ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*

พรรษมน คัฒมาตย์**
จงจิต เสน่หา***
วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช****

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 126 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ตัวแปรต้นทั้งหมดสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 11 (Adjusted R^2 = .11, P < .01) โดยพบว่าเฉพาะ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (β = .23, p = .01) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (β = .17, p = .04) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (β = .17, p = .04) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ บุคลากรสุขภาพควรประเมินและติดตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ความรู้, การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

---

*วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Corresponding Author; E-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th
****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: October 14, 2019 / Revised: March 16, 2020 / Accepted: May 14, 2020

Factors influencing preventive behaviors for coronary heart disease among patients with hypertension*

Passamon Khatthamat**
Chongjit Saneha***
Wimolrat Puwarawuttipanit****

Abstract

This predictive correlational study aimed at studying influence of perceived susceptibility of coronary heart disease, perceived health status, knowledge about coronary heart disease and patient-provider communication on preventive behaviors for coronary heart disease among patients with hypertension. The samples were 126 patients with hypertension who came to be treated at a public hospital in Bangkok. Data were collected using the following instruments: the demographic data questionnaire, the perceived susceptibility of coronary heart disease questionnaire, the perceived health status questionnaire, the knowledge about coronary heart disease questionnaire, the patient-provider communication questionnaire and the questionnaire on preventive behaviours for coronary heart disease among patients with hypertension. Data were analysed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

According to the findings, most of the samples had high preventive behaviours for coronary heart disease. According to multiple regression analysis, all of the independent variables were able to explain variances of preventive behaviours for coronary heart disease among the samples at 11 percent with statistical significance (Adjusted R^2 = .11, $p < .01$). Only perceived health status (β = .23, p = .01), knowledge about coronary heart disease (β = .17, p = .04) and patient-provider communication (β = .17, p = .04) were found to be able to predict preventive behaviours for coronary heart disease among patients with hypertension with statistical significance.

Recommended from the findings, health personnel should assess and monitor patients' perceived health status, provide knowledge about coronary heart disease and develop effective patient-provider communication in order to promote preventive behaviours for coronary heart disease among patients with hypertension.

Key words: patients with hypertension, preventive behaviours for coronary heart disease, perceived health status, knowledge, patient-provider communication

---

*Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

**Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University
***Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University
Corresponding Author; E-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th
****Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

Received: October 14, 2019 / Revised: March 16, 2020 / Accepted: May 14, 2020

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า[1] ความดันซิสโตลิคสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตและพิการมากถึงร้อยละ 70[2] ในประเทศไทยพบว่า มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ[3] อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อัตราผู้ป่วยรายใหม่[4]และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง[5] มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ[6]โดยการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบเป็นจำนวนมาก คือ 4.9 ล้านคนต่อปี[2] ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายเก่า 2,661,954 คน พบมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจสูงถึงร้อยละ 22.54[5] จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้นได้มาก และมีความสำคัญ เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจขึ้นจะส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือเกิดความเจ็บป่วยพิการได้ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ประกอบไปด้วยการบริโภคอาหารที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยาเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายในผู้ที่ต้องรักษาด้วยการรับประทานยา[7] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐกรุงเทพมหานคร[8]ในกำลังพลกองทัพบก[9] ในพนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร[10] ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง[11] การจัดการตนเอง[12] และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[13] และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่หลายด้าน ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 63.9 ด้านการรับประทานอาหารเค็มร้อยละ 87.7 และการไม่ออกกำลังกายร้อยละ 75.5[11]

การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการเน้นในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การควบคุมติดตามน้ำหนักตัวหรือวัดรอบเอวตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อติดตามภาวะอ้วนลงพุง การหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น และการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[14] และเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ในฐานะพยาบาลผู้มีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม จึงควรทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ๆ ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher และ Rosenstock (1997) ที่มีแนวคิดมุ่งเน้นเกี่ยวกับ

ความเชื่อของบุคคลซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค[15] มาพิจารณาตัวปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคประกอบไปด้วย การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ คือการรับรู้โอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของตนเองในปัจจุบันจากการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา และในอีก 10 ปีข้างหน้า[16] มีการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยกลางคนพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้[17] มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน[18] แต่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร[8]

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของตนเอง[15] มีการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้[13] มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอในประชากรชาวจีน[19] มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้[20] แต่ยังไม่พบการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ[21] เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่มีการศึกษาในพนักงานกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร[8] และในกำลังพลกองทัพบก[9] พบว่า ในพนักงานกสิกรไทยและกำลังพลกองทัพบกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากสัมพันธภาพ

การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา กับแพทย์หรือพยาบาล[22] มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันหิตสูงพบว่า มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ระดับดี ร้อยละ 69[12] การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสม่ำเสมอ[23] และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้[24] แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้[12]

จากการศึกษาที่กล่าวข้างต้นพบว่า มีการศึกษาปัจจัยดังกล่าว ในบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะในวัยหนุ่มสาว ผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้เท่านั้น นอกจากนี้บางปัจจัยยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ในแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคส่วนมากมีการศึกษาแล้วและพบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[25] และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคคลทั่วไป[8] จึงไม่ได้เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock[15] เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่ยังไม่มีการเจ็บป่วย คือเป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันมีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock[15] ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) คือ ความรู้เรื่องโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ โดยเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค และเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเองและมีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะคุกคามของโรคหลอดเลือดหัวใจ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้เกิดขึ้นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study)

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย 2) สื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ผ่านการทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติด้วย GP COG (The general practitioner assessment of cognition) ได้คะแนน 9 คะแนน 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิต เช่น Schizophrenia, Depressive disorder

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดหัวใจ 2) อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ มีโรคร่วมที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคมะเร็งระยะลุกลาม เป็นต้น

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) .80 ใช้การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจาก ค่าสหสัมพันธ์ขนาดปานกลาง $r = 0.3$ [26] มาคำนวณค่า $R^2 = 0.09$ และนำไปคำนวณขนาดอิทธิพลค่า $f^2 = 0.098$ กำหนดจำนวนตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการ

รักษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ขนาดเส้นรอบเอว ยาที่ได้รับ โรคร่วม ค่าความดันโลหิตวันที่มาตรวจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย Lipid profile, BS, BUN, Cr, eGFR จำนวน 23 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย Ammouri และ Neuberger[16] แปลเป็นภาษาไทยแบบย้อนกลับโดย อรวรรณยา ภูมิศรีแก้ว[27] ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็น Rating scale 4 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 3-12 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ 3.00-6.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับน้อย 6.01-9.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง 9.01-12.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับสูง หาค่า CVI โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.93 หาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

3. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ Lawton และคณะ[28] แปลเป็นไทยและแปลย้อนกลับโดย อรวมน ศรียุกตศุทธและคณะ[29] จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1) มีระดับคำตอบ 4 ระดับ ข้อ 2 ถึงข้อ 4 มีระดับคำตอบ 3 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 4-13 คะแนน เกณฑ์การแปลผลจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม แบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.0-7.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี 7.01-10.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง 10.01-13.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี หาค่า CVI โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.90 หาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73

4. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ วริษา กันบัวลา[30] พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ถูก ผิด ตอบคำถามถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน นำคะแนนมาคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเฉลี่ยร้อยละน้อยกว่า 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ 60-69 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง 70-79 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับดี 80-100 หมายถึง มีความรู้ระดับดีมาก หาค่า CVI โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.92 หาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงโดยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson reliability) ได้ เท่ากับ 0.89

5. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพของ Schilinger และคณะ[22] ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดย สุพาพร เพ็ชรอาวุธ[24] ครอบคลุมในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale

5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ คะแนน 22-51.33 หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับพอใช้ 51.34-80.67 หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับระดับดี 80.68-110 หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับดีมาก หาค่า CVI โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.98 หาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 19 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 18 ข้อ คือข้อที่ 1-15 และข้อ 17-19 เป็นข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ คือข้อที่ 16 โดยแบ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก 3) ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) ด้านการจัดการความเครียด และ 5) ด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมใช้วิธีการแบ่งอันตรภาคชั้น 3 ระดับ คะแนน 19.00-44.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 44.34-69.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 69.68-95.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน โดยนำคะแนนรายด้านมาคิดเป็นค่าเฉลี่ย และแบ่งอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านอยู่ในระดับสูง หาค่า CVI โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.93 หาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยมีพยาบาลที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้ป่วยสนใจเข้าร่วม พยาบาลจึงแนะนำให้พบผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและโครงการวิจัยให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS 2019/10.0701 และของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เลขที่ 62044 โดยผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนและขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ซึ่งทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายเป็นโค้งปกติ และตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเกิน 0.7[31]

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.5 มีช่วงอายุตั้งแต่ 28 ปีถึง 79 ปีอายุเฉลี่ย 53.9 ปี (SD = 11.78) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 34.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.4 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 77.8 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 65.9 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 57.9 มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 45.2

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 73.83, SD = 9.11) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.53, SD = 0.81) ด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.54, SD = 0.55) และด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.81, SD = 0.34) ส่วนด้านการบริโภคอาหารคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.53, SD = 0.69) และด้านการออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนักตัวมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.30, SD = 0.79)

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 8.42, SD 1.57) ร้อยละ 70.6 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 8.20, SD = 1.74) ร้อยละ 54.8 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 23.22, SD = 8.47) ร้อยละ 57.1 และมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 84.64, SD = 12.20) ร้อยละ 68.3

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (n=126)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	1				
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.31**	1			
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	.03	.11	1		
4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	.01	.07	-.02	1	
5. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.15	.29**	.19*	.18*	1

* p < .05, ** p < .01

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (r = 0.29, p <.01) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (r = 0.19, p <.05) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (r = 0.18, p <.05) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (p=.08)

การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 11 (Adjusted R^2 = .11) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพ (β = .23, p = .01) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (β = .17, p = .04) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (β = .17, p = .04) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (β = -.09, p = .31)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=126)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	β	*t*	*p-value*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.52	.52	-.09	-1.01	.315
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.19	.47	.23	2.54	.012*
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	.19	.09	.17	2.02	.045*
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	.13	.06	.17	1.99	.049*
R^2=.14, Adjusted R^2 = .11, F = 5.01, Sig. = .001					

* $p < .05$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 73.83, SD = 9.11) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้ แต่มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ศึกษาในบุคคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร[8] และในกำลังพลกองทัพบก[9] พบว่าทั้งสองการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาที่แตกต่างอาจเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล และมีสื่อให้ความรู้ภายในโรงพยาบาลอยู่ตลอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถร่วมอธิบายความผันแปรต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 11 (Adjusted R^2=.11, p=.001) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=.23, p=.01) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่มีการศึกษา ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น[13] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง[32] ผลการศึกษาเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock [15] ที่อธิบายว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ อาการหรือการเจ็บป่วยของตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มากระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=.17, p=.04) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ศิริกังวานกุลและคณะ[9] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ พรจิตต์ อุไรรัตน์และคณะ [33] พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบลูปัสได้ และเป็นไปตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock[15] ที่อธิบายว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และเข้าใจกลไกการเกิดโรค อาการและความรุนแรงของโรค จึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=.17, p=.04) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยตรง แต่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความความดันโลหิตสูงของ Saleema และคณะ[34] พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ลือนามและคณะ (2562)[32] ที่ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การสื่อสาร การได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าการสื่อสารจากบุคคลอื่น ๆ เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มากระตุ้นให้บุคคลให้ความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคได้[15]

ส่วนปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (β = -.09, p=.31) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐกรุงเทพมหานครของ จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ[8] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันคือไม่มีอาการผิดปกติปรากฏจึงรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางและไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยกลางคนในประเทศจีนของ Chunhua Ma และคณะ[17]

อาจเนื่องจากปัจจุบันในประเทศจีนมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่วัยหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยกลางคนสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดี ทำให้รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มาก และในการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานของวรรณราชื่นวัฒนา และณชานาฏ สอนภักดี[18] พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีอาการแสดงชัดเจนกว่าโรคความดันโลหิตสูงจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงอาจไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูงเท่านั้นจึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ถ้ารับรู้โอกาสเสี่ยงน้อยหรือปานกลางอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ โดยเฉพาะในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจค่อนข้างดีอยู่แล้วและมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลางจึงอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปประกอบการวางแผนการพยาบาลและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้องมากขึ้น และพัฒนาให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ค่าความสามารถในการทำนายค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่น่าสนใจ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องโรคหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสมต่อไป

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. 2017. [cited 2018 Dec 20]. Available from: http://ish-world.com/dowload/pdf/global_brief_hypertension.pdf
2. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mmHg 1990-2015. JAMA. 2017; 317: 165-82.
3. Ekpalakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppakao W. Report of the Thai public health examination by the 5th physical examination

2014. 1st edition. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai).

4. Information and Communication Technology Centre, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Standard report group important non communicable disease [Internet]. 2018. [cited 2018 Sep 12]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_k.php (in Thai).
5. Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public health statistics 2015. Bangkok: Samcharoen Panich; 2015. (in Thai).
6. William B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH guideline for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018; 39: 3021-104.
7. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension [Internet]. 2015. [cited 2018 JUN 13]. Available from: www.thai hypertension.org/iles/GL%20HT%202015.pdf (in Thai).
8. Sutthipatthanangkoon C, Thato R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok University. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017; 28: 111-25. (in Thai).
9. Sirikangwankun W, Thato R, Polsook R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among the royal thai army personnel. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017; 29: 99-111. (in Thai).
10. Khotchakhote J, Jirapongsuwan A, Kerdmongkol P, Amnatsatsue K, Kaewboonchoo O. Atherosclerosis prevention behaviors among Kasikorn bank employees in Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing. 2012; 19: 71-86. (in Thai).
11. Zinat Motlagh SF, Chaman R, Sadeghi E, Eslami AA. Self-care behaviors and related factors in hypertensive patients. Iran Red Crescent Med J. 2016; 10;18(6):e35805. doi: 10.5812/ircmj.35805. PMID: 27621938; PMCID: PMC5004506.
12. Jandeekaewsakul P, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting self-management behaviour among patients with uncontrolled essential hypertension. Journal of Nursing Science. 2018; 36: 31-43. (in Thai).
13. Jariyasakulwong P, Charoenkitkarn V, Pinyopasakul W, Sriprasong S, Roubsanthisuk W. Factors influencing on health promotion behaviors in young adults with hypertension. Princess of Naradhiwas University Journal. 2015; 7: 26-36. (in Thai).
14. The Heart Foundation of Thailand under The Royal Patronage. DASH Diet [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 14]. Available from: http://www.thaiheartfound.org/category/details/food/272
15. Stretcher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In Glanz K, Lewis FM, editors. Health behavior and health education theory research and practice. 2 nd edition. San Francisco: Jossey-bass; 1997.

16. Ammouri AA, Neuberger G. The perception of risk of heart disease scale: development and psychometric analysis. J Nurs Meas. 2008; 16(2):83-97. doi:10.1891/1061-3749.16.2.83
17. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. Heart Lung. 2018;47(2):136-41. doi:10.1016/ j.hrtlng.2017.12.001
18. Chuenwattana W, Sonpakdee N. Self-care behaviours of diabetic patients at Bangmeanang Tambon Bang Yai Nonthaburi Province. Pathumthani University Academic Journal. 2014; 6: 163-70. (in Thai).
19. Lee GK, Wang HH, Liu KQ, Cheung Y, Morisky DE, Wong MC. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. PLoS One. 2013; 8(4):e62775. doi:10.1371/journal. pone.0062775
20. Kraisai P, Promla W. Factors influencing to self-care behaviours of patients diabetes mellitus at Pathumthani Province. Mahamakut Graduate School Journal. 2017; 15: 101-10. (in Thai).
21. Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health. Guidelines for assessment of cardiovascular risk. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King; 2017. (in Thai).
22. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. Patient Educ Couns. 2004; 52(3): 315-23. doi:10.1016/S0738-3991(03) 00107-1
23. Schoenthaler A, Allegrante JP, Chaplin W, Ogedegbe G. The effect of patient-provider communication on medication adherence in hypertensive black patients: does race concordance matter?. Ann Behav Med. 2012; 43(3):372-82. doi:10.1007/s12160-011-9342-5
24. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. Journal of Nursing Science. 2011; 29: 18-26. (in Thai).
25. Srihamartra W, Buatee S, Sittipakorn S. The relationship between health belief perception and health behaviors in patients with hypertension crisis. The journal of Boromarajonani College of nursing Nakhonratchasima. 2015; 21: 27-40. (in Thai).
26. Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992; 112(1):155-59. doi:10.1037//0033-2909.112.1.155
27. Poomsrikaew O. Risk factors and perception of coronary heart disease risk among Thai patients with type 2 diabetes. The journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima. 2012; 18: 34-47. (in Thai).

28. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. J Gerontol. 1982; 37(1):91-99. doi:10.1093/geronj/37.1.91
29. Sriyuktasuth A, Tosuksri W, Paitong P, Koolvisoot A. Utility of Pender's model in describing health-promoting behaviors in rheumatoid arthritis patients. Journal Nursing Science. 2005;23(3):43-54. (in Thai).
30. Kanbuala W, Samartkit N, Keeratiyutawong P. Factors related to decision time for seeking treatment in patients with myocardial infarction. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2014; 24: 21-36. (in Thai).
31. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
32. Luenam A, Ngamkham N, Sangsawang D, Pengpanich W, Rattanasuwannachai K, Sengla W, et al. Predictive factors of self-care behavior for prevention of hypertention among population group at risk. Huachiew Chalermprakiet University Journal of Health Science. 2019; 23: 93-106. (in Thai).
33. Urairat P, Puwarawuttipanit W, Sriyuktasuth A, Teerapornlertratt T. Factors influencing relapse behaviors in lupus nephitis patients. Journal of Nursing Science. 2012; 30: 55-63. (in Thai).
34. Saleema L, Panpakdee O, Arpanantikul M, Chai-Aroon T. The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension.PRIJNR 2016; 20(1):5-17.