด้านสุขภาพ

พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเรียงลำดับสัมประสิทธิ์อำนาจการทำนาย (R^2) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้สูงที่สุด ร้อยละ 33 ส่วนการรับรู้ความรุนแรง สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6 และการรับรู้อุปสรรค สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างได้เพียงร้อยละ 3 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดรองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค (Beta = 0.4, 0.3 และ 0.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 217)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์	b	Beta	R^2	R^2 change	F
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	1.3 [†]	0.4 [†]	0.3	0.3	59.6 [†]
การรับรู้ความรุนแรง	0.9 [†]	0.3 [†]	0.3	0.06	38.7 [†]
การรับรู้อุปสรรค	-0.3*	-0.2*	0.4	0.03	29.2 [†]

Std. Error = 7.2, Intercept = 9.2, $R^2 = 0.42$, $F_{(3,123)} = 29.2^{\dagger}$

* = $p < 0.01$, [†] = $p < 0.001$

อภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพสูง แต่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่เพียงระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย ก่อให้เกิดพิการหรือเสียชีวิต ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคมของตน แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการที่ผิดปกติให้เห็นทันที เมื่อถึงเวลาจึงแสดงอาการอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรือไม่รุนแรงก็ได้ รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจากบุคคลใกล้ชิดยังมีไม่มากนักหรือยังคงเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพียงแค้รับประทานยาและรักษา ให้ต่อเนื่องก็สามารถดำรงชีวิตได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=0.4, p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยง ($r = 0.4, p < 0.01$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญประโยชน์ของการป้องกันโรคจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock⁽¹³⁾ ที่มีความเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค แต่ความเชื่อนั้นอาจไม่เพียงพอจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อเขามากที่สุดจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ วีระพันธ์เจริญที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับแรงจูงใจด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน ซึ่งแรงจูงใจด้านสุขภาพมักเกิดจากความสนใจในสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพ แสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพในรูปแบบของความ ต้องการ ความตั้งใจหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง มีความสนใจในการแสวงหาความรู้แหล่งบริการทางสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม⁽¹²⁾

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 53.6 ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย นำไปสู่การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า การทรงตัวไม่ดี สายตาพร่ามัว มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชมน คัมมาตย์ และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.4, p = 0.001$) กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ลดลง รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพลดน้อยลงด้วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพต่างๆ ร้อยละ 64.3 ซึ่งอาชีพก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.4, 0.4$ และ 0.5) ตามลำดับ การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

($r = 0.1$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.1$) และจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้จากการศึกษาของ Rosenstock, I,M⁽⁹⁾ สรุปได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้และผลที่ได้ทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับด้านจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัวและวิตกกังวล ถ้าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จดจำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

สรุป

จากปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ยกเว้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและมี 3 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลควรมีการสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อหา

แนวทางในการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีรวมถึงคุณภาพชีวิตและความผาสุกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular disease. 2014. [Internet]. [cited 2022 February 15]. Available from:URL:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/
2. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2557. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2565]. ค้นได้จาก:URL:<http://www.thaincd.com/2016/mission>
3. ณัฐชยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, กิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561;22(43-44):55-69.
4. ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปณณทัต บนขุนทด. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(2):6-15.
5. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular disease: guidelines for assessment and anagement of total cardiovascular risk : Geneva : World Health Organization ; 2007.

6. Saffitz JE. The heart. In: Rubin R, Strayer DS. Rubin's pathology clinicopathologic of medicine. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2008 : 427-81.
7. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. Med J Aust 2003;178(6):272-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05193.x.
8. วิไลวรรณ คมขำ, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, นพณัฐ จำปาเทศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565;5(2): 44-56.
9. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q 1988;15(2):175-83. doi: 10.1177/109019818801500203.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง. สถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง ประจำปี พ.ศ.2564. บุรีรัมย์ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโพรง ; 2564. (เอกสารอัดสำเนา).
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10. <https://doi.org/10.1177/0013164470030003>
12. Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. Med Care 1977;15(SUPPL 5):27-46. doi: 10.1097/00005650-197705001-00005.
13. Rosenstock IM. The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco,CA : Jossey-Bass/Wiley ; 1990 : 39-62.
14. นพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ. ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(ฉบับพิเศษ):137-45.
15. พรชมน คัฒมาตย์, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563;31(1):62-77.