

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดตาก

วัชรินทร์ คำสา, พย.ม.¹ วรรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D.^{2*} สมสมัย รัตนกริชากุล, ส.ด.²

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทยรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งการควบคุมและจัดการกับปัญหาที่ดีที่สุดคือ การจัดการให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและอาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จำนวน 207 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มสุราและด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด อยู่ในระดับสูง และอีก 4 ด้านได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง โดยตัวแปรการรับรู้ความสามารถแห่งตน ($\beta = .43$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .16$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงและสามารถอธิบายได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .230$, $F = 30.40$, $p < .001$) ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยง โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับส่งเสริมให้ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

คำสำคัญ: กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: lawang@go.buu.ac.th

Factors Influencing Preventive Behaviors Against Coronary Heart Disease Among Karen at Risk in Tak Province

Watcharin Khamsa, M.N.S.¹, Wannarat Lawang, Ph.D.^{2*}, Somsamai Rattanaagreetkul, Dr.P.H.²

Abstract

Coronary heart disease is a significant health problem in Thai people, including Karen, that requires appropriate preventive behaviors. This predictive correlational research aimed to describe preventive behaviors against coronary heart disease and to determine factors influencing those preventive behaviors. Multi-stage random sampling was used to recruit 207 participants of Karen at risk in Tak province. Data were collected from November to December 2020. Research instruments were interviews, including a demographic record form, the Preventive Behavior Knowledge, the Preventive Behaviors Perception, the Disease Preventive Resource Accessibility, the Social Support Perception, the Self-Efficacy Perception, and the Preventive Behaviors surveys. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used to analyze the data.

The overall results revealed that preventive behaviors against coronary heart disease among Karen at risk food consumption, exercise, stress management, and smoking were rated at medium levels. Alcohol consumption and medication adherence and follow-up were rated at high levels. Self-efficacy perception ($\beta = 0.43$) together with the social support perception ($\beta = 0.16$) were factors influencing preventive behaviors and explained 23.0% of the variance in preventive behaviors against coronary heart disease ($R^2 = .230$, $F = 30.40$, $p < .001$). These findings suggest that nurses and other health personnel should develop programs to promote preventive behaviors against coronary heart disease in Karen at risk through increasing self-efficacy perception and encouraging family and other important persons to participate in preventive behavior support. These should improve the odds that the Karen at risk will develop appropriate preventive behaviors for improving their health and quality of life.

Keywords: Karen, preventive behaviors, coronary heart disease, self-efficacy perception, social support perception

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha University

* Corresponding author e-mail: lawang@go.buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรไทยมีความหลากหลายทางเชื้อชาติอาศัยอยู่ร่วมกัน มีกลุ่มชาติพันธุ์ประมาณร้อยละ 2.2 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวนมากที่สุดคือกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงคิดเป็นประมาณร้อยละ 38.04 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอาศัยตามพื้นที่สูงหรือบนภูเขาของประเทศไทยโดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และตาก มีเอกลักษณ์ทางภาษา ความเชื่อ ภูมิปัญญา ประเพณี และวัฒนธรรมเป็นของตนเอง วิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในอดีตเกิดจากการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในชุมชนกะเหรี่ยงและสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ต้องพึ่งพิงธรรมชาติ จึงส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างจากคนไทยที่อาศัยบนพื้นที่ราบ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015) แต่การเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันทั้งเศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี หรือวัฒนธรรมเข้ามามีบทบาทและติดต่อกับชุมชนเมืองมากขึ้น ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ ซื้ออาหารจากร้านค้าในชุมชนหรืออาหารสำเร็จ แทนการหาของในป่าและปรุงเองในบ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้งและมีไขมันสูง หรือใช้เครื่องทุ่นแรงในการทำงานแทนการใช้แรงคน หรือใช้จักรยานยนต์เป็นยานพาหนะแทนการเดินขึ้นลงภูเขา (Kittiyano, 2018) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การศึกษาทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ (Tak Provincial Public Health Office, 2019a) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ดังสถิติในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 14.44 และอัตราป่วยของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 4.36 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคประจุมุมิที่นำไปสู่การเกิดโรคทุติยภูมิอย่างเช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น (World Health Organization [WHO], 2018) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเสียชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559-2561) พบว่า

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอันดับสองของการเสียชีวิตรองจากชรา (Tak Provincial Public Health Office, 2019b) ดังนั้น โรคหลอดเลือดหัวใจจึงปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ พบว่า ปี พ.ศ. 2559 โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตทั่วโลก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 4 ของสาเหตุการตายในทั่วโลกในปี พ.ศ. 2573 (WHO, 2018) เช่นเดียวกันโรคหลอดเลือดหัวใจก็เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งหรือที่อัตราการตายเท่ากับ 32.3 ต่อแสนประชากร (Department of Disease Control, 2018) โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 30.0 ต่อแสนประชากร (Tak Provincial Public Health Office, 2019b) ปัจจุบันประเทศไทยจึงมีนโยบายคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อให้ทราบถึงกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2018) ครอบคลุม 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่หรือไม่สูดดมควันบุหรี่ การงดหรือหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนการรับประทานยาตามแผนการรักษาและตรวจเพื่อตรวจคัดกรองหาความผิดปกติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ (Premasuk, Thato, & Polsook, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Jumpa, Kungjai, & Ruttanajarana, 2018; Ploysub, Kaewpan, Pichayapinyo, & Silabut, 2019) ในขณะที่การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงใน

ประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า เป็นการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Jidjuk, 2019; Jinathum, Koomnet, & Kanthawee. 2018) แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยง ต้องพิจารณาปัจจัยที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมทั้ง ปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ และเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบ PRECEDE-PROCEED (Green & Krueger, 2005) ที่อธิบาย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลไว้อย่างชัดเจน ครอบคลุมและเชื่อมโยงความเป็นพหุวัฒนธรรมของบุคคล ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัย นำคือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรค ปัจจัยเอื้อคือ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคและปัจจัยเสริมคือ การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึง ประยุกต์รูปแบบดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมา พัฒนาเป็นกรอบการวิจัยครั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค หากผู้ที่เจ็บป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องก็จะเข้าใจว่าสิ่งใดถูก/สิ่งใดผิด หรือสิ่งใด ควรหรือไม่ควรทำ นำไปสู่การมีพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Temyod, 2015) การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค เมื่อผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้ ว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคมีความรุนแรง การป้องกันนั้นมีประโยชน์มากและมีอุปสรรคในการปฏิบัติน้อย ก็จะยอมรับและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ploysub, et al. 2019) การรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการป้องกันโรค เมื่อผู้ที่เจ็บป่วยมีมั่นใจว่า ตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกัน

โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Jumpa et.al., 2018; Ploysub et al., 2019; Sirikangwankun, Thato, & Polsook, 2017) การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค เมื่อบุคคลเข้าถึง ทรัพยากรด้านสาธารณสุขและทรัพยากรด้านอื่น ๆ ที่ช่วยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ก็จะเกิดแรงจูงใจ และสามารถพัฒนาศักยภาพ ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพหรือการมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี (Phiromsid, Kulsiripunyo, Nurukkae, & Luangpuntao, 2018) การสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ที่เจ็บป่วยได้รับแรงกระตุ้นหรือความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจากครอบครัว เพื่อน บุคลากร และชุมชนในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือกำลังใจ ที่เป็นผลให้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Phiromsid et al., 2018; Sirikangwankun et al., 2017)

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่จังหวัดตาก ซึ่งมีกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงอาศัยอยู่จำนวนมากเป็นอันดับสอง รองมาจาก จังหวัดเชียงใหม่ และพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากเป็นอันดับต้น ผลการศึกษาจะทำให้พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่ม ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดภาระของครอบครัว และสังคม ตลอดจนเป็นการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านการส่งเสริมและป้องกันของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้มีความครอบคลุม ประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการ บริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดตาก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการ
ป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความ
สามารถแห่งตนในการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่
เอื้อต่อการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม

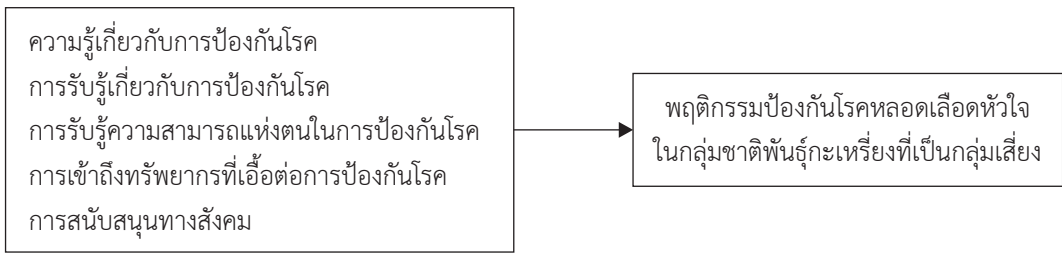
สมมติฐาน

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับ
การป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการ
ป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค
และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่
เป็นกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์รูปแบบ PRECEDE-PROCEED
(Green & Krueter, 2005) มาเป็นกรอบการวิจัยเพื่อ
อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจได้อย่างครอบคลุมและเชื่อมโยงความเป็น
พหุวัฒนธรรมของบุคคลกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งรูปแบบ
ดังกล่าวประกอบด้วย 2 ส่วนคือ รูปแบบ PRECEDE และ
รูปแบบ PROCEED รวมทั้งหมด 8 ขั้นตอน ได้แก่ การ
ประเมินด้านสังคม การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรม
และสิ่งแวดล้อม การประเมินด้านการศึกษา นิเวศวิทยา
การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย การดำเนินงาน
ตามแผนงานโครงการ การประเมินผลกระทบ การ
ประเมินผลกระทบบ การประเมินผลลัพธ์

การศึกษานี้ประยุกต์เฉพาะรูปแบบ PRECEDE ซึ่ง
เป็นการมองเชิงมโนทัศน์และเป็นการประเมิน แบบ
นิเวศวิทยาที่สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลมี
พฤติกรรมโดยระบุปัจจัยที่นำไปสู่การมีพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัย
ได้ประยุกต์ในส่วนของขั้นตอนที่ 2 (Epidemiological,
behavioral and environmental assessment) ที่
กล่าวถึงการประเมินทางระบาดวิทยา และการประเมิน
พฤติกรรม เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และ
ขั้นตอนที่ 3 (Educational and ecological assessment)
ที่กล่าวถึงปัจจัยปัจจัยนำ คือ (Predisposing factors)
เป็นปัจจัยที่มาจากภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ
ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคล เป็นต้น ปัจจัยเอื้อ (Enabling
factors) เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่จะเอื้ออำนวยให้
บุคคลสะดวกที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม
เช่น แหล่งทรัพยากร รายได้ เป็นต้น และปัจจัยเสริม
(Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่จะ
กระตุ้นหรือตอบสนองบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน เป็นต้น
เมื่อพิจารณา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้ผู้วิจัย
สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมป้องกัน
โรคหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
ประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน
โรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถ
แห่งตน ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการ
ป้องกัน และปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม สรุป
กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคไขมันในหลอดเลือด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จำนวน 16,276 คน ปี พ.ศ. 2563 (Tak Provincial Public Health Office, 2019a)

กลุ่มตัวอย่างเป็นเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคไขมันในหลอดเลือด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (1999) (3) เข้าใจและสื่อสารภาษาไทย หรือภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้ และ (4) มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพลที่ .06 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลางที่แนะนำสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2012) เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012) ที่มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 205 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 จึงวางแผนเก็บข้อมูลที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 225 ราย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มเลือกอำเภอตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) จำนวน 4 อำเภอ หลังจากนั้นสุ่มเลือกตำบลตัวอย่างโดยจับฉลากอำเภอละ 1 ตำบล ได้จำนวน 4 ตำบล และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดมาสุ่มเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน แต่ละตำบลตามสัดส่วนที่คำนวณได้ จำนวนตัวอย่าง 225 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (1999) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน (1) ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ต้องได้คะแนน > 14 (2) ผู้สูงอายุที่ เรียนประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 17 (3) ผู้สูงอายุที่ เรียนสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 22

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนความเสี่ยงต้องอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในหลอดเลือดได้ คือ (4) มีภาวะโภชนาการเกิน (5) สูบบุหรี่ (Department of Disease Control, 2018)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อปี โรคประจำตัว และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ (5 ข้อ) และความรู้ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (10 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว (ถูก ผิด ไม่ทราบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างความรู้ในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-8, 9-11 และ 12-15 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (4 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรง (4 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ (4 ข้อ) และการรับรู้อุปสรรค (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคภัยในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 0.00-1.00, 1.01-2.00 และ 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 14 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ทรัพยากรด้านสาธารณสุข (7 ข้อ) และทรัพยากรด้านอื่น ๆ ในชุมชน (7 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันโรคในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันโรคในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มี 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (4 ข้อ) การสนับสนุนด้านให้กำลังใจ (4 ข้อ) การสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือ (4 ข้อ) และการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ ในการกระทำกิจกรรมรวมทั้งการให้สิ่งของ (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best &

Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 0.00-1.00, 1.01-2.00 และ 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 18 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (7 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) การจัดการความเครียด (3 ข้อ) การสูบบุหรี่ (2 ข้อ) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2 ข้อ) และการรับประทานยาและตรวจตามนัด (2 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่มั่นใจเลยถึงมั่นใจมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-90 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มี 18 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (7 ข้อ) ด้านการออกกำลังกาย (2 ข้อ) ด้านการจัดการความเครียด (3 ข้อ) ด้านการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ (2 ข้อ) ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2 ข้อ) ด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด (2 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เคยปฏิบัติเลยถึงไม่เคยปฏิบัติเลย) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน (ด้านบวก) และ 3-0 คะแนน (ด้านลบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-54 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 0.00-1.00, 1.01-2.00 และ 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2-7 ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบไปด้วย

แพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) อยู่ในช่วง .92-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .72 ส่วนแบบสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .75 .76 .88 .85 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการบริหารวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส G-HS 068/2563 (4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563) ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเป็นคนที่ใช้สามารถสื่อสารภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้และใช้ภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นภาษาหลัก โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์และวิธีการเก็บข้อมูลการรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลจนสามารถทำได้ถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงสื่อสารภาษาไทยได้น้อย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้วิจัยจึงเตรียมล่ามในการเก็บข้อมูลสำหรับผู้วิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่จบระดับการศึกษาปริญญาตรีของกระทรวงศึกษาธิการ และใช้สามารถสื่อสารภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้และใช้ภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็น

ภาษาหลัก โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์และวิธีการเก็บข้อมูล การรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลจนสามารถทำได้ถูกต้อง

เริ่มทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 แห่งที่ได้จากการสุ่ม ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการทำวิจัย และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบตารางการออกตรวจคลินิกโรคเรื้อรังในแต่ละอำเภอ และประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเข้าไปเก็บข้อมูลในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอตรวจ โดยผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีระยะเวลาตัดสินใจประมาณ 1-2 ชั่วโมง เมื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงลายมือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการคัดกรองคัดกรองสภาพสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 รายใช้เวลาการตอบ 30-45 นาที

ทั้งนี้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องได้รับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามมาตรการของภาครัฐ ได้แก่ (1) มีการคัดกรองความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแบบคัดกรองของสำนักงานสาธารณสุขผ่านการประสานเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มตัวอย่างช่วยทำการคัดกรอง (2) มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์เจล (3) มีการจัดสถานที่ผ่านการทำความสะอาด ถ่ายเยื่ออากาศได้ดี ถูกต้องตามหลักการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อโรค ขณะนั่งรอเข้ารับการสัมภาษณ์ โดยมีการจัดให้กลุ่มตัวอย่าง

นั่งเก้าอี้ให้มีระยะห่าง 2 เมตร และ (4) ขณะสัมภาษณ์
กลุ่มตัวอย่างเข้าห้องเพียงครั้งละ 1 ท่าน นั่งให้มีระยะห่าง
2 เมตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หา
อิทธิพลของตัวแปรต้นต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด
หัวใจ สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise
multiple regression statistics) ที่คำนวณสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครบตามที่วางแผนไว้ แต่
ชุดข้อมูลที่เก็บไม่สมบูรณ์จึงต้องตัดออกเหลือวิเคราะห์
ข้อมูล ทั้งหมด 207 ชุด (ร้อยละ 92.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่
วางแผนไว้) อย่างไรก็ตามเพียงพอตามจำนวนที่เราวางไว้
ตั้งแต่ต้นแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า
เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอย
พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 56.92 ปี ($SD = 12.55$)
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) ไม่ได้รับการศึกษา

(ร้อยละ 78.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 45.0)
และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 44.0) มีรายได้เฉลี่ย
51,405 บาทต่อปี ($SD = 32,575$) กลุ่มตัวอย่างมีโรค
ประจำตัวที่มากที่สุด คือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 87.62)
รองลงมาคือ โรคไขมันในหลอดเลือด (ร้อยละ 58.57) และ
โรคเบาหวาน (ร้อยละ 52.86) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรค
ประจำตัว จำนวน 2 โรค (ร้อยละ 73.0) เกือบทั้งหมดมี
สิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 97.6)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด
หัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
($M = 1.94, SD = 0.27$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($M = 2.50,$
 $SD = 0.80$) และด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด
($M = 2.58, SD = 0.69$) อยู่ในระดับสูง และอีก 4 ด้าน
อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร
($M = 1.87, SD = 0.35$) ด้านการออกกำลังกาย ($M = 1.15,$
 $SD = 0.70$) ด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.82,$
 $SD = 0.34$) ด้านการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ ($M = 2.00,$
 $SD = 0.79$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
แยกรายด้านและโดยรวม ($n = 207$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ภาพรวม	1.94	0.27	ปานกลาง
การรับประทานอาหาร	1.87	0.35	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	1.15	0.70	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	1.82	0.34	ปานกลาง
การหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่	2.00	0.79	ปานกลาง
การหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.50	0.80	สูง
การรับประทานยาและตรวจตามนัด	2.58	0.69	สูง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุน
ทางสังคม ($M = 2.19, SD = 0.36$) อยู่ในระดับสูง และ

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ($M = 2.00, SD = 0.27$)
การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค ($M = 3.56,$
 $SD = 0.34$) การรับรู้ความสามารถแห่งตน ($M = 3.25,$
 $SD = 0.50$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้เกี่ยวกับ

การป้องกันโรคฯ ($M = 8.51, SD = 0.17$) อยู่ในระดับต่ำ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน ($\beta = .43$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .16$) ที่ระดับนัยสำคัญ

$p < .001$ ตัวแปรทั้งสองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 23.0 ($R^2 = .230, R^2_{adj} = .222, F = 30.40, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n = 207$)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		t	p-value
	b	β		
การรับรู้ความสามารถแห่งตน	0.23	0.43	6.98	.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.13	0.16	2.58	.001
ค่าคงที่	17.18		7.04	.001

$R^2 = .479, R^2 = .230, R^2_{adj} = .222, F = 30.40, p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยในส่วนของข้อมูลพื้นฐานสะท้อนภาพกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดตากได้อย่างชัดเจนทั้งอายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ภาวะการเจ็บป่วย และสิทธิการรักษา โดยเกือบครึ่งหนึ่งกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงเป็นประชากรวัยสูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ค่อยดี กล่าวคือส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา เกือบครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า กลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางสังคม (Chatchanataphat & Matanasarnwut, 2020) ในแง่ของการเจ็บป่วยและสิทธิการรักษา พบว่า มีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 87.62) รองลงมาคือโรคไขมันในหลอดเลือดสูง (ร้อยละ 58.57) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 52.86) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 86.00) อย่างไรก็ตามทั้งหมดมีสิทธิการรักษาโรคขั้นพื้นฐาน โดยเกือบทั้งหมดใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 97.60) ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้นกว่าอดีต (Kittiyano, 2018)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ

กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ (Jinathum et al., 2018; Ploysub et al., 2019) แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันกับประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบในบางด้าน ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่หลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากปัจจุบันมีการรณรงค์ถึงอันตรายของสุรา และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบกับการดื่มเหล้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ในขณะที่เหล้าและเบียร์มีราคาสูงเมื่อเทียบกับรายได้ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการงดดื่มสุราในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรพื้นที่ราบที่พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับปานกลาง (Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017; Sirikangwankun et al., 2017) พฤติกรรมการรับประทานยาและตรวจตามนัดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันมีบุคลากรสาธารณสุขเข้ามาให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้สะดวกในการเข้าถึงบริการ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น (Manotham, 2019)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนน

เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ
คนในพื้นที่ราบ ที่พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
อยู่ในระดับปานกลาง (Premasuk et al., 2019; Jumpa
et al., 2018) อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันมีอาหารสำเร็จรูป
เข้ามาขาย ซื้อง่าย ประกอบกับนิยมรับประทานอาหารที่
ถนอมด้วยวิธีการหมักดอง แต่ก็ยังคงรับประทานอาหาร
ประจำถิ่น เช่น น้ำพริก ผักต้ม แกงหน่อไม้ แกงผักป่า
สามารถหาผักได้ตามพื้นที่อาศัย และปลูกได้เอง อย่างไร
ก็ตาม จึงยังทำให้พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่
ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง
มีการออกกำลังกายแบบมีแบบแผนอย่างเล่นกีฬาอยู่ใน
ระดับต่ำ ในขณะที่มีการออกกำลังกายเฉพาะที่ไม่มี
แบบแผน คือ มีเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องออกแรงต่อเนื่อง
จนเหงื่อออกจากการทำงานบ้าน รดน้ำผัก/ ต้นไม้ ทำไร่
ทำนา เดินป่า หาปลา ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิต
ที่ใช้วิธีการออกกำลังกายด้วยการทำงาน และออกกำลังกาย
แบบไม่จำกัดสถานที่และไม่มีขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาในกลุ่มประชากรพื้นราบที่พบว่ามีการออก
กำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (Premasuk et al., 2019;
Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017; Jumpa
et al., 2018)

พฤติกรรมการจัดการความเครียดมีคะแนน
เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมี
การจัดการความเครียดที่ดี คือ ไม่ผ่อนคลายความเครียด
ด้วยการดื่มเหล้า/สุบุนหรี ส่วนการหาวิธีทำให้จิตใจสงบ
เช่น นั่งสมาธิ ทำบุญ ปรึกษาผู้อื่น เป็นต้น และการผ่อนคลาย
ความเครียดด้วยการทำกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย เข้าป่า
ทำงานอดิเรก เป็นต้น มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง จึง
ทำให้ภาพรวมของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรพื้นราบที่พบว่า
พฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
(Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017;
Sirikangwankun et al., 2017)

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสุบุนหรีมีคะแนนเฉลี่ย
อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงถึงแม้จะ
พยายามหลีกเลี่ยงการสุบุนหรีซึ่งเป็นบุนหรี ขี้โย หรือ
ยาเส้นที่ปลูกเอง แต่ขณะเดียวกันยังยากที่จะหลีกเลี่ยงอยู่

ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนสุบุนหรี จึงทำให้ยังคงมีพฤติกรรม
ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาใน
ประชากรพื้นราบที่พบว่าพฤติกรรมด้านการสุบุนหรีอยู่ใน
ระดับปานกลาง (Sutthipatthanangkoon & Thato,
2017; Ploysub et al. 2019)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการสนับสนุน
ทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างและสามารถอธิบาย
ได้ร้อยละ 23.0 ปัจจัยทั้งสองมีส่วนกระตุ้นและส่งเสริม
ให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจที่ดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิด
PRECEDE-PROCEED (Green & Krueter, 2005) ที่กล่าว
ว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนซึ่งเป็นปัจจัยนำในตัว
ของบุคคล (Predisposing factors) มีอิทธิพลขึ้นให้เกิด
การแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา รวมไปถึงการสนับสนุน
ทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ที่
สนับสนุนให้สามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่าง
สม่ำเสมอและเหมาะสม สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดัง
ต่อไปนี้

การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นการคาดการณ์
ของบุคคลและเป็นพื้นฐานของความมั่นใจที่จะแสดง
พฤติกรรม เมื่อมีความมั่นใจจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจใน
การปฏิบัติ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม (Bandura,
1997) ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ
พฤติกรรมที่ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าหากมี
การรับรู้ความสามารถหรือมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติ
พฤติกรรมสุขภาพได้ ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดี
(Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017; Jumpa
et al., 2018; Ploysub et al., 2019) ยิ่งเมื่อกลุ่มชาติพันธุ์
กะเหรี่ยงที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและได้รับการ
สนับสนุนทางสังคมด้วยแล้ว จะยิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุน
ทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่
เสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจเป็นหรือแรงกระตุ้น ซึ่งกลุ่ม
ชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนบ้าน

และบุคลากรทางสุขภาพในทุก ๆ ด้านระดับสูง เช่น การเตือนเวลาตื่นนอน การแจ้งกำหนดวันนัดตรวจ และการแจ้งผลวัดความดัน และการตรวจระดับน้ำตาลจากอาสาสมัครสาธารณสุข และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่เสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลเกิดแรงจูงใจเป็นหรือแรงกระตุ้นในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม (Green & Krueger, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ (Phiromsid et al., 2018; Sirikangwankun et al., 2017)

ในขณะที่ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .158, p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ แต่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับการศึกษาในประชากรพื้นราบ แสดงให้เห็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่ได้แตกต่างกับพื้นที่อื่น ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติ และมีความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งจะช่วยให้สะดวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อบุคคลเข้าถึงทรัพยากรที่ช่วยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ก็จะเกิดแรงจูงใจ และสามารถพัฒนาสภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (Green & Krueger, 2005) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัจจัยพื้นฐานของการแสดงถึงความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยเป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งอาจขาดความเข้าใจถึงเหตุผลของข้อมูลทำให้ขาดความตระหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เนื่องมาจากการขาดความเข้าใจเรื่องโรค ประกอบกับความเคยชินกับพฤติกรรมเดิม จึงทำให้ละเลยการปฏิบัติ (Kaewboran, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรพื้นราบที่พบว่าความรู้ไม่สามารถ

ทำนายพฤติกรรมป้องกันได้ (Watcharanurak & Klubklay, 2017) และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่สามารถทำนายได้ เนื่องจากการรับรู้เป็นความคิด ความเชื่อ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อเรื่องนั้น ๆ และอาจจะมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการรับรู้ เช่น อายุ เพศ วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ทำให้เกิดความรู้ที่ หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรพื้นราบ ที่พบว่า การรับรู้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันได้ (Prachuablarp & Wattradul, 2020)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรมุ่งเน้นส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงและควรคำนึงถึงพฤติกรรมที่เป็นด้านลบที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพเชิงรุก โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการเพิ่มรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างร่วมกับการแสวงหาแหล่งทรัพยากรจากภาครัฐ และการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ สามารถเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมป้องกันได้อย่างไม่เหลื่อมล้ำ

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เน้นการเพิ่มรับรู้ความสามารถแห่งตนและการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสุขภาพมาทำการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง และควรมีศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำในกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มอื่น โดยมีการนำตัวแปรที่มีอิทธิพล ตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลร่วม และตัวแปรไม่ได้นำมาศึกษาครั้งนี้อีก เพื่อนำไปสู่การวางแผนโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ผู้อำนวยการ และ

เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ที่คอยอำนวยความสะดวกในการ
เก็บข้อมูล และกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จังหวัดตาก ที่ให้
ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตอบแบบ
สัมภาษณ์เป็นอย่างดี

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Boston: Pearson Education.
- Chatchanataphat, C., & Matanasarnwut, A. (2020). Government direction and the integration of ethnic groups living in the Kingdom of Thailand. *Journal of MCU Social Sciences Review*, 9(3), 144-158. [In Thai]
- Department Of Disease Control. (2018). *Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk*. Bangkok: The War Veterans Organization. [In Thai]
- Department of Social Development and Welfare. (2016). *Highland communities*. Chiang Rai: Print Chiang Rai. [In Thai]
- Green, L. W., & Kreuter, M. F. (2005). *Health promotion planning: An education and environment approach* (2nd ed). Toronto: Mayfield.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Institute of Geriatric Medicine. (1999). *Elderly health screening manual*. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine. [In Thai]
- Jidjuk, N. (2019). Risk behaviors for hypertension among the Pgaz K'Nyau villagers in Mae Chaem district, Chiang Mai province, Thailand. *Lampang Medical Journal*, 40(1), 10-16. [In Thai]
- Jinathum, T., Koomnet, K., & Kanthawee, Ph. (2018). A study of health behaviors and diabetes mellitus protection among Karen ethnic groups in Doi Luang district, Chiang Rai. *Chaingrai Medical Journal*, 10(1), 179-192. [In Thai]
- Jumpa, N., Kungjai, w., & Ruttanajarana, s. (2018). Factors related to preventive behaviors regarding coronary artery disease among elderly with metabolic syndrome. *M.Ch.K. Academic*, 22(43-44), 114-129. [In Thai]
- Kaewboran, S. (2019). Factors predicting diabetes prevention behaviors among adolescents at risk for type II diabetes in Samutprakan. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 218-227. [In Thai]
- Kittiyano, T. (2018). Lifestyle and change of the Karen community, Phrabath Huai Tom village, Na Sai sub-district, Li district, Lamphun province. *Panya Journal*, 25(1), 51-56. [In Thai]
- Manotham, M. (2019). Knowledge and understanding of health and management of self condition for health promotion according to Thai health promotion guidelines among cultural diversity people in Chiang Rai province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 15(1), 50-60. [In Thai]

- Ministry of Social Development and Human Security. (2015). *Master Plan for the Development of Ethnic Groups in Thailand (2015-2017)*. Bangkok: Ministry of Social Development and Social Security. [In Thai]
- Phiromsid, N., Kulsiripunyo, J., nurukkae, A., & luangpuntao, K. (2018). Factors influencing cardiovascular disease prevention behaviors among the risk group in SuphanBuri province, Thailand. *M.Ch.K. Academic*, 22(43-44), 55-69. [In Thai]
- Ploysub, A., Kaewpan, W., Pichayapinyo P., & Silabut, J. (2019). Factors affecting cardiovascular disease prevention behaviors among a high risk group in Samutprakan province. *Journal Of Health Science Research*, 12(2), 49-58. [In Thai]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). New York: J. B. Lippincott.
- Prachuablarp, C., & Wattradul, D. (2020). Predicting factors of preventive behaviors of coronary heart disease and stroke among menopausal women. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 31(1), 37-45. [In Thai]
- Premsuk, W., Thato, R., & Polsook, R. (2019). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among middle-aged men in Bangkok Metropolitan. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(1), 24-39. [In Thai]
- Sirikangwankun, W., Thato, R., & Polsook, R. (2017). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among the Royal Thai Army personnel. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(2), 99-111. [In Thai]
- Sutthipatthanangkoon, S., & Thato, R. (2017). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursin*, 28(2), 111-125. [In Thai]
- Tak Provincial Public Health Office. (2019a). *Chronic non-communicable disease data warehouse system of Tak province*. Retrieved January 12, 2019 from <http://203.157.203.13/chronic/> [In Thai]
- Tak Provincial Public Health Office. (2019b). *Top 10 causes of death*. Retrieved January 12, 2019 from <https://tak.hdc.moph.go.th/>. [In Thai]
- Temyod, C. (2015). Factors related to perceived risk of coronary heart disease among diabetic patients, Bangkaew hospital, Phatthalung province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(1), 1-12. [In Thai]
- Watcharanurak, P. (2017). Factors influencing preventive behavior among stoke-risk patients in Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 217-233. [In Thai]
- World Health Organization, [WHO]. (2018). *World health statistics 2561*. Geneva: WHO.