นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ชินาธิป นิสสะ*, วาสนา จันทปัญญา*, นิยม จันทร์นวล*
*วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
niyom.j@ubu.ac.th

บทคัดย่อ

การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไขมันในเลือดสูงที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มารับบริการในคลินิกเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 138 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบราค ระหว่าง 0.73 - 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Pearson Product – Moment Correlation Coefficients

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดีร้อยละ 78.99 และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.202$, $p=0.018$, $r=0.333$, $p<0.001$, $r=0.342$, $p<0.001$ และ $r=0.513$, $p<0.001$ ตามลำดับ)

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยเน้นมุ่งเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกัน, โรคหลอดเลือดหัวใจ, ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี Faculty of Public Health Ubon Ratchathani Rajabhat University

Article info:
Received: Mar 2, 2021
Revised: May 9, 2021
Accepted: May 20, 2021

Original article

Association between health belief and preventive behaviors regarding coronary artery disease among patients of metabolic syndrome

Chinathip Nissa*, Wassana Jantapanya*, Niyom Junnual*
College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University
niyom.j@ubu.ac.th

Abstract

Morbidity with coronary artery disease (CAD) were more likely, affecting the quality of life of the population. This cross-sectional analytical study aimed to investigate factors related to CAD preventive behaviors among patients with metabolic syndrome. Data were collected with 138 diabetic patients with hypertension and / or hyperlipidemia with metabolic syndrome who received service in a chronic disease clinic at Bua Wat Subdistrict Health Promotion Hospital, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. A simple random sampling was performed using an interview questionnaire with the confidence alpha coefficients between 0.73 - 0.83. Data were analyzed by descriptive statistics and pearson product - moment correlation coefficients.

The results showed that the CAD preventive behaviors of the sample group were at a good level (78.99%). The perception of risk opportunities, benefit, barriers and self-efficacy of CAD preventive behaviors were statistically significant positively correlations with CAD preventive behaviors ($r=0.202$, $p=0.018$, $r=0.333$, $p<0.001$, $r=0.342$, $p<0.001$ and $r=0.513$, $p<0.001$, respectively).

Therefore, health professionals should develop activities to modify health behavior of people risk with metabolic syndrome with a focus on increasing the perception of risk opportunities, benefits, obstacles, and self-efficacy in order to have cardiovascular disease prevention behavior.

Keywords: Health belief model, preventive behaviors, coronary artery disease, metabolic syndrome

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University
Ubon Ratchathani Rajabhat University

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย มีผลทำให้พบความผิดปกติของระดับไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน รวมถึงมีการอักเสบของหลอดเลือด และส่งผลให้เกิดลิ่มเลือด เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Samson et al, 2014) เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่มีการก่อตัวขึ้นอย่างช้าๆ ไม่มีความเจ็บปวดต่อร่างกาย แต่อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ประชาชนจึงไม่เห็นความสำคัญและมีความตระหนักต่อการป้องกัน ซึ่งสาเหตุหลักของการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การพักผ่อน และการจัดการความเครียด (วราพรรณ วงษ์จันทร์, 2561) ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะมีระดับฮอร์โมนอดิโปเนคติน (Adiponectin) ในเลือดต่ำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดื้ออินซูลิน ดังนั้นภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจึงเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง (กิตติคุณ ยั่งยืน, 2559) โดยผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าคนทั่วไป 3-5 เท่า และมีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าบุคคลทั่วไป 2-3 เท่า (วราพรรณ วงษ์จันทร์, 2561) จากรายงานการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ประมาณการมีผู้เสียชีวิต 8.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.0 (World Health Organization: WHO, 2019) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559- 2561 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 31.9, 31.8 และ 31.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งสอดคล้องกับอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 503.67, 501.41 และ 515.91 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ในปี พ.ศ. 2560 – 2561 เขตสุขภาพเขตที่ 10 มีผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด โดยจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 1 ปีงบประมาณถึงร้อยละ 3.66 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มมากที่สุด อำเภอวารินชำราบมีผู้ป่วยได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 90.54 และผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัดร้อยละ 94.55 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง โดยมีการเสนอแนวปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของ American Heart Association (AHA) ได้แก่ การรับประทานอาหารสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนัก ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหยุดสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด ซึ่งการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM) (Becker, 1977) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยกล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะมีพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นหากผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจะสามารถนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (American Heart Association, 2013) และเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามแนวคิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) ใช้แบบสัมภาษณ์ในการรวบรวมข้อมูลกับผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่เข้ารับบริการในคลินิกเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม-30 สิงหาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไขมันในเลือดสูง ที่เข้ารับบริการในคลินิกเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 3 องค์ประกอบ จาก 5 องค์ประกอบ ตามเกณฑ์ของ American Heart Association/National Heart Lung Blood Institute (AHA / NHLBI) (American Heart Association, 2004) ได้แก่ 1) รอบเอวในเพศชาย ≥ 90 เซนติเมตรและในเพศหญิง ≥ 80 เซนติเมตร (ระดับค่าเส้นรอบเอวของชาวเอเชียใต้) 2) ความดันโลหิต ≥ 130/ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับยารักษา 3) ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 100 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร หรือได้รับยารักษา 4) ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ≥40 มิลลิกรัม/ เดซิลิตรในเพศชาย หรือ ≥50 มิลลิกรัม/ เดซิลิตรในเพศหญิง หรือได้รับยารักษา และ 5) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร หรือได้รับยารักษา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Buchner, 2010) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการใช้โปรแกรม G*Power สำหรับ Correlation: Bivariate normal model ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, Effect size=0.30, Power=0.95 (Cohen, 1977) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 138 คน

การสุ่มตัวอย่าง

1. คัดกรองข้อมูลภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไขมันในเลือดสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 325 คน พบผู้ป่วยที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 295 คน

2. คัดเลือกผู้ที่ไม่มีภาวะดังต่อไปนี้ ประวัติโรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง สภาพติดเตียง (bed ridden) หรือมีปัญหาการเคลื่อนไหว หรือมีความบกพร่องด้านการฟัง การสื่อสาร และปฏิเสธยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คงเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 268 คน

3. คัดเลือกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง คือ 138 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert' scale) แปลผลเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหามากกว่า 0.50 และความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของแต่ละตอนเท่ากับ 0.73, 0.73, 0.81, 0.77 และ 0.81 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert' scale) 4 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) คือ ดี ปานกลาง และควรปรับปรุง ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหามากกว่า 0.50 และความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Product – Moment Correlation Coefficients ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-49/2563 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2563 และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสในสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ที่เสร็จเรียบร้อยแล้วได้ถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล นำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 75.36 มีอายุเฉลี่ย 62.84 (SD=11.64) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 77.54 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.16 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 23.91 ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 76.09 และกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำและสม่ำเสมอทุกปีร้อยละ 94.20 ดังตารางที่ 1

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับระดับดีร้อยละ 78.99 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับระดับดี (ร้อยละ 50.72, 56.52, 84.78, 82.60, 94.92 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

3. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.202, p=0.018, r=0.333, p<0.001, r=0.342, p<0.001, r=0.513, p<0.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับดี และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของพิภพ ดีแพ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.20 ได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำและสม่ำเสมอทุกปี และร้อยละ 58.70 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ซึ่งจะมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นประจำส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสม แต่จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างเกือบกว่าครึ่งมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว จึงไม่สามารถออกกำลังกายได้เต็มที่ และส่วนใหญ่จะบริโภคอาหารตามบุคคลในครอบครัว

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงว่าผู้ที่ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหรือความผิดปกติใดๆ มากขึ้น ก็จะสามารถกระตุ้นให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1977) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยโรคการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะ

แตกต่างไปจากผู้ที่มีสุขภาพดี นั่นคือในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่ออาการกลับเป็นซ้ำถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยและถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนพนัฐ จำปาเทศ (2561) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิกานต์ ทิมูลนีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2559) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน (อายุ 35-45 ปี) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงว่าถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตามแต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตน เป็นการเสริมแรงทางบวก โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ นั้นคือการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายของภาวะที่เป็นอยู่ของตนเอง สอดคล้องกับการวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์ประกอบของการรับรู้ความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ Carpenter (2010) และ Becker (1977) ที่มีความเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคแต่ความเชื่อนั้นอาจไม่เพียงพอจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์มากที่สุดจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง ภูแม่นเขียน (2556) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้สิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติตน เช่น ความไม่สะดวก สบาย ค่าใช้จ่าย ความยากในการปฏิบัติ การเสียเวลา การที่มีการรับรู้อุปสรรคมากๆ จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lo, Chair, Lee (2015) พบว่าบุคคลในฮ่องกงที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบมีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Horwood, Williams, Mandics (2015) ที่พบว่าผู้สูงอายุในนิวซีแลนด์ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจหรือเข้าร่วมเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอ

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อธิบายได้ว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากจะประสบความสำเร็จในหลายๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต สามารถที่จะทำในสิ่งที่ยากๆ โดยคิดว่าเป็นความท้าทายมากกว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือต้องหลีกเลี่ยงที่จะทำให้สามารถท้าทายหรือเผชิญกับความล้มเหลวได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1989) โดยเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคได้ (Laudisio, Bandinelli, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของเมธิกานต์ ทิมูลนีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2559) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-45 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (สายทอง ภูแม่นเขียน, 2556)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

2. สถานบริการสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปออกแบบกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยเน้นให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบวิถีชีวิตระหว่างชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตกึ่งเมือง กึ่งชนบท เนื่องจากมีแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชากรที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่ดี ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ ความร่วมมือในการเก็บข้อมลู วิจัยในครั้งนี้

Faculty of Public Health
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University
Ubon Ratchathani Rajabhat University

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formated/format_1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=f346e9d449b04c07cc80edeefc0cc360. [สืบค้นเมื่อ 3 เมายน 2563].

กิตติคุณ ยั่งยืน. (2559). **ภาวะอ้วนลงพุงหรือภาวะเมแทบอลิกซินโดรม**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.gpo.or.th/Portals/6/Newsletter/RDINewsYr23No2-5.pdf. [สืบค้นเมื่อ 6 เมายน 2563].

นพนัฐ จำปาเทศ และคณะ. (2561). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม**.วารสาร มฉก.วิชาการ, ปีที่ 22 (ฉบับที่ 43-44). 114-129

พิภพ ดีแพ และคณะ. (2562). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง**. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, ปีที่ 33 (ฉบับที่ 3). 46-59.

เมธิกานต์ ทิมูลนีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2559). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน**. วารสารเกื้อการุณย์, ปีที่ 23 (ฉบับที่ 4).118-132.

วราพรรณ วงษ์จันทร์. (2561). **ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมวัยผู้ใหญ่:การจัดการตนเอง**. วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่ 19 (ฉบับพิเศษ).16-29.

สายทอง ภูแม่นเขียน. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยบูรพา.

American Heart Association. (2004). **Definition of Metabolic Syndrome**. [Online]. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01.CIR.0000111245.75752.C6. [cited 2019 April 30].

Bandura A. (1989). **Human agency in social cognitive theory**. Am Psychol, 44(9):1175-1184.

Becker, M.H. (1977). **The Health Belief Model and Prediction of dietary Compliance: A field Experiment**. Journal of Health and Social Behavior, 18 348-366.

Best, John W. (1981). **Research in Education**. 3rd ed. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice. Hall Inc.

Buchner, A. (2010). **G*Power: Users Guide – Analysis by design**. Web Page of Heinrich Heine-Universitat-Institut fur experimentelle Psychologie.

Carpenter CJ. (2010). **A meta-analysis of effectiveness of health belief model variables in predicting behavior**. Health Communication, 25(8).661-669.

Cohen J. (1977). **Statistical power for the behavioral sciences**. 2nd ed. New York: Academic Press.

Horwood H, Williams MJ, Mandic S. (2015). **Examining motivations and barriers for attending maintenance community-based cardiac rehabilitation using the health-belief model**. Heart Lung Circ, 24(10).980-987.

Laudisio A, Bandinelli S, Gemma A, Ferrucci L, Incalzi RA. (2014). **Metabolic syndrome and functional ability in older age: The InCHIANTI study**. Clin Nutr, 33(4).626-633.

Lo SW, Chair SY, Lee FK. (2015). **Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: based on the health belief model**. Appl Nurs Res, 28(2).197-201.

Samson SL, Garber AJ. (2014). **Metabolic syndrome**. Endocrinol Metab Clin North Am, 43(1).1-23.

World Health Organization. (2019). **The top 10 causes of death**. [Online]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death. [cited 2019 April 22].

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล (n=138)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	104	75.36
ชาย	34	24.64
อายุ Mean = 62.84 (S.D.=11.64) (Max=92) (Min=33)		
สถานภาพ		
โสด	5	3.62
อยู่ด้วยกัน/สมรส	107	77.54
หม้าย/หย่า	24	17.39
แยกกันอยู่	2	1.45
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.72
ประถมศึกษา	112	81.16
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	10.14
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	5.07
ปริญญาตรี	4	2.90
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	33	23.91
เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	28	20.29
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	27	19.57
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	20	14.49
เบาหวาน	19	13.77
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	6	4.35
ไขมันในเลือดสูง	5	3.62
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในบ้าน		
ไม่มี	105	76.09
มี	33	23.91
การเข้ารับการตรวจสุขภาพ		
ตรวจเป็นประจำและสม่ำเสมอทุกปี	130	94.20
เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ	5	3.62
ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	3	2.17

Faculty of Public Health
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University
Ubon Ratchathani Rajabhat University

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=138 คน)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	ระดับควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)
การบริโภคอาหาร	-	68 (49.28)	70 (50.72)
การออกกำลังกาย	8 (5.80)	52 (37.68)	78 (56.52)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่	3 (2.18)	18 (13.04)	117 (84.78)
การจัดการความเครียด	1 (0.74)	23 (16.66)	114 (82.60)
การตรวจสุขภาพประจำปี	1 (0.74)	6 (4.34)	131 (94.92)
รวม	-	29 (21.01)	109 (78.99)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=138 คน)

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (r)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	0.202	0.018
การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดหัวใจ	0.076	0.373
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	0.333	<0.001
การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	0.342	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	0.513	<0.001

Faculty of Public Health
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University
Ubon Ratchathani Rajabhat University