

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้¹

สิริรักษ์ วาโยบุตร พย.บ.²
อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, Ph.D.³

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

การออกแบบวิจัย การวิจัยแบบเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเลือก 5 ปัจจัยจากทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 80 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่ม มีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 3) ไม่มีโรคประจำตัวร่วม เกณฑ์คัดออก คือ มีอาการผิดปกติระหว่างเก็บข้อมูล เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และตรวจพบภาวะแทรกซ้อน เครื่องมือวิจัยมี 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .93, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และค่าความเที่ยง .87, .72, และ .70 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.80) เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 57.50) มีค่าความดันโลหิตระหว่าง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 82.50) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ($M = 3.08$, $SD = .42$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($M = 3.53$, $SD = .58$) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว ($M = 3.20$, $SD = .45$) อยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว ($M = 3.84$, $SD = .40$) อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, E-mail: apinya.w@msu.ac.th

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

โรคหลอดเลือดหัวใจ ($M = 2.58$, $SD = .36$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($M = 3.47$, $SD = .34$) อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .191$, $r = .500$, และ $r = .714$ ตามลำดับ) ในทางกลับกันการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.593$) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรหาแนวทางเพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นที่ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

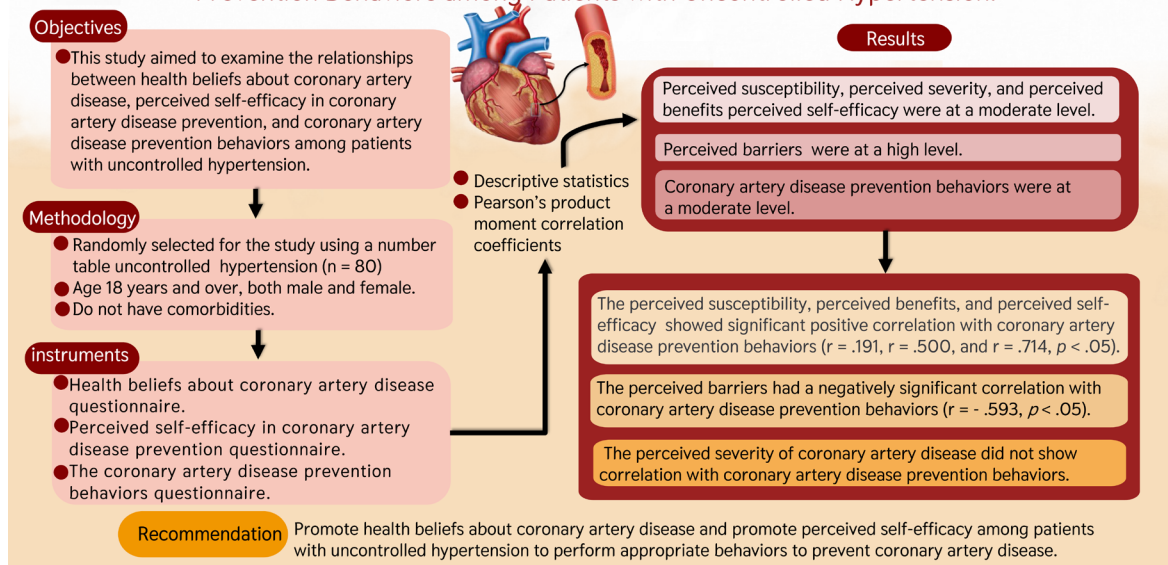
วันที่ได้รับ 21 ต.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 13 ก.พ. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 18 ก.พ. 68

The Relationships between Health Beliefs, Perceived Self-Efficacy, and Coronary Artery Disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension¹

Sireeruk Wayobut B.N.S.²

Apinya Wongpiriyayothar Ph.D.³

The Relationships between Health Beliefs, Perceived Self-Efficacy, and Coronary Artery Disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension.



Extended Abstract

Introduction Uncontrolled hypertension is a major cause of coronary artery disease. The patients can reduce their risk of coronary artery disease by adopting appropriate health behaviors.

Objectives This study aimed to 1) describe the health beliefs, perception of self-efficacy, and coronary artery disease prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension, and 2) examine relationships between health beliefs about coronary artery disease, perceived self-efficacy in coronary artery disease prevention, and coronary artery disease prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension.

Design This study employed a descriptive correlational design using the Health Belief Model as a conceptual framework. The model's five factors influencing health behaviors were selected for the study, including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy.

¹Thesis: Adult and Gerontological Nursing, Mahasarakham University, Thailand

²Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Thailand

³Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Thailand; E-mail: apinya.w@msu.ac.th

Methodology The study participants comprised 80 patients with uncontrolled hypertension who received services at a community health center of a hospital in the northeastern region. Participants were randomly selected using a random number table. The inclusion criteria were: 1) blood pressure > 140/90 mmHg, 2) aged 18 years and over, and 3) absence of comorbidities. The exclusion criteria included: 1) presence of abnormal symptoms during data collection, such as headaches and dizziness, and 2) complications of hypertension. The research instruments included questionnaires assessing: 1) health beliefs about coronary artery disease, 2) perceived self-efficacy in coronary artery disease prevention, and 3) coronary artery disease prevention behaviors. The content validity indices of the instruments were 0.93, 1.0, and 1.0, respectively. The reliability coefficients were 0.87, 0.72, and 0.70, respectively. Data were collected between March and April 2024. The data were then analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficients.

Results The majority of the participants were female (58.80%), older adults (57.50%), and had blood pressure levels between 140/90 and 159/99 mmHg (82.50%). Regarding health beliefs, the mean scores for perceived susceptibility to the risk of coronary artery disease ($M = 3.08$, $SD = 0.42$), perceived severity of coronary artery disease ($M = 3.53$, $SD = 0.58$), and perceived benefits of coronary artery disease prevention practices ($M = 3.20$, $SD = 0.45$) were at a moderate level. The mean score for perceived barriers to coronary artery disease prevention practices ($M = 3.84$, $SD = 0.40$) was at a high level. The mean scores for perceived self-efficacy in coronary artery disease prevention ($M = 2.58$, $SD = 0.36$) and coronary artery disease prevention behaviors ($M = 3.47$, $SD = 0.34$) were at a moderate level. The results of the correlation analysis indicated that perceived susceptibility to the risk of coronary artery disease, perceived benefits of coronary artery disease prevention practices, and perceived self-efficacy in coronary artery disease prevention had significant positive correlations with coronary artery disease prevention behaviors ($r = .191$, $r = .500$, and $r = .714$, respectively, $p < .05$). Conversely, perceived barriers to coronary artery disease prevention practices had a significant negative correlation with coronary artery disease prevention behaviors ($r = -.593$, $p < .05$). However, perceived severity of coronary artery disease did not show a correlation with coronary artery disease prevention behaviors.

Recommendation Nurses should develop strategies to promote health beliefs about coronary artery disease, focusing on enhancing perceived susceptibility, perceived benefits, and perceived barriers to practices, and promoting perceived self-efficacy among patients with uncontrolled hypertension to perform appropriate behaviors to prevent coronary artery disease.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(2) 191-209

Keywords uncontrolled hypertension/ health belief/ perceived self-efficacy/ coronary artery disease prevention behaviors

Received 21 October 2024, Revised 13 February 2025, Accepted 18 February 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการป้องกัน ในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1,280 ล้านคน มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 คนเท่านั้นที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 จาก 14,618 เป็น 15,109 และ 15,638 ต่อแสนประชากร อัตราเสียชีวิตด้วยความดันโลหิตสูงจาก 14.5 เป็น 15.4 และ 13.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ^๑ และพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มากกว่าร้อยละ 50 จาก ร้อยละ 52.73 เป็น 56.62 และ 56.43 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนตามมา^๒

โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นเวลา 13 ปีพบว่า มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังมากที่สุด คือร้อยละ 19.6 รองลงมา และพบโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด ร้อยละ 7.4^๓ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 2 - 5 เท่า^{๔-๖} มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 53^๗ สำหรับการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี ค.ศ. 2020-2022 (พ.ศ. 2563 - 2565) พบว่ามีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 23.3^๘ สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมาจากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ไม่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน 8.26 เท่าของผู้ที่รักษาสม่ำเสมอ^๙ หากผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะมี

อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 2.9¹⁰

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากเมื่อมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงอักเสบเรื้อรังเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวจากการสะสมของไขมันระหว่างชั้นผนังหลอดเลือดแดงเกิดเป็นตะกรัน (plaque) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง และเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้ตะกรันที่อยู่ตามผนังหลอดเลือดแตกตัวทำให้เกิดลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจ เป็นผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา¹¹

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวในผู้ป่วยมาจากพฤติกรรมที่ป้องกันได้มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เรื่องการบริโภคเกลือโซเดียมเกิน ร้อยละ 87¹² มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากที่สุดในเรื่องการรับประทานอาหารเค็ม เช่น น้ำพริก ปลาพริก น้ำพริกกะปิ แกงอ่อม เป็นประจำ และมีการดื่มเกลือ น้ำปลา ซอว์ ซอส ลงในอาหารที่ปรุงมาแล้ว นอกจากนี้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีธัญพืชเป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.10¹³ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.80 จำนวนบุหรี่ที่สูบ 1-10 มวน ร้อยละ 81.80 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.70 โดยดื่ม 3-4 วันต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 33.80¹⁴ มีการออกกำลังกายและมีการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำ¹⁵ มีการปรับลดยารักษาความดันโลหิตสูงด้วยตนเองเมื่อมีอาการทั่วไปปกติ ร้อยละ 9.80 รับประทานสมุนไพรร่วมกับยาลดความดันโลหิตเป็นประจำ ร้อยละ 9.80 รับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 4.70¹⁴ และผิวดินเป็นบางครั้ง ร้อยละ 25.80 เรื่องการจัดการกับความเครียดพบว่า หากเกิดความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ร้อยละ 58.80¹⁶

การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมสามารถอธิบายได้จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อที่ประกอบด้วย ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว¹⁷ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁸ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หากมีความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่เหมาะสมทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เหมาะสมได้

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง เช่น ในผู้ที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมร่วมกับโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และ/หรือความดันโลหิตสูง จะพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ¹⁹ และในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ²⁰ ในขณะที่งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

หลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการน้อย และยังไม่มีการผิดปกติจึงรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยและไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ²¹ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยความเชื่อด้านสุขภาพในที่นี้ เป็นความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรณรงค์สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อถึงความสามารถในการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์จาก

การปฏิบัติ (perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ (perceived barrier) ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy)¹⁷⁻¹⁸ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีงานวิจัยสนับสนุนว่าในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 1) ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (smoking and alcohol consumption) 2) ด้านการออกกำลังกาย (exercise) 3) ด้านการรับประทานอาหาร (dietary consumption) 4) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) และ 5) ด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด (taking antihypertensive drugs and follow up) (Figure 1)

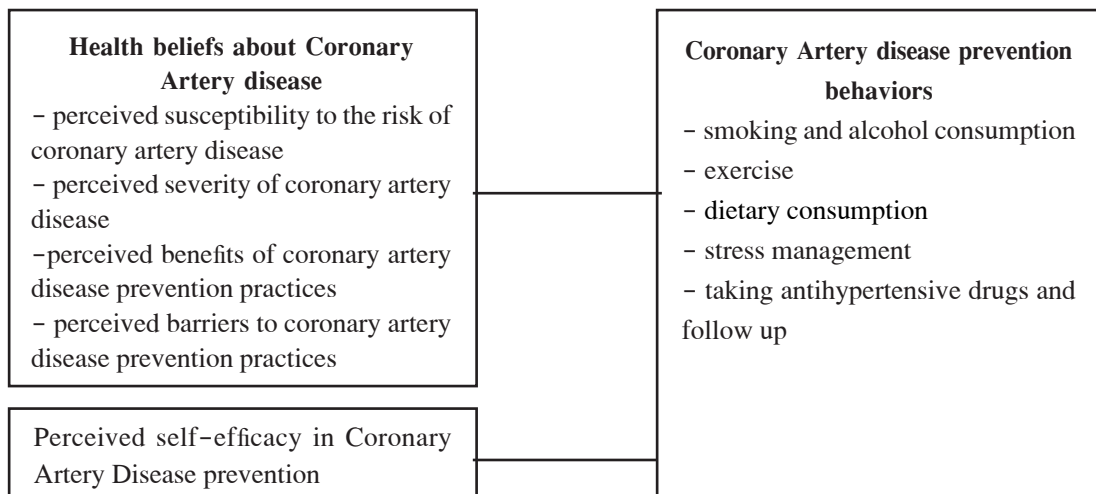


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคีโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 80 คน สุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (random number table) เพื่อสุ่มลำดับที่ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มาพบแพทย์ตามนัดไว้ล่วงหน้า มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1.1) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 6 เดือน 1.2) มีค่าความดันซิสโตลิก และ/หรือความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทโดยวัดที่โรงพยาบาลติดต่อกัน 2 ครั้ง โดยดูจากประวัติการมาตรวจในครั้งก่อนและการมาพบแพทย์ตามนัดในวันที่เก็บข้อมูล 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ไม่มีโรคประจำตัวร่วมเช่นโรคไตวายเรื้อรังโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น 4) ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาษาไทยอ่านและเขียนภาษาไทยได้สำหรับผู้สูงอายุต้องผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน Mini-Cog test มากกว่า 3 คะแนน และ 5) ระดับความรู้สึกตัวดีสามารถตอบคำถามและสื่อสารได้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ มีอาการผิดปกติระหว่างเก็บข้อมูล เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และตรวจพบภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน จากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁹ โดยใช้ค่าเฉลี่ยของค่า r ที่เป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่า r เฉลี่ยเท่ากับ .29 นำมาเป็นค่าขนาดอิทธิพล (effect size) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) ทดสอบแบบทางเดียว (1-tailed) และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 72 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Mini-Cog test พัฒนาโดยนักวิจัยศูนย์วิจัยโรคอัลไซเมอร์ สหรัฐอเมริกา²² และแปลเป็นฉบับภาษาไทย²³ เพื่อใช้ประเมินในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การทดสอบความจำระยะสั้น (recall memory) โดยให้จดจำคำ 3 คำ หากตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 3 คะแนน) 2) วาดหน้าปัดนาฬิกา พร้อมเขียนหน้าปัดนาฬิกาตามที่ผู้วิจัยกำหนด (คะแนนเต็ม 2 คะแนน) การแปลผลคะแนน 2 ส่วนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน คะแนน 3-5 คะแนน แปลว่า ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่มีความรู้คิดบกพร่อง คะแนน 0-2 แปลว่า มีความรู้คิดบกพร่องในการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{21,24} จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวต่อ

เดือน ประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับการศึกษา ข้อมูลการเจ็บป่วยจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยาลดระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม^{21,24} แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก ลักษณะการตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 10-50 คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะการตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ทำการกลับคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 6-30 คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะการตอบมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ทำการกลับคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 8-40 คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์มาก

4. ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความเชิงลบที่แสดงถึงการมีอุปสรรค ลักษณะการตอบเป็น

มาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 8-40 คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคที่สูง

การแปลผลคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00) การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม²⁴⁻²⁵ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตรฐานค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง (3.01 - 4.00) ระดับปานกลาง (2.01 - 3.00) และระดับต่ำ (1.00 - 2.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม^{14,21,25-26} ประกอบด้วย 1) ด้านการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 3 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกายจำนวน 3 ข้อ 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำนวน 8 ข้อ 4) ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน 3 ข้อ และ 5) ด้านการรับประทานยาและตามานัต จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน)

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้**

การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง (3.68 – 5.00) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67) และระดับต่ำ (1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน 3) พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .93, 1.0 และ 1 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยง (reliability) ในผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87, .72, และ .70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 493-499/2566 วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 67-02-002 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง มีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและขอถอนตัวจากงานวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยรักษาความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม ผู้วิจัยแจ้งประโยชน์การทำวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หากมีอาการผิดปกติระหว่าง

การเก็บข้อมูล เช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจะให้การดูแลในเบื้องต้นและส่งต่อแพทย์รักษาต่อไป 3) หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยมีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างและมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการลำเอียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าศูนย์สุขภาพ ฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

2. ทุกวันจันทร์ อังคาร และพุธ เวลา 07.30 น. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพฯ ขอให้พยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และมีลำดับที่การมารับบริการตรงกับลำดับที่สุ่มจากตารางเลขสุ่มที่ผู้วิจัยสุ่มไว้ล่วงหน้า เช่น ลำดับที่ 002, 003, 009, 018, 032 วันละอย่างน้อย 10 คน

3. เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยแล้ว พยาบาลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในเบื้องต้นเรื่องการวิจัย และแนะนำให้ผู้วิจัยให้รู้จักกับผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยเข้าห้องสำหรับเก็บข้อมูลที่ละคน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามหากยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแบบสอบถามใช้เวลาตอบประมาณประมาณ 30-45 นาที ภายหลังจากการตรวจ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยผู้วิจัย ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล (normality test) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า มีการแจกแจงปกติ ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และแปลผลระดับความสัมพันธ์โดยใช้เกณฑ์ค่า r มีค่าต่ำกว่า .25 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่า r มีค่าระหว่าง .25 ถึง .75 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และค่า r มีค่ามากกว่า .75 – 1.00 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง²⁷

ผลการวิจัย

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.80 เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 57.50 และเป็นวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 42.50 มีอายุระหว่าง 37 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 61.9 ปี (SD = 11.20) มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 57.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพร้อยละ 80.00 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 58.80 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 45.00 รองลงมาอยู่ระหว่าง 6,000–10,000 บาทร้อยละ 28.00

ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 66.20 ดัชนีมวลกายอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 41.20 มีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ 1 (ค่าความดันโลหิตระหว่าง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 82.50 และอยู่ในระดับที่ 2 (ค่าความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 17.50 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 77.50 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 83.80 ใช้ยาควบคุมความดันโลหิต 2 ชนิด ร้อยละ 56.30 รองลงมาได้รับยาควบคุมความดันโลหิต 1 ชนิด ร้อยละ 25.00 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1–5 ปี ร้อยละ 58.80

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูงและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (Table 1)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางพบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหาร (Table 1)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Table 1 Health beliefs about coronary artery disease (CAD), perceived self-efficacy in coronary artery disease prevention, and coronary artery disease prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension (n = 80)

Variables	M	SD	Level
1. Health beliefs about coronary artery disease			
- perceived susceptibility to the risk of CAD	3.08	.42	moderate
- perceived severity of CAD	3.53	.58	moderate
- perceived benefits of CAD prevention practices	3.20	.45	moderate
- perceived barriers to CAD prevention practices	3.84	.40	high
2. Perceived self-efficacy in coronary artery disease prevention	2.58	.36	moderate
3. Coronary artery disease prevention behaviors	3.47	.34	moderate
- smoking and alcohol consumption	3.53	1.32	moderate
- exercise	2.67	.72	moderate
- dietary consumption	2.86	.45	moderate
- stress management	4.14	.67	high
- taking antihypertensive drugs and follow up	4.13	.72	high

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .191, r = .500$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อ

ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.593$) สำหรับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .140, p > .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714, p < .05$) (Table 2)

Table 2 Relationship between health beliefs, perceived self-efficacy and coronary artery disease prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension (n = 80)

Variables	r	p - value	Level of correlation
1. Health beliefs about coronary artery disease			
- perceived susceptibility to the risk of CAD	.191	.045	low
- perceived severity of CAD	.140	.112	low
- perceived benefits to CAD prevention practices	.500	.001	moderate
- perceived barriers to CAD prevention practices	-.593	.001	moderate
2. Perceived self-efficacy in coronary artery disease prevention	.714	.001	high

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่าผู้ป่วยมีอุปสรรคในระดับสูงเรื่อง การหลีกเลี่ยงควันทบหรี่ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม และการรับประทานยาลดความดันโลหิต อภิปรายได้ดังนี้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันทบหรี่หรือการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งเป็นชุมชนแออัด เมื่อมีคนสูบบุหรี่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีงานวิจัยสนับสนุนว่า สถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ที่พบบ่อย ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานที่ราชการ ศาสนสถาน ร้านอาหาร ตลาด และในบ้าน เป็นต้น²⁸ การที่ผู้ป่วยมีเวลาไม่เพียงพอต่อการออกกำลังกายเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมต้องทำงาน ร้อยละ 80 จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้จากการที่มีปัญหาไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีเครื่องปรุงรส เนื่องจากส่วนใหญ่ทำงานอาจไม่มีเวลาปรุงอาหารรับประทานเอง มีงานวิจัยสนับสนุนว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอุปสรรคในการหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจากการขาดครอบครัวช่วยเหลือในการทำอาหาร ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการปรุงอาหารจำกัดเค็ม และมีความยากลำบากในการปรุงอาหารและหาซื้ออาหารที่จำกัดรสเค็มได้²⁹ สำหรับการมีอุปสรรคเรื่องรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ตรงเวลา มีงานวิจัยพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอุปสรรคในการรับประทานยาตามเวลา เกิดจากการลืม กลัวผลข้างเคียงจากยา ได้รับยาหลายตัว ขาดความรู้เรื่องยาไม่สามารถปรับบทบาทของผู้ป่วยได้ไม่สามารถบริหารเวลาและไม่สามารถมาขอรับบริการจากสถานบริการได้³⁰ ในการศึกษาครั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 57.50 อาจลืมนับรับประทานยาเป็นบางครั้งจากปัญหาความจำบกพร่อง มีระดับการ

ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.80 อาจมีผลต่อการเรียนรู้เรื่องการออกฤทธิ์ของยา กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.00 อาจมีผลต่อการมาตรวจตามนัดทำให้ขาดยาได้

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยเคยได้รับความรู้ที่เน้นเฉพาะเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว และไม่ได้เน้นที่ความรู้ของโรคหลอดเลือดหัวใจจากศูนย์สุขภาพชุมชนฯ ที่มีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีการให้คำปรึกษาในการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และมีระบบติดตามค่าความดันโลหิตทางโทรศัพท์และให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรม รวมถึงโครงการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์จากทีมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นำมาสู่การวางแผนแก้ไขร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละบุคคล มีงานวิจัยสนับสนุนว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้³¹

พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน จากการตอบแบบสอบถามรายข้อพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดจะปรึกษากับคนใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้วางใจได้ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิทญาติ เพื่อนบ้าน และใช้วิธีคลายเครียด เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี ฟังเพลงออนไลน์ หรือ สื่อโซเชียลมีเดีย เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง มีการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านเพื่อคลายเครียดและยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตโดยยึดหลักทางศาสนา¹⁴

พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัดอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า ทางศูนย์สุขภาพฯ มีการติดตามค่าความดันโลหิตทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในผู้ป่วยความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำแนะนำในการรับประทานยา และการกระตุ้นเตือนให้มาตรวจตามนัดอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมจึงมีเพียงยาควบคุมความดันโลหิตเพียงอย่างเดียวจึงทำให้รับประทานยาได้ตามที่แพทย์สั่ง มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนุบำรุงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ³²

พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.20 แต่มีพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีข้อคำถาม 1 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีงานวิจัยที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 100 จาก 3 ช่องทาง ได้แก่ 1) สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ในบริเวณบ้าน 2) เพื่อนบ้านยืนสูบบุหรี่ที่ข้างบ้าน ขณะเดินผ่านบ้าน และ 3) ญาติและเพื่อนบ้านมาเยี่ยมและสูบบุหรี่ในบ้าน³³

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อดูข้อมูลรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ได้ทั้งความหนักและระยะเวลาในการออกกำลังกาย โดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำในเรื่องออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมออกแรงจนเหงื่อออกและจนรู้สึกเหนื่อย ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการออกกำลังกายในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.50 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 89 ปี ที่อาจมีความกลัวต่อการหกล้มจึงมีการจำกัดการทำกิจกรรมทางกาย³⁴ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80 ที่อาจมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานจึงไม่ได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ลูกเดือย ถั่วเหลือง ถั่วดำ และการหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องปรุงรสเค็มจัด ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมัน อาหารหวาน ผัก และผลไม้อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายได้ว่า อาหารที่มีธัญพืชไม่ใช่อาหารตามปกติของผู้ป่วยและมีความยากลำบากในการหาอาหารที่มีธัญพืชและการปรุงอาหาร ส่วนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงอาหารเค็มไม่ได้ เนื่องจากบริบทของการรับประทานอาหารของประชาชนในภาคอีสาน ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีรสเค็มจากการใช้เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า และผงชูรสในการปรุงอาหาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีเครื่องปรุงรส มีงานวิจัยสนับสนุนว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่นส่วนมากมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีธัญพืชเป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.10 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากที่สุดเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำพริกปลาทุ แก้ว น้ำพริกกะปิ แกงอ่อม เป็นประจำ และมีการเติม เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่ปรุงมาแล้ว¹³ และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการบริโภคเกลือโซเดียมเกิน ร้อยละ 87.87¹²

ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจะไปตามสมมติฐานการวิจัย ยกเว้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถอธิบายได้ว่า

ผลการวิจัยมีทั้งสนับสนุนและขัดแย้งกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อค¹⁷⁻¹⁸ ที่กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันเมื่อมีความเชื่อ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในการศึกษครั้งนี้พบว่า มีความเชื่อสุขภาพเพียง 3 ด้านที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยยังไม่เคยมีประสบการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

จึงยังไม่ได้ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจได้ครบทุกด้าน

มีงานวิจัยที่สนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแต่การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไปตรวจเป็นประจำและสม่ำเสมอทุกปีร้อยละ 94.2 ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจและไม่รับรู้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ¹⁹ แต่ในการศึกษาของผู้วิจัยเป็นการศึกษาในผู้ที่ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจและส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 83.80 จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกันทำให้ผลการวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ³⁵ อย่างไรก็ตามยังมียงานวิจัยที่เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อค¹⁷⁻¹⁸ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้**

เกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง³⁶ แต่การศึกษานี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคเน้นเฉพาะความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้เน้นที่โรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสามารถอภิปรายได้ดังนี้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่โรเซนสต็อคและคณะ¹⁷⁻¹⁸ ที่ได้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเข้ามาในทฤษฎีและเชื่อว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

ในการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการติดตามประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยในระยะสั้น หากมีการติดตามในระยะยาวอาจชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองและเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลควรมีการให้ความรู้

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นประจำ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยเพิ่มเติมที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อได้แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

References

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2023 [cited 2022 March 24]. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
2. Division of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/> (in Thai)
3. Health data center, Ministry of Public Health. Controlled hypertension [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 15]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9 (in Thai)

4. Teza H, Boonmanunt S, Unwanatham N, Thadanipon K, Limpijankit T, Pattanapratch O, et al. Evaluation of transitions from early hypertension to hypertensive chronic kidney disease, coronary artery disease, stroke and mortality: a Thai real-world data cohort. *Front Cardiovasc Med* 2023;10:1170010. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1170010> PMID: 37206104
5. Biswas A, Singh SK, Singh RK. Linkages between hypertension and coronary heart disease in India: Evidence from India human development survey-2 (2011-2012). *IJCM* 2017;42:200-03. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_168_16 PMID: 29184318
6. Kodali NK, Bhat LD, Phillip NE, Koya SF. Prevalence and associated factors of cardiovascular diseases among men and women aged 45 years and above: Analysis of the longitudinal ageing study in India, 2017-2019. *Indian Heart J.* 2023;75(1):31-5. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2022.12.003> PMID: 36549638
7. Wu Y, Xin B, Wan Q, Ren Y, Jiang W. Risk factors and prediction models for cardiovascular complications of hypertension in older adults with machine learning: A cross-sectional study. *Heliyon* [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 20];10(6): e27941. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844024039720>
8. Wolf S, Schievano E, Amidei CB, Kucher N, Valerio L, Barco S, et al. Mortality trend of ischemic heart disease (2008-2022): A retrospective analysis of epidemiological data. *Int J Cardiol.* 2024;406:132042. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2024.132042> PMID: 38614362
9. Mallela VR, Pendurthi AK, Karumanchi S, Alam KC. Prevalence and risk factors of complications related to hypertension at a tertiary care hospital. *MRIMS J Health Sci* 2023;11:70-5. https://doi.org/10.4103/mjhs.mjhs_36_22
10. Martinez R, Soliz P, Campbell NRC, Lackland DT, Whelton PK, Ordunez P. Association between population hypertension control and ischemic heart disease and stroke mortality in 36 countries of the Americas, 1990-2019: an ecological study. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e143. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.143>
11. Shaffer RB. Coronary artery disease and acute coronary syndrome. in Harding MM, Kwong J, Hagler D, Reinisch C, editors. *Lewis's Medical-Surgical. Nursing.* 12th ed. Canada: Elsevier Health Sciences; 2022. p. 819-56.
12. Maneetup K, Daenseekaew S. Situation of salt intake among people with hypertension in Thangkhuang Subdistrict, Waengnoi district, Khonkaen province. *journal of nursing and health care* [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 18];35(4):140-9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111860> (in Thai)
13. Khampila W, Manadee P, Ruksri S, Sukhumal P. Food consumption behavior of the elderly with hypertension in Moo 2, Ban Ped Sub-district, Muang District, Khon Kaen Province. *J Med and Public Health UBU* [internet]. 2021 [cited 2025 Feb 4];4(2):138-45. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/250374> (in Thai)
14. Thungkam S, Danyuthasilpe C, Siripornpibul T. Factors predicting behaviors to control and prevent essential hypertension among patients with uncontrolled blood pressure in Phrae province. *Journal of Nursing and Health Sciences* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 06];13(3):65-79. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/191308> (in Thai)
15. Thuajop S, Maneesriwongul W, Deesamer S. Relationships of knowledge, Health Literacy, and preventive behaviors among persons at risk for coronary artery disease. *J Thai Nurse midwife Council* [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 1];39(03):342-56. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/269064> (in Thai)

*ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้*

16. Jiopraditkul S. Self – care behaviors and blood pressure controlling ability of essential hypertension patients, Muang Potawas primary care unit. Journal of Health Research and Innovation [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 1];3(1):15–30. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/243299> (in Thai)
17. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. JSTOR [Internet]. 1974 [cited 2024 Sep 1];2(4):328–33. Available from <http://www.jstor.org/stable/45240621>
18. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Educ Q 1988;15:175–83. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203> PMID: 3378902
19. Nissa C, Jantapanya W, Junnual N. Association between health belief and preventive behaviors regarding coronary artery disease among patients of metabolic syndrome. UBRU Journal for Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct. 1];10(2):138–47. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/249579> (in Thai)
20. Komkhum W, Khungtumneum K, Chumpatheth N. Factors related to health promoting behaviors for cardiovascular disease prevention among diabetes with hypertensive patients in a high-risk level, Muang District, Phetchaburi Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 24];5(2):44–56. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/257031/174348> (in Thai)
21. Khatthamat P, Saneha C, Puwarawuttipanit W. Factors influencing preventive behaviors for coronary heart disease among patients with hypertension. Thai J Cardio Thorac Nurs. [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 10];31(1):62–77. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvnurse/article/view/243980> (in Thai)
22. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003;51(10):1451–4. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x> PMID: 14511167
23. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatr Gerontol Int. 2015;15(5):594–600. <https://doi.org/10.1111/ggi.12318> PMID: 25155468
24. Sutthipatthanangkoon C, Thato R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. Thai J Cardio Thorac Nurs [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 15];28(2):111–25. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvnurse/article/view/116717/89733> (in Thai)
25. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334–57. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026> PMID: 32370572
26. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Journal of the American College of Cardiology. Circ j 2019;74(10): 177e–232e. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678> PMID: 30879355
27. Kale AA, Bhati RK, Sayyad A . Business research methods. 2nd ed. Lucknow: Savera printing press; 2023
28. National Statistics Office. Health of population survey 2021 [Internet]. Bangkok: Social Statistical Division; 2021 [cited 2025 Jan 20]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505110449_84709.pdf (in Thai)

29. Khwaja M. Barriers of dietary salt reduction among hypertensive patients: a cross sectional study. *IJCMPh* 2020;7(9):3459–65. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20203907>
30. Zhou X, Zhang X, Gu N, Cai W, Feng J. Barriers and Facilitators of Medication Adherence in Hypertension Patients: A Meta-Integration of Qualitative Research. *J Patient Exp* 2024;11:23743735241241176. <https://doi.org/10.1177/23743735241241176> PMID: 38549805
31. My TT, Methakajanas N, Minh HV. Relationships between Hypertension knowledge, Self-efficacy, treatment beliefs, and Self-management behaviors among uncontrolled hypertension patients in Da Nang City, Vietnam. *J Nurs Sci Health* [internet]. 2020 [cited 2025 Feb 3]; 43(4):59–71. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/243186>
32. Wangworatrakul W, Suwannaroop N, Moopayak K. Factors predicting to medication adherence among patients with Essential Hypertension. *J Royal Thai Army Nurses* [internet]. 2017 [cited 2025 Feb 4];18(1): 131–9. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/85287> (in Thai)
33. Saensom D, Ruaisungnoen W, Daenseekaew S, Chaiyapoom N, Nissayan P, Damnok K. Tobacco use situation and community awareness of acute illness associated with smoking among people chronic illnesses. *J Nurs Healthc* [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 4];36(3):251–9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/152190> (in Thai)
34. Phongphanngam S, Nawai A. Falls, Fear of Falling, and activity avoidance due to Fear of Falling among Thai Community-dwelling Older Adults living in Suburban Chiang Mai Thailand. *JBCN Bangkok* [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 4];36(1):22–38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/242136> (in Thai)
35. Sakunsongdej P, Piphatvanitcha N, Jullamate P. Relationship between health belief perception and health behavior of older adults with coronary artery disease. *Thai Pharm Health Sci J* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 5];17(2):142–50. Available from: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/14534> (in Thai)
36. Priwong C, Satayavongtip W, Srikhod P. The study of health beliefs and self – care behaviors of patients with hypertension in Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Nakhon Ratchasima College*. 2017;11(1)107–16. (in Thai)