ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย*

พรภิมล กรกฎกำจร**
รัชนี นามจันทรา***
ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 380 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย ที่สุ่มอย่างง่าย 5 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.1 มีอายุเฉลี่ย 61.15 ปี (SD=8.77) โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.6) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.3) ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงในระดับปานกลาง ด้านอาการและอาการแสดง และด้านการจัดการอาการในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การศึกษานี้เสนอแนะให้พยาบาลพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยให้ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงรวมทั้งการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำสำคัญ: ความรู้, ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, พฤติกรรมสุขภาพ

---

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต
Corresponding Author; E-mail: k.s.pornpimon@gmail.com
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย

Received: August 30, 2019 / Revised: February 22, 2020 / Accepted: March 30, 2020

Knowledge, cardiovascular risk and health behaviors among patients with diabetes and hypertension in Mueang Chiangrai district*

Pornpimon Korakotkamjon**
Rachanee Namjuntra***
Thitiarpha Tangkawanich****

Abstract

This descriptive research aimed to study knowledge, cardiovascular risk and health behaviors among patients with diabetes and hypertension in Mueang Chiangrai district, Chiangrai province. Five Tambon Health Promoting Hospitals in Mueang Chiangrai district were random sampling and 380 samples were recruited by purposive sampling. The instruments composed of personal data form, the Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk, Knowledge questionnaire, and hearth behaviors for preventing acute coronary syndrome (ACS) questionnaires. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, Chi-square test and Spearman's rank correlation coefficient.

The result revealed that samples were female (61.7%) and mean aged 61.15 years old (SD=8.77). Almost samples were hypertension patients (91.6%) and had cardiovascular risk in low risk group (91.3%). Most of the samples had knowledge regarding risk factors at a moderate level, whereas the knowledge regarding signs and symptoms and symptoms management were at low levels. Moreover, health behaviors for preventing of ACS was at a good level. Cardiovascular risk was not significantly relationship between knowledge and health behaviors for preventing ACS. However, cardiovascular risk was significantly relationship between knowledge and health behaviors for preventing ACS ($p<.05$).

This study suggested that nurses should provide capacity building for patients with diabetes mellitus and hypertension for knowledge of signs and symptoms including health behaviors for preventing ACS.

Key words: knowledge, cardiovascular risk, health behaviors

---

*A thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, Rangsit University

**A student of the degree of Master of Nursing Science, Rangsit University
Corresponding Author; E-mail: k.s.pornpimon@gmail.com
***Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University
****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangrai College

Received: August 30, 2019 / Revised: February 22, 2020 / Accepted: March 30, 2020

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในหนึ่งปีจะมีประชาชนทั่วโลกเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประมาณ 17.9 ล้านคน เสียชีวิตจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประมาณปีละ 7.4 ล้านคน[1] สำหรับในประเทศไทย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยเป็นลำดับที่ 2[2] มีการเพิ่มขึ้นของอัตราตายจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นจาก 23.4 ต่อแสนประชากร เป็น 32.3 ต่อแสนประชากร[3] แสดงถึงสถานการณ์ของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[4] เนื่องจาก ในผู้ป่วยเบาหวานร่างกายมีการเปลี่ยนกลูโคสเป็นน้ำตาลชนิดอื่น เช่น ซอร์บิทอล และฟรุคโทส เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งกลูโคส ซอร์บิทอล และฟรุคโทส จะสะสมในเซลล์และระหว่างเซลล์ทำให้เซลล์บวมน้ำ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดโคโรนารี่ Basement membrane ของหลอดเลือดหนาตัวขึ้น เซลล์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด[5] ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สารแองจีโอเทนซิน-2 ที่เพิ่มขึ้นจากกลไกการควบคุมระดับความดันโลหิต มีผลเพิ่มอนุมูลอิสระทำให้เกิดการอับเสบ การแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์ เกิดออกซิเดชั่นของไลโปโปรตีนทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดผิดปกติ และเกิดลิ่มเลือด ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว[6] พยาธิสภาพของทั้ง 2 โรคมีผลให้สภาพหลอดเลือดเปลี่ยนแปลง สูญเสียความยืดหยุ่น มีพลาค (Plaque) เกาะที่ผนังหลอดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตัน ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง มีผลให้เกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้[7] จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[8] จึงเป็นผลให้มีผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นไปด้วย

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นได้ พฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดความเสี่ยง ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เพิ่มการบริโภคผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหยุดการสูบบุหรี่[3] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย[9,10]

นอกจากนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ถูกต้องด้วย แม้

ในปัจจุบันการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความก้าวหน้ามาก มีแนวทางการรักษาในระยะแรกที่ชัดเจน[11] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษากลับพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ หรือการรักษาได้ผลลัพธ์ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดที่จะให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือเกินระยะเวลาที่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด[12,13] สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมารักษาล่าช้า เนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[12,14,15] ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บหรือแน่นหรือจุกที่หน้าอก ลิ้นปี่ คอหรือขากรรไกร เมื่อยล้าที่แขน คอ ขากรรไกรโดยไม่ทราบสาเหตุ หายใจไม่ออก หอบเหนื่อย หน้ามืด และหมดสติ[16]

เขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากข้อมูลในระบบข้อมูลสุขภาพ ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากร มีจำนวน 2,305, 2,629 และ 2,888 รายตามลำดับ[17] อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 47,338, 50,036, 54810 และ 129,675, 135,756, 147582 ตามลำดับ[18] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต่าง ๆ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้เริ่มมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแล โดยใช้แนวทางการประเมินของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[19] แต่ยังไม่มีการรายงานผลการประเมินความเสี่ยง และยังไม่มีการศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ควบคุมความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการและจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[20] ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล และ 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การวิจัยในครั้งนี้เลือกศึกษา ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม การส่งเสริมการคิดรู้ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตน เป็นบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล[21] สัมพันธ์กับผลการศึกษาของพรเจริญ บัวพุ่มและปารวีร์ กุลรัตนาวิโรจน์ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้และการชักนำให้ปฏิบัติโดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมเดิม และความสำคัญของสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปลที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย[22] โดยศึกษาความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ (การป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง รวมถึงการจัดการอาการเมื่อเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ คือ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตามข้อแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[19] โดยความรู้และความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนรวมกันทั้งหมด 7,392 คน[18] กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของยามาเน่[23] โดยใช้ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 หรือ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 380 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อย่างง่ายจากแต่ละเขตในอำเภอเมืองเชียงราย มาเขตละ 1 รพ.สต. รวม 5 รพ.สต. และเลือกตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. จนครบ 380 คนตามเกณฑ์ คุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/

หรือ โรคความดันโลหิตสูง 2) อายุ 35 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์กำหนดของแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[19] 3) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูดและการมองเห็น 4) พูดคุยรู้เรื่อง สามารถโต้ตอบได้ดี และ 5) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็นข้อมูลจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และสิทธิการรักษา และข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้ผลครั้งล่าสุดของการตรวจรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า[19] ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นตารางสีซึ่งแบ่งเป็นตารางสำหรับผู้ที่เป็นและไม่เป็นเบาหวาน และแบ่งเป็นกรณีที่ทราบผลและไม่ทราบผลโคเลสเตอรอลในเลือด ความเสี่ยงจะขึ้นกับข้อบ่งชี้ความเสี่ยง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และการสูบบุหรี่ เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยกำหนดในตารางสี แล้วพิจารณาว่าผู้ป่วยอยู่ในแถบสีใด แบ่งกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 5 กลุ่มตามแถบสี ดังนี้ สีเขียว <10% เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ สีเหลือง 10-<20% เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง สีส้ม 20-< 30% เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง สีแดง 30-< 40% เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงมาก และสีน้ำตาล ≥40% เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด อาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดของลาวัลย์ เวทยาวงศ์และคณะ[15] เดิมมีจำนวน 22 ข้อ 22 คะแนน ผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามด้านปัจจัยเสี่ยงและด้านอาการและอาการแสดง และเพิ่มตัวเลือกในด้านการจัดการอาการ รวมข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 27 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน แบ่งเป็นด้านปัจจัยเสี่ยง 12 คะแนน ด้านอาการและอาการแสดง 9 คะแนน และด้านการจัดการอาการ 6 คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง หรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[24] ดังนี้ ร้อยละ 0-59 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 80-100 ความรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการการบริโภคอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว

และลดพฤติกรรมเสี่ยง การทำจิตใจให้แจ่มใส การควบคุมโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด รวมจำนวน 22 ข้อ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ถึงปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 22-88 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น ได้แก่ ระดับไม่ดี (22-44 คะแนน) ระดับพอใช้ (45-66 คะแนน) และระดับดี (45-66 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามีค่าเท่ากับ 1.0 นำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีค่าความเชื่อมั่น Kuder Richardson-20 เท่ากับ .75 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .70 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 และ .86 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการศึกษา 2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ รพ.สต. ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตใช้ข้อมูลบางส่วนจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบคนละไม่เกิน 15 นาที และเก็บรวบรวมข้อมูลบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน 4) ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาประเมินความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของกระทรวงสาธารณสุข และ 5) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับคณะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต IRB No. 009/2018 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอม การรายงานผลวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา เมื่อตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.1 อายุเฉลี่ย 61.15 ปี (SD=8.77) เกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 91.6) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.6) ไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 55.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 39.7) มีระดับน้ำตาลในเลือด 68-260 mg.% ระดับไขมันโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับปกติ (<200 mg./dl.) ร้อยละ 71.8 ระดับไขมันเอชดีแอลอยู่ในระดับปกติ (ชาย 40-59, หญิง 50-59 mg./dl.) ร้อยละ 38.3 ระดับไขมันแอลดีแอลอยู่ในระดับดี (70-99 mg./dl.) ร้อยละ 37.8 ความดันโลหิตซิสโตลิคมีค่า 100-190 mm.Hg (ค่าเฉลี่ย=134.58 ±13.97 mm.Hg) ความดันโลหิตไดแอสโตลิคมีค่า 56-107 mm.Hg ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 31.8 และส่วนใหญ่มีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 91.3)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านปัจจัยเสี่ยงมีความรู้ในระดับปานกลาง ด้านอาการและอาการแสดง และด้านการจัดการอาการมีความรู้ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 42.4) แต่มีความรู้ด้านอาการและอาการแสดง ด้านการจัดการอาการและความรู้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 54.5, 44.5 และ 46.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=380)

ความรู้/ด้าน	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)	คะแนนเต็ม	min - max	Mean (SD)	ระดับ
ปัจจัยเสี่ยง	147 (38.7)	72 (18.9)	161 (42.4)	12	0-12	8.60 (4.01)	ปานกลาง
อาการและอาการแสดง	207 (54.5)	86 (22.6)	87 (22.9)	9	0-9	4.98 (2.66)	ต่ำ
การจัดการอาการ	169 (44.5)	56 (14.7)	155 (40.8)	6	0-6	3.44 (3.35)	ต่ำ
ความรู้โดยรวม	176 (46.3)	119 (31.3)	85 (22.5)	27	0-27	16.48 (6.17)	ปานกลาง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 61.1) ดังตารางที่ 2 โดยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ และการงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ประการ ได้แก่ การรู้จักชื่อยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคหัวใจ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n=380)

ระดับพฤติกรรม	ไม่ดี		พอใช้		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพ	5	1.3	143	37.6	232	61.1

เมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่ำและเสี่ยงปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด (ร้อยละ 45.8 และ 56.5 ตามลำดับ) แต่มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับดี ร้อยละ 60.8 และ 69.6 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมาก มีความรู้ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 50) และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และดีเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจและหลอดเลือดกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการทดสอบไค-สแควร์ พบว่าไม่สัมพันธ์กัน ($p>0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคแสควร์ (n=380)

	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด			x^2	p-value
	ต่ำ (n=347) n (%)	ปานกลาง (n=23) n (%)	สูง-สูงมาก (n=10) n (%)		
ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน					
ต่ำ (0-16 คะแนน)	159 (45.8)	13 (56.5)	4 (40)	6.425	0.170
ปานกลาง (17-21 คะแนน)	113 (32.6)	5 (21.7)	1 (10)		
สูง (22-27 คะแนน)	75 (21.6)	5 (21.7)	5 (50)		
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน					
ไม่ดี (22 - 44 คะแนน)	5 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1.676	0.795
พอใช้ (45 - 66 คะแนน)	131 (37.8)	7 (30.4)	5 (50)		
ดี (67 - 88 คะแนน)	211 (60.8)	16 (69.6)	5 (50)		

ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่าความรู้ทั้งรายด้านและโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$, .001) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (n=380)

ความรู้	พฤติกรรมสุขภาพ
ด้านปัจจัยเสี่ยง	.164**
ด้านอาการและอาการแสดง	.139**
ด้านการจัดการอาการ	.341***
ความรู้โดยรวม	.241***

** p<.01 ***p<.001

การอภิปรายผล

ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้ด้านอาการและอาการแสดงและการจัดการอาการอยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอและไม่มีความรู้ที่ชัดเจน[25] ประชาชนไม่ถึงกึ่งหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการจัดการอาการในระดับที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 70)[15] ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงน้อย อาการลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่ต้องรีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล อาการสามารถหายไปเองได้ จึงใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมง[12,26] ถึงแม้จะมีอาการเตือนนำมาก่อน (prodromal symptoms) สูงถึงร้อยละ 95 แต่ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจในอาการเจ็บหน้าอก ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด[27] สะท้อนว่า การมีความรู้ด้านอาการและอาการแสดงที่ไม่เพียงพอมีผลต่อการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.3) มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งมีความเสี่ยงต่ำกว่าเพศชาย[28] พฤติกรรมสุขภาพที่ลดปัจจัยเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การมาพบแพทย์ตามนัด และการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำเกือบทั้งหมด ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย[28]

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แยกตามกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงปานกลาง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด (ร้อยละ 45.8 และ 56.5) ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงสูงถึงสูงมากมีความรู้อยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 50) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความรู้ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มยังไม่เพียงพอที่จะป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม มีความรู้ไม่แตกต่างกัน และมีจำนวนมากที่ยังมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.8, 56.5 และ 40 ตามลำดับ)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 61.1) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี[29] การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด 3 ประการ ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ และการงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการเข้ารับการรักษา หรือการพบแพทย์อยู่ในระดับดีมากที่สุด และการใช้ยาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 95)[10,29] ส่วนด้านการสูบบุหรี่พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง[30] พฤติกรรมสุขภาพข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การรู้จักชื่อยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคหัวใจ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี[10,30] ส่วนพฤติกรรมการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงไม่เพียงพอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหัวใจไม่ดีพอเช่นกัน

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะมีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากน้อยเพียงใด มีความรู้ความเข้าใจที่ต่างกันโดยมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปานกลางค่อนมาทางต่ำ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันค่อนข้างดี รวมถึงยังมีพฤติกรรมสุขภาพหลายประการไม่ดี โดยเฉพาะการบริโภคอาหารและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง แต่ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สูง มีพฤติกรรม

สุขภาพดี เป็นไปตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[20] ที่เสนอว่าคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้และประสบการณ์ของบุคคล จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย[10,31,32]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรทำวิจัยเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการรู้จักชื่อยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงสำเร็จ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคหัวใจ

2. ควรมีการรายงานระดับความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแก่ผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นรายบุคคล เพื่อผู้ป่วยทราบและตะหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมถึงอาการและการจัดการเพื่อลดความสูญเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงรายทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่ง

References

1. World Health Organization. World health statistics. 2018. [updated cited 2018 Oct 13]. Available from:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1.
2. Ministry of Public Health. Bureau of Non Communicable Diseases. Annual report 2016. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2016. (in Thai).
3. Ministry of Public Health. Bureau of Non Communicable Diseases. Annual report 2017. Bangkok: Bureau of Non Communicable Diseases; 2017. (in Thai).
4. Punmung N, Chaiyawan H, Saengsuwanto N. World heart day: a motto 2016. Bangkok: Bureau of Non Communicable Diseases; 2016. (in Thai).
5. Lewis SL, Bucher L, Heitkemper MM, Harding MM. Medical-Surgical nursing: assessment and management of clinical problems. 10th Ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017.
6. Malakul W. Physiological role of the renin-angiotensin system in atherosclerosis. Naresuan Phayao Journal; 2011 [updated 2015

February 20; cited 2019 July 16]. Available from:http://journal.up.ac.th/files/journal_issue_list/1141_34.pdf. (in Thai).

7. American Heart Association. Acute Coronary Syndrome. 2018. [updated 2015 Jul 31; cited 2018 Oct 10] Available from https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks/acute-coronary-syndrome.
8. World Health Organization. World Health Statistics 2018. [updated 2018 October 13; cited 2018 Oct 10] from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1.
9. Haisog S, Jumneansuk A, Trakulpong W, Srikhatkhow W, Sangnoi S. Health factors and self-care among patients with chronic disease in Dong Khi Lek Health Promoting Hospital, Muang District, Prachinburi Province. in: Faculty of Public Health Mahidol University, Thammasat University, National Health Commission Office, editors. The 1th National community health system conference: community health system driven: pathways to health equity and sustainability; 2017 July 17; Ambassador Hotel Bangkok. Nakhon Pathom: Sun Packaging 2014 Co.,LTD; 2017. p. 33-34. (in Thai).
10. Katanyutanon T, Chanpanya W, Pabao S, Baochanhan S, Noiprem T, Pale S, Saeng Khan J. Self-care behaviors of diabetic and hypertensive patients at a public health center in Bangmuang Subdistrict, Samutprakarn Province. APHEIT Journals. 2017; 6(2): 53-62. (in Thai).
11. Overbaugh KJ. Acute Coronary Syndrome: even nurses outside the ED should recognize its signs and symptoms. AJN. 2009 [cited 2018 Sep 25]; 109:5. Available from http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/nursing/Documents/PDF/coronary-syndrome.pdf.
12. Orksuk L, Ruisungnoen W. Perception of symptoms and decision to seek treatment in patients with acute coronary syndrome. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2012; 30(2): 89-97. (in Thai).
13. Porras LP, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. Eur J Cardiovasc Nur. 2009 [cited 2018 Oct 10]; 8(1): 26-33. Available from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652658/?report=printable.
14. Siripakkulwat C, Bhuddee C, Rungjang N. The empowerment of Ban Dong Community network for the surveillance of emergency cardiovascular disease. National Institute for Emergency Medicine. 2016 [cited 2018 Sep 21]. Available from http://www.niems.go.th/th/View/Knowledge Base.aspx?CateId=3185. (in Thai).

15. Wetayawong L, Rongmuang D, Thongdee J, Nakchattri C, Rakchart P, Ratanaprom A. The effects of advocacy communication on knowledge and symptom management of Acute Coronary Syndrome (ACS) among people living in community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1): 89-101. (in Thai).
16. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Ducci CB, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393
17. Health Data Center - HDC. Mortality rate: Acute Coronary Syndrome. Year 2016-2018. Ministry of Public Health. 2018. [cited 2018 October 4]. Available from https://hdcservice.moph.go.th /hdc/ main/index_pk.php. (in Thai).
18. Health Data Center - HDC. New Incidence rate: hypertension disease and diabetes disease. Year 2016-2018. Ministry of Public Health. [cited 2018 October 4]. Available from https:// hdcservice. moph. go.th/hdc/main/indexpk.php. (in Thai).
19. Ministry of Public Health. Bureau of Non Communicable Diseases. Guideline for assessment of cardiovascular risk. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2014. (in Thai).
20. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th Edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2006.
21. Danyuthasilpe C. Pender's health promotion model and its applications in nursing practice. Songklanagarind Journal of Nursing. 2018:132-141. (in Thai).
22. Buapum P., Kulrattanawiroj P. Health promoting behaviors of patients with chronic illness in Chainat Province. Thaksin University Journal; 14(3): 199-205. (in Thai).
23. Mukthong P, Thongkote W and Ungpansattawong S. Population sample parameter statistic by Yamane. [cited 2017 September 21]. Available from https://sc2. kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Se minar/01_9_Yamane.pdf. (in Thai).
24. Bloom B, Engelhart MD, Furst E, Hill WH, Krathwohl D. Taxonomia de objetivos educacionais. 7th Ed. Porto Alegre: Editora Globo; 1979.
25. Siripakkulwat V, Bhuddee C, Rungjang. The empowerment of Ban Dong community network for the surveillance of emergency cardiovascular disease [document on the Internet]. National Institute for Emergency Medicine: Institute; 2016 [updated 2017 November 9; cited 2018 September 25]

Available from http://www.niems. go.th/th/View/KnowledgeBase.aspx?CateId=3185. (in Thai).

26. Choi S, Rankin S, Stewart A, Oka R. Perceptions of coronary heart disease risk in Korean immigrants with type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2008;34(3):484-92. doi:10.1177/01457217083169 49

27.McSweeney JC, Cody M, O'Sullivan P, Elberson K, Moser DK, Garvin BJ. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. Circulation. 2003;108(21):2619-23. doi: 10.1161/01.CIR.0000 097116.29625.7C

28. Punset K, Klinthuesin S, Kingkaew A, Wongmaneeroj. Cardiovascular risk among staffs working at the central of ministry of public health using risk assessment of Rama - EGAT Heart Score. Nursing journal of the ministry of public health. 2015: 57-70. (in Thai).

29. Kumloypha K. Health behaviors of diabetic patients in the diabetes mellitus clinic of Kangsanamnang Hospital, Nakhonrachasima Province. The journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonrachasima. 2011; 17(1): 17-30. (in Thai).

30. Songteh J. Health behaviors contributing to risks of coronary heart disease among Thai Muslim in the Meesuwan 3 community. [Master Independent Study of Public Health]. Bangkok: Thammasat University; 2011. (in Thai).

31. Juntanon N, Singchai B, Worawong W. Self care behavior of hypertension patients who live in Muang district, Chumphon Province. KKU Research Journal. 2011; 16(6): 749-58. (in Thai).

32. Chuenwatana W, Sornpakdee N. Self-care behaviors of diabetic patients. Patumthani University Academic Journal. 6(3); 163-70. (in Thai).