

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี
FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE CORONARY SYNDROME PREVENTION BEHAVIOR
IN DIABETES AND HYPERTENSION PATIENTS IN CHONBURI PROVINCE

สุนนรัตน์ นีรพัฒนกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ คุณมนรัตน์ นีรพัฒน์กุล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... *ศ.ดร. สุทธิ* อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

..... *น.อ. น.* อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... *ศ.ดร. เสาวคนธ์* ประธาน

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ ดร.ศาสตรี เสาวคนธ์)

..... *ศ.ดร. สุทธิ* กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

..... *น.อ. น.* กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

..... *ดร. ปาจรีย์ อับดุลลาฮีม* กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ปาจรีย์ อับดุลลาฮีม)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... *ศ.ดร. สุทธิ* คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 18 เดือน *กุมภาพันธ์* พ.ศ. 2560

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งได้ให้คำปรึกษา ถ้อยทอดความรู้ ให้ข้อเสนอแนะ ติดตามปรับปรุงและแก้ไขวิทยานิพนธ์โดยตลอด ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศ.นพ.ดร.ศาสตรี เสาวคนธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ ดร.ปจวริย์ อับดุลลาฮาซิม (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา) นายแพทย์วรวิทย์ ดันตศิริวัฒน์ และ ดร.สมพร รักความสุข และคณะกรรมการจริยธรรมทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อน ๆ สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตา แด่ บุพการี คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จจนทุกวันนี้

สุนนรัตน์ นีรพัฒนกุล

56920305: สาขาวิชา: การสร้างเสริมสุขภาพ; วท.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค/ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน/ โรคเบาหวาน/

ความดันโลหิตสูง

สุนรัตน์ นีรพัฒน์กุล: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี (FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE CORONARY SYNDROME PREVENTION BEHAVIOR IN DIABETES AND HYPERTENSION PATIENTS IN CHONBURI PROVINCE.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยุวดี รอดจากภัย, ศ.ค.; นิภา มหารัชพงศ์, Ph.D.; 81 หน้า ปี พ.ศ. 2560.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 383 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งตามขนาดอำเภอ จากผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการศึกษาพบว่า พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านการมีผู้ช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพ, การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ และการมีกำลังใจ และการให้คำแนะนำกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.042, 0.014$ และ 0.047 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยความแตกต่างด้านเพศ, อายุ, การศึกษา, สถานภาพสมรส และการอยู่กับบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบวิธีสังเกตอาการ ไม่ทราบสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่ทราบวิธีปฏิบัติหากอยู่คนเดียวในขณะที่เกิดอาการเจ็บหน้าอกและไม่ทราบสิ่งที่ไม่ใช่ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 49.3, 42.3, 41.5 และ 41.0 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะควรมีการให้ความรู้และพัฒนารูปแบบการฝึกทักษะการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และครอบครัว หรือผู้ดูแล ให้ครอบคลุม การสังเกตอาการเตือน สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และวิธีการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดเหตุวิกฤติ รวมทั้งควรส่งเสริม สนับสนุนให้มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของแรงสนับสนุนทาง

สังคม ในการให้กำลังใจ สื่อสารข้อมูลการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในระดับครอบครัว
ชุมชน ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึง
กลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมในวงกว้าง

56920305: MAJOR: HEALTH PROMOTION; M.Sc. (HEALTH PROMOTION)

KEYWORDS: PREVENTION BEHAVIOR/ ACUTE CORONARY SYNDROME/DIABETIC/
HYPERTENSION

SUMONRAT NEERAPATTANAKUL: FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE
CORONARY SYNDROME PREVENTION BEHAVIOR IN DIABETES AND
HYPERTENSION PATIENTS IN CHONBURI PROVINCE.

ADVISOR COMMITTEE: YUVADEE RODJARKPAI, Dr.P.H.; NIPA MAHARACHPONG,
Ph.D., 81 P. 2017.

The relevant factors that associated with Acute Coronary Syndrome prevention behavior in Diabetes and Hypertension patients in Chonburi were cross-sectional studied. Three hundred and eighty three of target subjects were randomly by multistage sampling. The instrument used for collecting data is questionnaire that consists of personal factors ,Predisposing factors , Enabling factors and Reinforcing factors. Gathered information from diabetic and hypertensive patients who registered to the Health Promotion Hospital in the area and data are statistically analyzed by descriptive analysis and chi-square test.

The results indicated that personal factors (associate with personal health assistant), accession to health services and self-encouragement to take good care of one's health were statistically significant correlated with the prevalence of ischemic heart disease ($p=0.42$, 0.014 and 0.047) respectively. No statistical different between gender, age, education history, marital status, reside with family members and patient's right found statistically associated with the prevention behavior of acute ischemic heart disease. This study also found that knowledge of how to indicate warning signs of acute ischemic heart disease, knowing the Risks Factors of acute ischemic heart disease, knowing how to cope with chest pain when staying alone, and knowledge of do and don't practice to prevent acute ischemic heart disease were 49.3, 42.3, 41.5 and 41.0 percent, respectively.

Suggestions further educational and skills training for prevention of acute coronary syndromes in Diabetic patients, Hypertension patients and their families' members should be deployed. The coverage of warning signs observation, knowing of risk factors, and Cardiac Emergency Response should be concerned. Activities should also be deployed to encourage

social participation. Families, communities and healthcare volunteer team should be regularly communicated and informed with suitable healthcare practice to achieve prevention behavior culture in communities.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
คำถามการวิจัย.....	2
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	8
โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	13
แนวคิด PRECEDE Framework.....	15
แนวคิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค.....	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
รูปแบบการวิจัย.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
4 ผลการวิจัย.....	42
ปัจจัยนำ.....	42
ปัจจัยเอื้อ.....	47
ปัจจัยเสริม.....	48
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	49
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	55
สรุปผลการวิจัย.....	55
อภิปรายผล.....	56
ข้อเสนอแนะ.....	58
บรรณานุกรม.....	60
ภาคผนวก.....	68
ภาคผนวก ก.....	69
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	81

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3-1 จำนวนการแบ่งสัดส่วนประชากรรายอำเภอ.....	35
4-1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 383).....	43
4-2 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	46
4-3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 383).....	46
4-4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ระดับ คะแนน ปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	48
4-5 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ระดับคะแนน ปัจจัยเสริม การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ..	49
4-6 ปัจจัยนำ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	51
4-7 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน.....	52
4-8 การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	53
4-9 การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	54

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2-1 แนวคิด PRECEDE Framework.....	19
2-2 แผ่นปัจจัยทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี โดยใช้ อายุ เพศ ค่าความดันซิสโตลิก การสูบบุหรี่ และค่าคลอเลสเตอรอลในเลือด.....	21
2-3 แผ่นปัจจัยทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี โดยใช้ อายุ เพศ ค่าความดันซิสโตลิก การสูบบุหรี่.....	21
3-1 การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling).....	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็น 1 ใน 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ที่องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญและควบคุมอย่างเร่งด่วน จากสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่มี อัตราการเสียชีวิตสูง โดยพบว่า ประชากรจำนวน 17.3 ล้านคน เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรค นี้ และจากการคาดการณ์ พบว่า ในปี 2030 นี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2557 พบว่า อัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่า มีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นในทุกโรค (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือด ในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2558 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราการตายเท่ากับ 22.88 ต่อแสนประชากร หรือเท่ากับ 18,922 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน สำหรับสถานการณ์ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดนั้นมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 264,820 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2556) สะท้อนให้เห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรงและ ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนเร่งด่วน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้อง ควบคุมก่อนที่จะเกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น

การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมจะลดอัตราการ เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา วิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย STEMI พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลให้มาโรงพยาบาลช้า ได้แก่ ลักษณะทั่วไป ลักษณะความเจ็บป่วย การจัดการตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ และการช่วยเหลือโดยญาติหรือผู้พบเหตุ (พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, 2554)

ในเขตสุขภาพที่ 6 พบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ปี 2554-2557 มีแนวโน้ม สูงขึ้น โดยอัตราตายเท่ากับ 23.74, 23.36, 28.91 และ 29.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจากการ วิเคราะห์สาเหตุการตายพบว่า ส่วนหนึ่งผู้ป่วยไม่ทราบอาการเตือนล่วงหน้าแม้ว่าปัจจุบันจะมี

ความก้าวหน้าในการรักษาเพื่อลดอัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจลงอย่างมาก แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล เพราะตัวผู้ป่วย คนใกล้ชิด และครอบครัว ไม่รู้จักอาการเตือนล่วงหน้าของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Early warning signs) (เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2, 2559) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีพอ จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นเบาหวานถึง 7 เท่า ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตมากกว่า 120-129/ 80-89 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบและแข็ง หากความดันโลหิตสูงกว่า 140/ 90 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2558) จังหวัดชลบุรี มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 43,264 ราย, โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 71,876 ราย รวม 115,140 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงเป็นลำดับต้น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 6 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดชลบุรี

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจังหวัดชลบุรีหรือไม่
2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรีหรือไม่

4. ปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการมีทักษะในการแจ้งเหตุฉุกเฉินกรณีมีอาการเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรีหรือไม่

5. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรีหรือไม่

สมมติฐานของการวิจัย

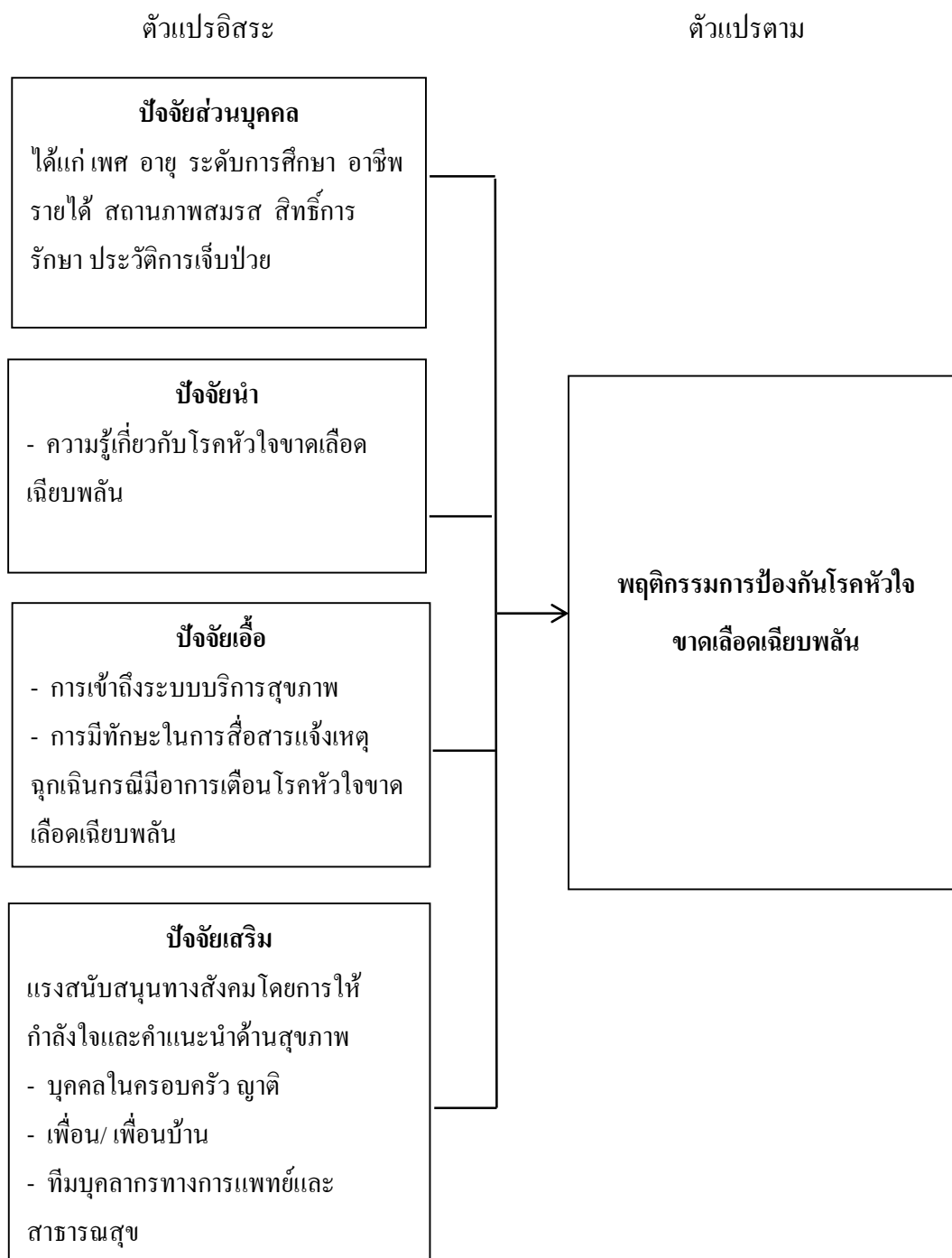
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจังหวัดชลบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยด้านความรู้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการมีทักษะในการแจ้งเหตุฉุกเฉินกรณีมีอาการเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อเสนอแนะทางในการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้รับรู้โอกาสเสี่ยง ระดับความรุนแรง ประโยชน์การรักษาและป้องกัน สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. ได้ข้อเสนอแนะทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ สนใจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถามการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคและเข้าถึงการรักษาหัวใจขาดเลือดของกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2560

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การควบคุมปัจจัยภายนอกอาจทำได้ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะการติดต่อประสานงานและการสื่อสารกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการจำนวนมาก ซึ่งอาจมีผลต่อความต่อเนื่องในการศึกษาได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกำหนดวันนัด ในช่วง เดือนพฤษภาคม 2560 ถึงเดือนมิถุนายน 2560

พฤติกรรมกำป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมในการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การมาตรวจตามนัด การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุฉุกเฉินกรณีมีอาการเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวจากแรงสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่มีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ความสามารถในการจดจำ ระลึกได้จาก การได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการเข้าถึงการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคคลในครอบครัว บุคคลอื่นที่ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่สนับสนุนให้เกิด การแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้สิ่งสนับสนุนหรือทรัพยากรนั้นที่เกี่ยวข้องกับ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก การมีทักษะ ข้อปฏิบัติ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการเข้าถึงบริการและการมีทักษะ ในด้าน

1.1 การมีระบบบริการสุขภาพที่ ผู้ป่วยควร ได้รับเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.2 ความสะดวกในการเดินทางและระยะเวลาการเข้าถึงของการรักษา

1.3 ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา

1.4 การได้รับข้อมูลหรือฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากบุคลากรทางสุขภาพ

2. การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุฉุกเฉินกรณีมีอาการเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง การมีความสามารถในการแจ้งอาการที่สงสัยเกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ ทีมบุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (โทรศัพท์ 1669)

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุน โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสริม ได้แก่

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้กำลังใจ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-เดือนมิถุนายน 2560 โดยผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. แนวคิด PRECEDE Framework
4. แนวคิดพฤติกรรมการป้องกันโรค
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย, 2557)

1.1 นิยามความหมายของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery disease, CAD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ 50 หรือมากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออกเหนื่อขณะออกแรง เป็นลม หมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือ ภาวะเจ็บแน่นอกคงที่ (Stable angina) และ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการสำคัญคือ เจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า 20 นาที จำแนกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตัน ในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

2. Non ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/ หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรง อาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable Angina) จะมีอาการเปลี่ยนแปลงทั้งความรุนแรง ความถี่ และระยะเวลาที่เจ็บ หรืออาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้นมาใหม่ในคนไข้ที่ไม่เคยมีประวัติเจ็บหน้าอกมาก่อน หรือมีอาการมากขึ้นโดยที่ไม่ได้ออกแรง (Angina at rest) ในด้านพยาธิสภาพการเกิดโรค โดย Unstable Angina จะมีพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคแบบภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554) หรือ เจ็บเค้นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม

1.2 อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยเจ็บบริเวณตำแหน่งใต้กระดูกหน้าอกเจ็บร้าวไปที่แขนซ้ายร้าวไปกราม ลำคอ เจ็บมากจนไม่สามารถขยับไหล่และมือ ซึ่งลักษณะการเจ็บจะมีอาการเจ็บเสียดแน่นคล้ายถูกสิ่งของมาทับ อาการเจ็บนานเกิน 20 นาที และอาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นเองได้โดยไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายหรืออารมณ์ ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน อาจพบลักษณะอาการเจ็บอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อยหายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะตรวจพบภาวะช็อกร่วมด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553) อาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ อาจมีอาการร่วมคือ เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเบาเร็ว หายใจลำบาก สับสน ซีด บางรายอาจเป็นลมหมดสติจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอเพราะปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง และเมื่อหัวใจขาดเลือด อาการและอาการแสดงของโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่

ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและพบว่า การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต หรือลดอาการเจ็บหน้าอก แต่การไม่ให้ออกซิเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า สามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เล็กน้อย (กษมณท์ อร่ามวาณิชย์, ไชยพร ยุกเซ็นต์ และ ยุวเรศมคัจฉ์ สิทธิชาตย์บัญชา, 2559)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (Moser & Riegel, 2008; รุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน, 2559) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมาจากทั้งปัจจัยภายในและ ปัจจัยภายนอกดังนี้ ปัจจัยภายใน ได้แก่ลักษณะของคราบไขมัน เช่น ขนาดความคงรูปของก้อนไขมัน และความหนา ของเยื่อหุ้มไฟบรัส คราบไขมันไม่อยู่ตัวหรือคราบไขมันที่แตกง่ายคือคราบไขมันที่พบได้ในบริเวณหลอดเลือดที่มีการตีบไม่ถึงร้อยละ 70 เป็นคราบไขมันที่มีรูปร่างบิดเบี้ยว ขอบไม่เรียบ มีก้อนไขมันขนาดใหญ่ และมีเยื่อหุ้มไฟบรัสที่บาง ปัจจัยภายนอก เช่น การออกกำลังกายอย่างหักโหม การมีความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น ความรู้สึกโกรธ เป็นการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกจะเพิ่มความเครียดต่อระบบ ไหลเวียนและอาจทำให้คราบไขมันแตก นอกจากนี้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ยังทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น แม้แต่ปัจจัยภายนอกบางอย่าง เช่นการอยู่ในอากาศที่เย็นจัดและช่วงเวลาของวันก็ อาจทำให้คราบไขมันแตกได้ มักพบอาการของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเมื่ออยู่ในที่ที่มีอากาศเย็นและในตอน เช้าตรู่เมื่อคราบไขมันแตก ก้อนไขมันในคราบไขมันออกมาสู่เลือด เลือดซึมเข้าไปในคราบไขมันทำให้คราบไขมัน ขยายโตขึ้น มีการกระตุ้นการสร้างลิ้มเลือด และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดบางส่วนหรือทั้งหมด มีอาการ เจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) เกิดจากการอุดตันชั่วคราวของหลอดเลือดบางส่วน แต่อาการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นผลจากการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมดที่นานเกิน 1 ชั่วโมง เมื่อขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจจะตายปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหัวใจตายเฉียบพลัน เช่นเดียวกับการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัว ที่มีผู้เป็นตั้งแต่ อายุ น้อย (ผู้ชาย 45 ปี หรือน้อยกว่าผู้หญิง 55 ปี หรือน้อยกว่า)

พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ (2554) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย STEMI พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดระยะเวลาการได้รับ reperfusion therapy มีจากทั้งจากระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และการบริการในแผนกฉุกเฉิน จนถึงผู้ป่วยได้รับ thrombolytic therapy และปัจจัย

ด้านผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมเข้ารับ การรักษาของผู้ป่วยปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผล ให้มาโรงพยาบาลช้า ได้แก่ ลักษณะทั่วไป ลักษณะความเจ็บป่วย การจัดการตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิด อาการ และการช่วยเหลือโดยญาติหรือผู้พบเหตุ

เกรียงไกร เสงร์ศรี (2555) กล่าวว่า อาการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วน ใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการแน่นอกที่รุนแรง มีเหงื่อออก ใจสั่น ปวดร้าวไปกราม สะบักหลัง แขนซ้าย จุกคอหอย บางรายมาด้วยจุกใต้ลิ้นปี่ คล้ายโรคกระเพาะหรือกรดไหลย้อน ถ้ามีอาการ ดังกล่าวต้องไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ถ้าเป็นโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์หัวใจ ได้ยิ่งดี เมื่อไปถึง โรงพยาบาลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเวลาทีรวดเร็วจะนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษา ที่ถูกต้องใน เวลาอันรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ หรือการใช้ สายสวนหลอดเลือดหัวใจชนิดพิเศษ คุณเอาลิ่มเลือดออกพร้อมกับการขยายหลอดเลือด ด้วยบอลลูน และตามด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน (Primary percutaneous coronary intervention หรือ PPCI) ภายใน เวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงหลังมีอาการ การเปิดหลอดเลือดได้สำเร็จนั้นได้ผลดีมาก ถ้าให้ยาละลายลิ่ม เลือด ภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการหรือการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน และตามด้วย การใส่ขดลวดค้ำยัน ภายในเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ ข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วย STEMI ในไทย (Thai Registry of ACS II) ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด 30.4% ได้รับการทำ Primary PCI 22.2% ถ้าสามารถเปิดหลอดเลือดได้สำเร็จไม่ว่าด้วยยาหรือบอลลูนในเวลาทีรวดเร็วจะช่วยรักษา กล้ามเนื้อหัวใจไม่ให้ตายหรือขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง ทำให้ลดอัตราการตายและผลแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว ดังตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกโดยกลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจได้ทำ โครงการ “Fast track STEMI” แม้ว่าจะมีการทำ Primary PCI พบว่า สามารถลดอัตราการตายได้แต่ผู้ป่วยส่วน หนึ่ง ประมาณ 30-50% เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากอาจจะเสียชีวิตที่บ้าน ที่ทำงาน หรือ ในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถทำ Primary PCI

จากแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเรียกว่า โรควิถีชีวิต ที่สามารถป้องกัน ได้ในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ โรค ความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ ก็จะทำให้ ทั่วความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต (แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2554-2563) ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม คนไทยประมาณร้อยละ 76 บริโภคผักและผลไม้ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน องค์การอนามัยโลกคาดว่าบริโภคผักและผลไม้ที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่ กำหนดไว้ 400-600 กรัม/ คน/ วัน ถ้าบริโภคผักและผลไม้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จะลดโรคหัวใจ ขาดเลือดได้ประมาณร้อยละ 31 การบริโภคหวาน เค็ม มัน มากเกินไป คนไทยบริโภคน้ำตาลและ

โซเดียมเพิ่มขึ้นเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1.8-2.4 เท่า และ 1.4-2.3 เท่าส่วนใหญ่มาจากการบริโภค เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม อาหารและขนม ผลิตภัณฑ์นมปรุงแต่งรสหวาน และมาจากผลิตภัณฑ์ เครื่องปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ กะปิ ซอสหอยนางรม ตามลำดับ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2551-2552 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ 12 ล้านคน ดื่มสุรา 23 ล้านคน และในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา คริวเรือนไทยบริโภคสินค้าเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์และยาสูบ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น 2 เท่า

2. การออกกำลังกายไม่เพียงพอ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่า การไม่มีกิจกรรม ทางกายเพียงพอ เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22-23 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15 คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 81.5 การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 28 โรคหัวใจ ร้อยละ 40

3. ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อารมณ์ ความเครียด ประเทศไทยติดลำดับ 1 ใน 6 ของ ภูมิภาคเอเชีย พบว่า มีปัญหาทางด้านความเครียดเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีสาเหตุมาจากปัญหา เศรษฐกิจ รong มาเป็นความรับผิดชอบต่อครอบครัวและปัญหาเรื่องงาน

4. ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จากพฤติกรรมบริโภคเกินจำเป็น ขาดความสมดุล ของพลังงานเข้าและออก ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เอวที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า โรคเบาหวานในผู้หญิงอ้วนมีมากกว่าคนปกติ 8-10 เท่า และชาย 2 เท่า คนที่มีน้ำหนักเกิน 13 กิโลกรัมขึ้นไป มีถึงร้อยละ 30 ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง และ มีโอกาสเกิดโรคหัวใจมากกว่า คนปกติถึง 2-4 เท่า

จากการศึกษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่กล่าวมาเบื้องต้น ผู้วิจัยพอสรุปได้ว่า โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เลี้ยงกล้ามเนื้อ หัวใจตีบหรือตัน หรือมีการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่เสื่อมสภาพ อย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้เกิดกลุ่มโรค 3 กลุ่ม ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียกสูง (ST Elevation Myocardial Infarction: STEMI), โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) และภาวะอาการเจ็บหน้าอก Unstable Angina (UA) การมีแนวทางการจัดการตนเอง เบื้องต้นของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการ การช่วยเหลือโดยญาติหรือผู้พบเหตุโดยวิธีการมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการตระหนักถึงความรุนแรงและรับรู้ว่าเป็นอาการจากโรคหัวใจหรือไม่ ถ้าผู้พบเหตุ แนะนำหรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์ หมายเลขฉุกเฉินเพื่อเรียกรถพยาบาลจะลด ระยะเวลาการตัดสินใจมารักษา แต่ หากโทรปรึกษาเพื่อหาคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวหรือ

บุคคลอื่นแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้ระยะเวลาการตัดสินใจนานขึ้น การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการนำส่งผู้ป่วยไปสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถลดอัตราตายได้

ทั้งนี้ สาเหตุของโรคกลุ่มนี้เกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มากเกินไป ไม่สมดุล รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานอาหารผักผลไม้ไม่เพียงพอ ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น มีกิจกรรมทางกายน้อยลง ไม่ออกกำลังกาย เครียด และพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในที่สุดจะกล่าวถึงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. โรคเบาหวานกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย การจัดการโรคเบาหวานของประเทศไทยได้มีการพัฒนาเป็นลำดับ จากการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การเข้าถึงระบบบริการ การคัดกรอง และการดูแลรักษาโรคเบาหวานครอบคลุมอย่างทั่วถึง การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีร่วมอยู่ได้ตามกำหนด เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะประสบความสำเร็จได้จากการทำงานร่วมกันของทีมนักสหสาขาวิชาชีพ การรักษาโรคเบาหวานประกอบด้วยโภชนบำบัด และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ร่วมกับการใช้ยาที่เหมาะสมและที่สำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลตนเอง ให้เกิดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการรักษาโรคเบาหวาน (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (2553) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีตันสูงกว่าประชาชนทั่วไป ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายจะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีตันมีหลากหลาย การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีตัน จำเป็นต้องดูแลสหปัจจัยหรือดูแลแบบองค์รวม การดูแลรักษาเบาหวานและสหปัจจัยอย่างเข้มงวดสามารถลดอัตราตายได้ชัดเจนและมีความคุ้มค่าโรคที่เกิดจาก

ภาวะหัวใจหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตันคือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardioroscular disease) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ สาเหตุที่อาการเจ็บหน้าอกของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ชัดเจน หรือไม่มี เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีปลายประสาทรับความรู้สึกเสื่อมสภาพร่วมด้วย จึงทำให้การวินิจฉัยโรคได้ยากกว่าปกติ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีอาการอื่น ๆ ที่ทำให้สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคหัวใจก็คือ อาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ อาการแน่น อึดอัด อาหารไม่ย่อย อาการปวดร้าวที่ท้องแขนด้านใน หน้ามืด วิงเวียน เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น จะเป็นลม หรือหมดสติ

2. โรคความดันโลหิตสูงกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเป็นทวีคูณ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังและมักไม่ค่อยมีอาการ อาการแรกสุดอาจเป็นภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหัวใจวายเฉียบพลัน หรือไตพิการและมักเกิดร่วมกับภาวะโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต กลุ่มโรคอ้วนลงพุง ฯลฯ (แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง, 2558)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/ หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท การประเมินผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีจุดมุ่งหมายเพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อตรวจหา TOD ได้แก่ LVH, hypertensive retinopathy, การตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะในปริมาณน้อย (microalbuminuria) และในปริมาณมาก (Macroalbuminuria) เป็นต้นเพื่อตรวจหาโรคที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CVD เช่น โรคเบาหวาน CKD และประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก CVD ใน 10 ปีข้างหน้าเพื่อตรวจหาโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิที่อาจรักษาต้นเหตุได้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Primary prevention) รวมทั้งผู้ที่มีประวัติหรืออาการของภาวะหัวใจขาดเลือดอยู่แล้ว (Secondary prevention) ระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้ที่มีประวัติหรืออาการของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้ว คือ SBP < 140 มิลลิเมตรปรอท ทั้งในกลุ่ม stable angina, acute coronary syndrome และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มม.ปรอท ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอ และการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 115 มม.ปรอท อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิตมากขึ้น จึงไม่ควรปฏิบัติ ส่วนการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มม.ปรอท ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอ และการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 115 มม.ปรอท อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิตมากขึ้นจึงไม่ควรปฏิบัติ (แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง, 2558).

แนวคิด PRECEDE Framework

PRECEDE Framework หรือ PRECEDE model เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Green และ Kreuter (2005) ย่อมาจาก Predisposing , Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพ มีแนวคิดว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่ง คือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมิน สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่งที่สามารถประเมินได้เป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยา จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral diagnosis)

จากปัจจัยด้านสุขภาพที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขภาพ จะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาและองค์การ (Phase 4: Educational and organizational diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นกับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผน โครงการสุขภาพด้วย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยให้ความสำคัญกับปัจจัยนำ ในด้านความรู้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพบางประการ จำเป็นต้องมีก่อนที่จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ แต่บางครั้งก็พบว่า หากไม่มีการจูงใจอย่างเพียงพอ บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการแม้ว่าเขาจะมีความรู้แล้ว (Green, et al, 1980, p. 70)

พรณี สวนเพลง (2552, หน้า 15) อธิบายว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะ ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สภาพแวดล้อมที่สามารถแบ่งปันกันได้

จากแนวคิด เรื่อง ความรู้ ที่กล่าวมาเบื้องต้นผู้วิจัยพอสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ เป็นเรื่องของการจำได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรือใช้ความสามารถของสมองมากนัก การเพิ่มความรู้ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเสมอไป

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ

ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา ฯลฯ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความสนใจ ปัจจัยเอื้อ ในด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุฉุกเฉินกรณีมีอาการเตือน โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สอดคล้องกับงานวิจัยของปาหนัน พิษขยัญญู และคณะ (2558) กล่าวถึงการจัดบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติคนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานของหน่วยงานภาครัฐฯ ที่เอื้อต่อการเข้ารับการรักษาสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงได้ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น ควรมีการสร้างหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ

หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง ปัจจัยเสริมที่อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความสนใจปัจจัยเสริม ในด้านแรงสนับสนุนในด้านการให้กำลังใจ คำแนะนำและการกระตุ้นเตือนข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน/เพื่อนบ้าน หรือทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากขึ้น (Carlucci, Arguello, & Menon, 2010) และพบว่า สื่อที่ส่งเสริมให้รับประทานอาหารเช้าจนกว่าจะสามารถเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม (Campbell, Khan, Cone, & Raisch, 2011)

การดำเนินการในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษา จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม นั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยการบริหารและนโยบาย (Phase 5: Administrative and policy diagnosis)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์การจัดการหรือนโยบายที่มุ่งเน้นในการแก้ปัญหาสุขภาพ ซึ่งระยะนี้จะรวมถึงความร่วมมือของชุมชนหรือองค์กรและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด

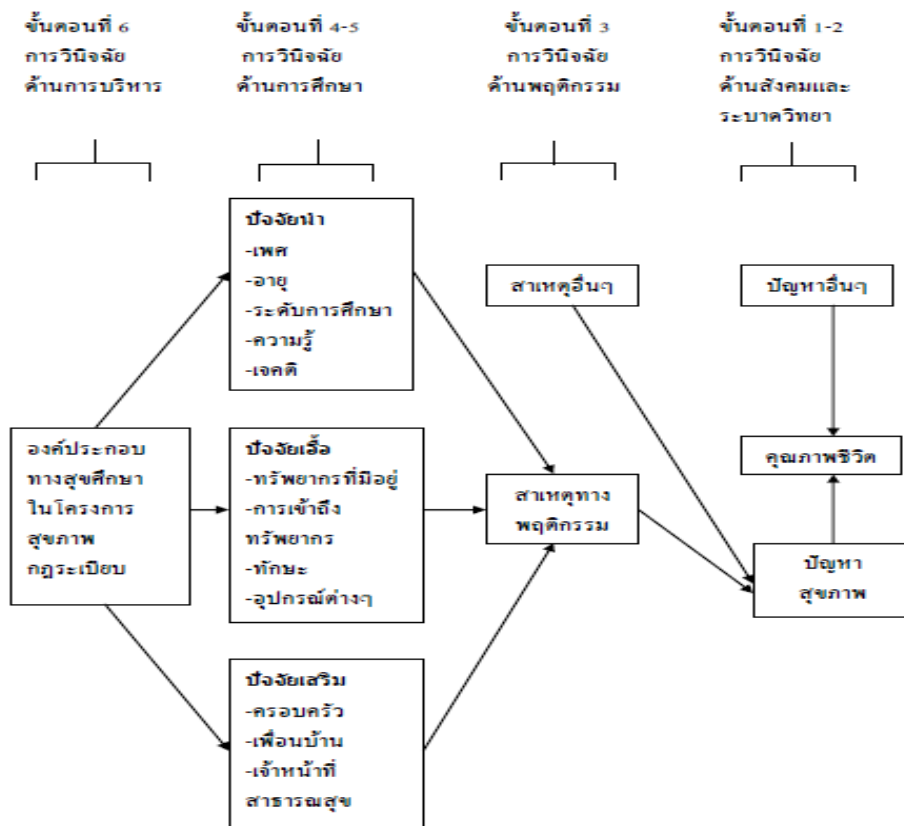
ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินการ โครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าว อาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้น ในการวางแผนเพื่อดำเนินการสุขภาพใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์ และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ในขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขภาพ การประเมินผลกระทบของโครงการ หรือ โปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

จากแนวคิด PRECEDE Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น แต่สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ดังภาพ



ภาพที่ 2-1 แนวคิด PRECEDE Framework

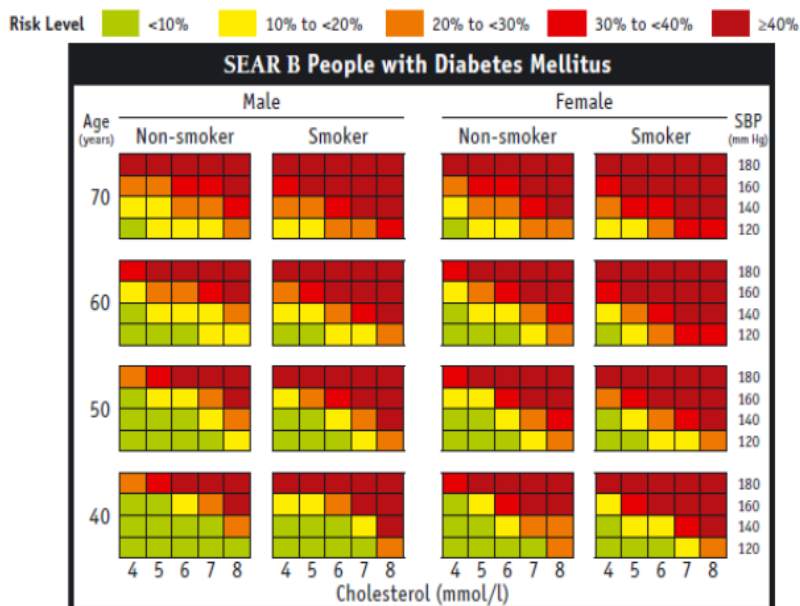
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรค

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยให้ความสำคัญปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การพักผ่อน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะพบว่า มีผลต่อการเกิดโรคทั้งสิ้น บางโรคเกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องอย่างเดียว บางอย่างเกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหลายอย่างหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีวิถีการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องล้วนเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพทั้งสิ้น (ประวิษฐ์ตันประเสริฐ, 2554) การป้องกันโรคลำไส้เนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอตามความเหมาะสม การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมการรับประทานทั้งชนิดและปริมาณอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัดเป็นประจำ การควบคุมระดับความดันโลหิต และการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและควบคุมระดับไขมันในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

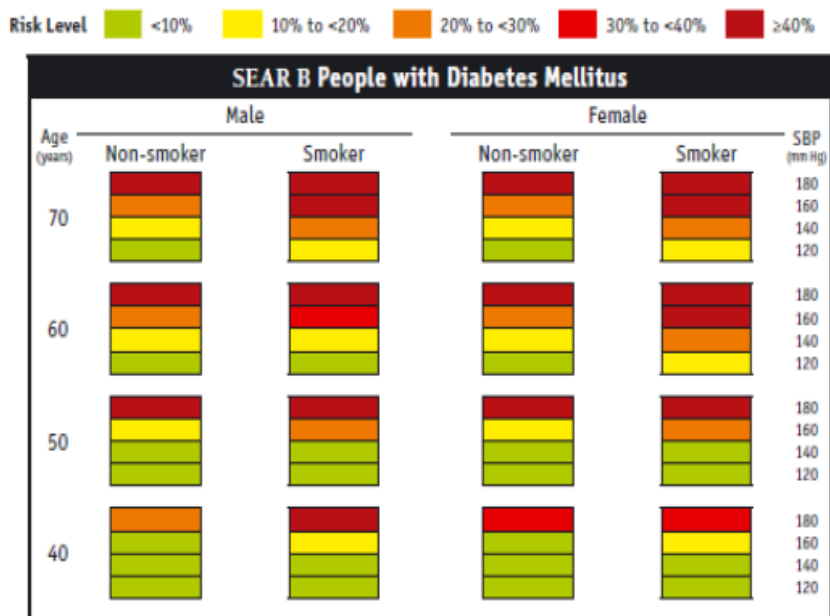
(สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554)

2. การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาแผ่นประเมินระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ในกลุ่มประเทศทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยอยู่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้กลุ่มบี (South-East Asia: SEAR B) โดยได้จัดระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคไว้ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ระดับกลุ่มเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 10) 2) ระดับกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 10 ถึงน้อยกว่า ร้อยละ 20) 3) ระดับกลุ่มเสี่ยงสูง (ร้อยละ 20 ถึง น้อยกว่า ร้อยละ 30) และ 4) ระดับกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 30) ซึ่งการประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดโรคนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ ค่าความดันซิสโตลิก ประวัติการสูบบุหรี่และค่าคลอเลสเตอรอลในเลือด (ภาพที่ 3) หรืออาจประเมินโดยไม่ใช้ค่าคลอเลสเตอรอลในเลือด (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 2-2 แผ่นปัจจัยทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี โดยใช้ อายุ เพศ ค่าความดันซิสโตลิก การสูบบุหรี่ และค่าคอเลสเตอรอลในเลือด



ภาพที่ 2-3 แผ่นปัจจัยทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี โดยใช้ อายุ เพศ ค่าความดันซิสโตลิก การสูบบุหรี่

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ยังระบุว่าประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเช่นกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำอาจเป็นผู้ที่ไม่มีประวัติการเกิดโรคใดโรคหนึ่ง กล่าวคือเมื่อบุคคลอายุเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ และอาจทำให้บุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำมีโอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลางได้ในที่สุด

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 การควบคุมเบาหวานให้ระดับน้ำตาลใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของหลอดเลือดแดง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ สำหรับโรคหัวใจ เช่น งดบุหรี่ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 130/ 85 มม.ปรอท) ควบคุมไขมันโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือแอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นต้น ลดน้ำหนัก และออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ ควรได้รับการตรวจสมรรถภาพหัวใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (International Diabetes Federation, 2012, p. 32) ควรทบทวนเป็นระยะเมื่อการควบคุมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.3 การควบคุมอาหาร การให้คำแนะนำการควบคุมอาหารมีจุดประสงค์เพื่อให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สัดส่วนของสารอาหารได้สมดุลในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดความดันโลหิต และน้ำหนักตัว รวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อน ปรับให้เหมาะกับแบบแผนการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล โดยอิงอาหารประจำถิ่น ความชอบ ค่านิยม และความเคยชิน และให้เห็นถึงประโยชน์และผลเสียของอาหารที่เลือกบริโภค โดยนำไปปรับเลือกเมนูในแต่ละวันได้อย่างพึงใจ ไม่รู้สึกว่าคุณบังคับ และสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ทั้งนี้การให้คำแนะนำขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย ความสนใจและความสามารถในการเรียนรู้ ผู้ป่วยเบาหวานควรมีน้ำหนักตัวและรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน รวมทั้งผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนและเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน การลดน้ำหนักมีความจำเป็นเพื่อลดภาวะคืออินซูลิน ให้ลดปริมาณพลังงานและไขมันที่รับประทาน เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ และคิดตามอย่างต่อเนื่อง จนสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อยร้อยละ 7 ของน้ำหนักตั้งต้นสำหรับกลุ่มเสี่ยงหรืออย่าง

น้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตั้งต้นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและตั้งเป้าหมายลดลงต่อเนื่องร้อยละ 5 ของน้ำหนักใหม่ จนน้ำหนักใกล้เคียงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ การลดน้ำหนักโดยอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำหรืออาหารไขมันต่ำพลังงานต่ำ ได้ผลเท่า ๆ กันในระยะ 1 ปี ถ้ำลดน้ำหนักด้วยอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ ควรติดตามระดับมันในเลือด การทำงานของไต และปริมาณโปรตีนจากอาหาร การออกกำลังกายและกลไกสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการควบคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ (Maintenance of weight loss) หรือลดลงต่อเนื่องได้ ผู้ป่วยเบาหวานอ้วนที่ไม่สามารถลดน้ำหนักและ/หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตได้ การใช้ยาหรือการทำผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Diabetes Care, 2014, p. 37)

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาวถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรักษาโรคความดันโลหิต ดังนั้นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตแก่ผู้ป่วยทุกราย และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่

4.1 การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยให้มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5-22.9 กก./ม.² และ WC อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 ซม. และ ผู้หญิงน้อยกว่า 80 ซม. โดยการที่น้ำหนักลดลงตั้งแต้อายุ 5 ของน้ำหนักตั้งต้นขึ้นไป จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด (แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง, 2555)

4.2 การออกกำลังกาย แนะนำให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็นหรือไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อสุขภาพที่ดี โดยในแต่ละวันอาจแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้งและควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉง ลดพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนัก สำหรับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิด CVD ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก (การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อหัวใจใหญ่ ๆ หลาย ๆ มัดทำงานพร้อมกัน หรือสลับกันอย่างต่อเนื่อง) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220-อายุในหน่วยปี) หรือ ยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้ (Self-talk test) รวมเป็นระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที ตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบไม่ฝืด ตัดหญ้า เดินแอโรบิกเบา ๆ ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 70-85 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาทีเป็นระยะเวลารวมกันอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักมาก เช่น การออกกำลังกายต่อเนื่องในโรงยิม ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบฝืด ปั่นจักรยานแข่งขัน การออกกำลังกายแบบตะวันออก เช่น ชี่กง (Qi gong) ไทเก๊ก (Tai chi) หรือ โยคะเป็นทางเลือกหนึ่งในการแนะนำผู้ป่วย พบว่า อาจสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยังสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก เนื่องจากอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยกเว้นกรณีที่สามารถควบคุมโลหิตได้ดีเป็นปกติแล้ว การออกกำลังกาย ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการคุม น้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ โดยการออกกำลังกายเพื่อรักษาน้ำหนักให้คงที่ ทำได้โดยการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 7 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ

4.3 การจำกัดโซเดียมในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./ วัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) มีโซเดียม 2,000 มก. น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 320-455 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชามีโซเดียม 492 มก. การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณให้มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรมบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยมีการศึกษาพบว่าการรับประทานผักและผลไม้มากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกบุหรี่หรืออาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาเพียง 3-5 นาที เพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่ สามารถช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ควรพิจารณาใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ (กลุ่มโภชนาการประยุกต์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

โดยสรุป พฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเน้นการปรับเปลี่ยนในระยะยาว โดยสิ่งสำคัญในกระบวนการดังกล่าว

คือ การให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และ หมั่นให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม (การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ในสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกศรี อัสวสันติ (2553) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้รับยาลดไขมันเลือดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 ทั้งหมด 130 ราย เป็นชาย 57 ราย เป็นหญิง 22 ราย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคไตวายเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยทุกรายมีอาการแสดงคือเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันเลือด 79 ราย และไม่ได้รับยาลดไขมันเลือด 51 ราย สาเหตุที่ไม่ได้รับยาลดไขมันเลือดเนื่องจากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก นานกว่า 12 ชั่วโมง นอกนั้นเป็นกลุ่มที่มีข้อห้ามในการให้ยาลดไขมันเลือด ได้แก่ ผ่านการช่วยฟื้นคืนชีพนานกว่า 10 นาที มีประวัติเลือดออกในสมอง และระบบทางเดินอาหาร อายุมากกว่า 60 ปี

จิราภรณ์ มีชูสิน, อารมณ์ ดินาน และศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย 197 รายที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-79 ปี ร้อยละ 53.3 ($M = 65, SD = 13.22$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.9 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.6 โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจวาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.22 ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับสูง ($M = 132.42, SD = 25.28$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($R = -.25, p > .01$) ส่วนพฤติกรรมการ

รับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวาย ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($P > .05$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายและ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจยายนำความรู้ดังกล่าวไปลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในระยะเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายกับการจัดการภาวะหัวใจวาย

ฉันทาพิปวี ศิริภักกุลวัฒน์, ชญานิศ บุตรดี และฉัฐวศาร์ รุ่งแจ้ง (2559) ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลบ้านดง โดยใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพื้นที่ในการศึกษาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมการศึกษามีประกอบด้วยสิ่งค้ำหลักในชุมชนได้แก่ 1) ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน 2) ผู้แทนจากองค์กรท้องถิ่น จำนวน 15 คน 3) ผู้แทนองค์กรประชาชน จำนวน 27 คน และ 5) ผู้แทนจากองค์กรภาครัฐและเอกชน จำนวน 5 คน เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา ได้แนวทางการเฝ้าระวัง และรูปแบบการดูแลประชาชนที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนดังนี้คือ 1) รูปแบบการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) รูปแบบสื่อในการถ่ายทอดชุดความรู้ลงสู่ประชาชน 3) เกิดกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน และ 4) วางแผนจัดตั้งกองทุนกู้ชีพในชุมชนในอนาคตเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชน กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้ประชาชนมีความรู้ มีทักษะการช่วยเหลือกันอย่างทั่วถึง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกิดนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยหายใจขณะช่วยฟื้นคืนชีพ จากแนวคิดของประชาชน โดยตำบลบ้านดง เชื่อว่าแนวทางดังกล่าวนี้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในเขตตำบลบ้านดงเพื่อให้สามารถประเมิน ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ถูกต้องและทันเวลา และช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากการช่วยเหลือไม่ถูกต้อง และหรือการนำส่งโรงพยาบาลล่าช้าได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในการช่วยเหลือกันเอง

เบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

ปานัน พิษยภิญโญ และคณะ (2558) จากการศึกษาปัจจัยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำมีพฤติกรรมมารับประทานยาและตรวจตามนัดที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประมาณ ร้อยละ 19

รุจิวรรณ ขมศรีเคน แสงลุน (2559) ศึกษา การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาฉุกเฉินชุมชนกลุ่ม อสม. ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI) อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาฉุกเฉินชุมชนกลุ่ม อสม. ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI) และศึกษากระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของอาสาฉุกเฉินชุมชนกลุ่ม อสม. อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อสม. ในความรับผิดชอบของอำเภอชำสูง ที่เคยผ่านการอบรม อสม. โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยทำการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ผลคะแนน ระหว่างเดือนเมษายน-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 88.88 มีอายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 63.88 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 69.44 2) ทักษะด้านการประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 91.66 ทักษะด้านการเปลี่ยนผู้ช่วยเหลือในการทำการกดหน้าอก เมื่อช่วยฟื้นคืนชีพครบรอบ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 43.33 กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50 ทักษะด้านการสื่อสารกับญาติ การซักประวัติอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.66 ผลรวมทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน กลุ่มทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66 กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.50 3) คะแนนด้านทักษะกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของอาสาฉุกเฉินชุมชนกลุ่ม อสม.

อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.63) กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.65) เมื่อนามาทดสอบโดยใช้สถิติที (t-test Dependence) พบว่า คะแนนกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของอาสาสมัครชุมชนกลุ่ม อสม. อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 12.63, p = 2.76$) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ตระหนักถึงการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครชุมชนในกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ผ่านการฝึกฝนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง หลังจากอบรมภาคทฤษฎีเสร็จสิ้น โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ที่เรียกว่า “อจช. Rally”

สุเพียร โภคทิพย์ และศิริพร จิรวัดกุล (2555) ศึกษาเรื่อง การรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน: บริบทจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิง อีสาน บริบทจังหวัดอุบลราชธานีโดยใช้มุมมองเชิงเพศภาวะ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้หญิงอีสานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 27 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อค้นพบ 3 ประเด็น คือ 1) โรคหัวใจ หัวันไหวหวาดกลัวกับความตาย เป็นการให้ความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกหวาดกลัวและรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 2) อาการผีเข้าผีสวน เดียวก็ หายไม่คิดว่ากลายเป็นโรคหัวใจ ผู้หญิงไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ 3) รองนียงตายออก จึงมา รักษา ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ให้ความสำคัญกับอาการที่เกิดขึ้นแต่จะอดทนจนอาการหนักจึงมาโรงพยาบาลถึงแม้จะมีอาการ เตือนน้ามาก่อน เนื่องจากได้รับการปลุกฝังให้อดทนและเกรงใจ สรุปรวมผู้หญิงจะรับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่ายแต่ผู้หญิง ยังให้ความสำคัญกับบทบาทในครอบครัวเป็นหลัก เนื่องจากบรรทัดฐานเชิงเพศภาวะ และสะท้อนถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง การขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญในผู้หญิงจึงละเลยต่อการแสวงหาการรักษา บุคลากรสุขภาพ จึงควรมีการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้หญิงให้มาโรงพยาบาลที่รวดเร็ว

สมใจ จางวาง เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนนะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป

ในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการตรวจคัดกรองได้กลุ่มภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 380 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 142 คนและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 238 คน ใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกาด ผักคะน้า เป็นต้น (ร้อยละ 73.24 และ 73.53) ด้านการออกกำลังกาย ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือการทำงานออกแรงจนเหงื่อออกแทนการออกกำลังกาย (ร้อยละ 53.52 และ 53.36) ด้านความเครียด ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ เมื่อมีอาการปวดศีรษะ หรือคิดมากในเรื่องต่าง ๆ ทำนพัก่อนเพื่อการผ่อนคลาย (ร้อยละ 73.24 และ 73.53) 2. ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเตาจังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($C_2 = 36.000$, Cramer's $V = 0.015$; $c_2 = 443.746$, Cramer's $V = 0.030$; $c_2 = 45.000$, Cramer's $V = 0.008$; $c_2 = 444.894$, Cramer's $V = 0.030$) ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (2558) ได้ประเมินการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2558 การประเมินการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงของสถานบริการสาธารณสุข การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างนี้ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปจำนวน 1,460 คน โดยแบ่งเป็นเขตเทศบาล และเขตชนบท สุ่มหลังคาเรือนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีขนาดความสัมพันธ์ร้อยละ 30,16,23 และร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีขนาดความสัมพันธ์ ร้อยละ 10 สำหรับเพศ และพฤติกรรมการดื่มสุรา ไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรม การจัดการสุขภาพของตนเองในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีขนาดความสัมพันธ์ร้อยละ 11 การทดสอบความสัมพันธ์ของ ตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับ การเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ระดับการศึกษาและการมีญาติสายตรง เป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีขนาดความสัมพันธ์ร้อยละ 13,16 ตามลำดับ อายุ อาชีพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีขนาดความสัมพันธ์ร้อยละ 12,13 ส่วนเพศ ความยาวรอบเอว ดัชนีมวล ภาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของตนเองในปัจจุบันไม่มี ความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา พบปัญหาเรื่องการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง ยังอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ซึ่งจะมีโอกาสที่จะมีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นจึงควรมี มาตรการการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มีกิจกรรมเพิ่มขึ้นและ ต่อเนื่อง และประเด็นข้อค้นพบในเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการคัดกรองความดันโลหิต 2 ประการ คือ ประการแรกกลุ่มตัวอย่างจำค่าความดันโลหิตไม่ได้/ จำค่าได้เฉพาะค่าความดันโลหิต สูงสุด ประการที่ 2 บุคลากรสาธารณสุข/ อสม. ไม่ได้บอกค่าความดันโลหิต เพียงแต่แจ้งว่าความดัน โลหิตปกติ หรือ เป็นความดันโลหิตสูง ไม่มีการจำแนกให้ชัดเจนระหว่างกลุ่มที่มีความดันโลหิต ปกติ กับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่วัดความดันโลหิต ไม่ทราบว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองเชิงคุณภาพให้มากขึ้น เพื่อที่จะได้มีข้อมูลในการเฝ้าระวังกลุ่ม ที่มีความเสี่ยงและสามารถปรับกิจกรรมดำเนินการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จากการศึกษาแนวคิด เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่าปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคไตวายเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยทุกรายมีอาการแสดงคือเจ็บแน่น หน้าอก ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันเลือด 79 ราย และไม่ได้รับยาลดไขมันเลือด 51 ราย สาเหตุที่ ไม่ได้รับยาลดไขมันเลือดเนื่องจากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก นานกว่า 12 ชั่วโมง ส่วนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวาย ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($P > .05$) ข้อเสนอแนะจาก ผลการวิจัยนี้ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการ รับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายและ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเป็นอย่างดี เพื่อให้

ได้แนวทางการเฝ้าระวัง และรูปแบบการดูแลประชาชนที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนดังนี้คือ 1) รูปแบบการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) รูปแบบสื่อในการถ่ายทอดชุดความรู้ลงสู่ประชาชน 3) เกิดกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน และ 4) วางแผนจัดตั้งกองทุนกู้ชีพในชุมชนในอนาคตเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชน กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้ประชาชนมีความรู้ มีทักษะการช่วยเหลือกันอย่างทั่วถึง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยขั้นตอนในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี ที่ขึ้นทะเบียน ปี 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 43,264 ราย, โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 71,876 ราย รวม 115,140 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ที่ยินดีและเต็มใจในการร่วมศึกษาวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน โดยใช้สูตรของ Daniel (1995, อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551, หน้า 113) โดยใช้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha_{/2} P (1-P)}{(N-1) d^2 + Z^2\alpha_{/2} P (1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร 115,140 ราย

$Z\alpha_{/2}$ = ค่ามาตรฐานพื้นที่ใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96

P = 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ คือ 0.05

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

$$n = \frac{(115,140 \times 1.96 \times 1.96) \times (0.5) \times (1-0.5)}{(115,140 - 1) \times (0.05)^2 + (1.96 \times 1.96) \times (0.5) \times (1-0.5)}$$

$$n = 383$$

จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน ผู้ศึกษาเก็บแบบสอบถามโดยการเดินทางไป
ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทาง และประสานให้บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นเพื่อป้องกันข้อมูลที่สูญหายหรือตอบไม่ครบถ้วน ผู้ศึกษาจึงเพิ่ม
แผนการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น โดยจัดพิมพ์แบบสอบถาม เพิ่มเติมเป็น 500 ชุด และจากการที่ผู้วิจัยลง
เก็บข้อมูลด้วยตนเองและทีมผู้ช่วย ได้รับตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมดที่สมบูรณ์ จำนวน 383 ชุด
ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวน 383 ชุด

การสุ่มตัวอย่าง

1. ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งเป็น 3 โซน ได้แก่

โซน L ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอพนัสนิคม อำเภอบางละมุงและอำเภอศรีราชา

โซน M ได้แก่ อำเภอพานทอง อำเภอบ้านบึง อำเภอสัตหีบ และอำเภอบ่อทอง

โซน S ได้แก่ อำเภอเกาะจันทร์ อำเภอหนองใหญ่ และอำเภอเกาะสีชัง

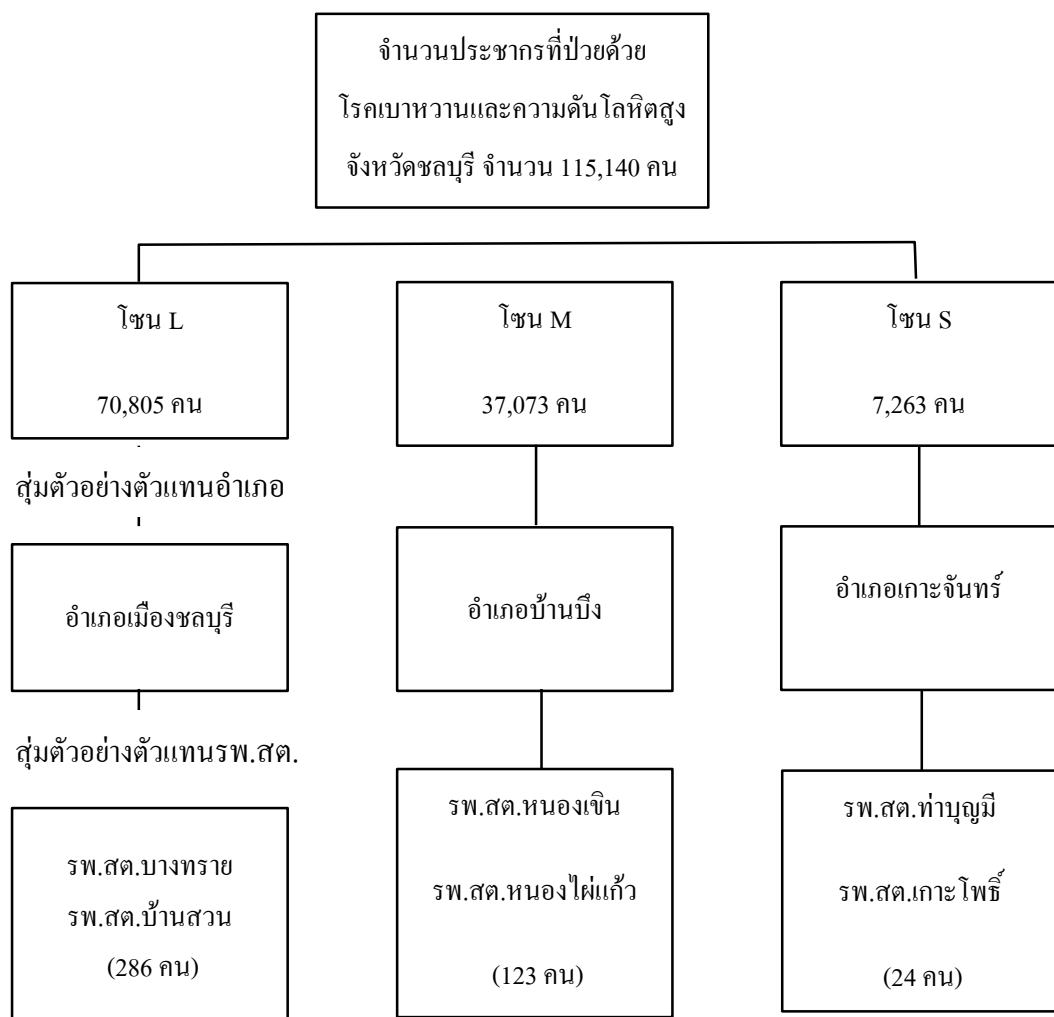
ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple sampling) เพื่อเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทน
แต่ละโซน โซนละ 1 อำเภอ สุ่มมาได้ โซน L ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี โซน M ได้แก่ อำเภอบ้านบึง
โซน S ได้แก่ อำเภอเกาะจันทร์

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งหลังคาเรือนในอำเภอแต่ละอำเภอ เป็นเขตรับผิดชอบตามพื้นที่ของ
โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแผนการสุ่มตัวอย่าง สุ่มได้ตัวแทน ดังนี้

โซน L ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี มีจำนวน 1 โรงพยาบาล และ 17 รพ.สต. สุ่มตัวอย่างได้ รพ.สต.บางทราย และ รพ.สต.บ้านสวน

โซน M ได้แก่ อำเภอบ้านบึง มีจำนวน 1 โรงพยาบาล และ 14 รพ.สต. สุ่มตัวอย่างได้ รพ.สต.หนองเงิน และ รพ.สต.หนองไผ่แก้ว

โซน S ได้แก่ อำเภอเกาะจันทร์ มีจำนวน 1 โรงพยาบาล และ 4 รพ.สต. สุ่มตัวอย่างได้ รพ.สต.ท่าบุญมี และรพ.สต.เกาะโพธิ์



ภาพที่ 3-1 การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling)

ขั้นตอนที่ 4 ทำการสุ่มแบบเจาะจง ณ ช่วงเวลานี้ Consecutive sampling แบบเป็น สัดส่วนในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ตามสัดส่วนด้วยการเทียบบัญชีไตรยางศ์ เพื่อให้ได้ตัวแทนประชากรกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ของแต่ละเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ ดังนี้

ตารางที่ 3-1 จำนวนการแบ่งสัดส่วนประชากรรายอำเภอ

โซน	อำเภอ	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	รวม	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
โซน L	เมืองชลบุรี	9,873	4,612	14,485	236
	พนัสนิคม	14,656	7,162	21,818	
	บางละมุง	10,775	7,756	18,531	
	ศรีราชา	7,971	8,000	15,971	
	รวมโซน L	43,275	27,530	70,805	
โซน M	บ้านบึง	9,109	5,353	14,462	96
	สัตหีบ	4,487	3,072	7,559	
	บ่อทอง	4,663	2,246	6,909	
	รวมโซน M	18,259	10,671	28,930	
โซน S	หนองใหญ่	1,888	1,080	2,968	51
	พานทอง	5,199	2,944	8,143	
	เกาะสีชัง	544	243	787	
	เกาะจันทร์	2,711	796	3,507	
	รวมโซน S	10,342	5,063	15,405	
รวมจังหวัดชลบุรี		71,876	43,264	115,140	383

ตารางที่ 1 (ต่อ)

โซน	อำเภอ	หน่วยบริการ	ความดัน โลหิตสูง	เบาหวาน	รวม	กลุ่ม ตัวอย่าง
L	เมืองชลบุรี	รพ.สต.บางทราย	225	188	413	62
L	เมืองชลบุรี	รพ.สต.บ้านสวน	674	486	1,160	174
M	บ้านบึง	รพ.สต.หนองเงิน	591	251	842	55
M	บ้านบึง	รพ.สต.หนองไผ่แก้ว	429	211	640	41
S	เกาะจันทร์	รพ.สต.เกาะโพธิ์	354	294	648	19
S	เกาะจันทร์	รพ.สต.ท่าบุญมี	746	313	1,059	32
รวม						383

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาหลัก ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร ใครดูแลช่วยเหลือ การมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และผลการตรวจสุขภาพระยะเวลาประมาณ 1 ปี

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการของโรค การรักษา และนำมาแปลผลจัดระดับค่าคะแนนเป็น สูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้วิธีหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนสูง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80-100

ระดับคะแนนปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79.99

ระดับคะแนนต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

ตอนที่ 3 การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การไปรักษาในสถานบริการโดยสะดวก ค่ายาและค่ารักษา การมี อสม. ติดตามอาการ การมีเอกสารแผ่นพับ สถานบริการให้คำแนะนำด้านอาการ การออกกำลังการ การจัดการความเครียด การแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นข้อคำถาม

แบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และแปลผลคะแนน โดยใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนสูง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80-100

ระดับคะแนนปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79.99

ระดับคะแนนต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

ตอนที่ 4 การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การสามารถติดต่อบุคคลในการส่งโรงพยาบาล การติดต่อหมายเลข 1669 ระยะเวลาในการเดินทางไม่เกิน 30 นาที การใช้สิทธิการรักษาโดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง การติดต่อกับ อสม. ที่ดูแลครอบครัว การมีไลน์กลุ่ม การสามารถติดต่อทางโทรศัพท์กับหมอครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และแปลผลคะแนน โดยใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนสูง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80-100

ระดับคะแนนปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79.99

ระดับคะแนนต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

ตอนที่ 5 การได้รับกำลังใจและคำแนะนำการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย คนในครอบครัวคอยให้กำลังใจ เพื่อนบ้านคอยให้กำลังใจ อสม. คอยให้กำลังใจ ทีมหมอครอบครัวคอยให้กำลังใจ อสม. ให้คำแนะนำ ทีมหมอครอบครัวคอยให้คำแนะนำ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และแปลผลคะแนน โดยใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนสูง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80-100

ระดับคะแนนปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79.99

ระดับคะแนนต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร, การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด และการตรวจรักษาตามกำหนด เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบ่อย ๆ ปฏิบัติทุกวัน และแปลผลคะแนน โดยใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น โดยใช้

ค่าพิสัย 3 ระดับดังนี้

ระดับคะแนนสูง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80-100

ระดับคะแนนปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79.99

ระดับคะแนนต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่อง การรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงกับโรคหัวใจ
 2. ศึกษาการสร้างเครื่องมือ ตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่
 3. นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index) และความครอบคลุมกับวัตถุประสงค์
 4. แก้ไขและปรับปรุงแบบสอบถามและนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง
 5. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้ทำการวิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลชลบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เสร็จแล้วนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach โดยใช้โปรแกรม SPSS ช่วยในการวิเคราะห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ดังนี้
 - 5.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .390
 - 5.2 การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .903
 - 5.3 ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .913
 - 5.4 การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .892

5.5 ปัจจัยเสริม การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .942

5.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .790

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน อีกครั้งหนึ่งเพื่อปรับแก้ไขแล้วจึงนำไปจัดพิมพ์เป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือประสานขอความร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมเป็นทีมในการเก็บข้อมูล
2. ประชุมทีมเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจ อธิบายวิธีวัตถุประสงค์ การสุ่มตัวอย่าง การเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การใช้แบบสอบถาม เทคนิคการสัมภาษณ์ การฝึกสัมภาษณ์ เป็นต้น
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลพนสนิคม และโรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนออกจากพื้นที่
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่เก็บได้อีกครั้ง
5. บันทึกรหัส ลงข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาหลัก ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร ใครดูแลช่วยเหลือ การมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และผลการตรวจสุขภาพระยะเวลาประมาณ 1 ปี วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการของโรค การรักษา และนำมาแปลผล จัดระดับค่าคะแนนเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ

3. การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การไปรักษาในสถานบริการโดยสะดวก ค่ายาและค่ารักษา การมี อสม. ติดตามอาการ การมีเอกสารแผ่นพับ สถานบริการให้คำแนะนำด้านอาการ การออกกำลังการ การจัดการความเครียด การแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 8 ข้อ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ แสดงจำนวนและร้อยละ และนำมาจัดระดับค่าคะแนนเป็น สูง ปานกลาง และต่ำ

4. การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การสามารถติดต่อบุคคลในการส่งโรงพยาบาล การติดต่อหมายเลข 1669 ระยะเวลาในการเดินทางไม่เกิน 30 นาที การใช้สิทธิการรักษาโดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง การติดต่อกับ อสม. ที่ดูแลครอบครัว การมีไลน์กลุ่ม การสามารถติดต่อทางโทรศัพท์กับหมอครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 8 ข้อ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ แสดงจำนวนและร้อยละ และนำมาจัดระดับค่าคะแนนเป็น สูง ปานกลาง และต่ำ

5. การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย คนในครอบครัวคอยให้กำลังใจ เพื่อนบ้านคอยให้กำลังใจ อสม. คอยให้กำลังใจ ทีมหมอครอบครัวคอยให้กำลังใจ อสม. ให้คำแนะนำ ทีมหมอครอบครัวคอยให้คำแนะนำ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale จำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ แสดงจำนวนและร้อยละ และนำมาจัดระดับค่าคะแนนเป็น สูง ปานกลาง และต่ำ

6. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจรักษาตามกำหนด เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale จำนวน 19 ข้อ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ แสดงจำนวนและร้อยละ และนำมาจัดระดับค่าคะแนนเป็น สูง ปานกลาง และต่ำ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 เลขที่หนังสือ IRB 016/ 2560 ผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย จะต้องเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เท่านั้น และผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกขณะ โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาตหรือบอกให้ทราบ และจะไม่มีผลใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินดีสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ภายหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะการเก็บข้อมูลวิจัย

ในการรักษาความลับผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนจะได้รับการชี้แจงก่อนการเข้าร่วมโครงการทุกคนว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยที่ผู้เข้าถึงข้อมูลจะมีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ และคณะกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น และจะนำไปทำลายภายหลังจากที่สภามหาวิทยาลัยให้สำเร็จ การศึกษา ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนมีความมั่นใจและกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลอย่างเต็มที่ และในการเก็บข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริง การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนทราบว่า ในการทำแบบสอบถามนั้น ถ้ามีคำถามใดที่ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ต้องการที่จะตอบ หรือมีความอึดอัดใจ สามารถข้ามคำถามนั้นได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 383 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน พฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2560 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-Square test) โดยศึกษา

1. ปัจจัยนำ
2. ปัจจัยเอื้อ
3. ปัจจัยเสริม
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยนำ

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.6 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี ระดับการศึกษา มากที่สุดคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.5 อาชีพ ส่วนใหญ่ เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 37.1 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.3 มีรายได้ของบุคคลต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 76.0 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 42.6 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรสแล้ว ร้อยละ 60.6 สิทธิการรักษาหลัก คือ ประกันสุขภาพ (30 บาท) ร้อยละ 83.8 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว มากที่สุดร้อยละ 88.8 มีบุคคลคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 88.3 การมีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.2 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีคนในครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ร้อยละ 14.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.1 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 91.1 ดังตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 383)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	124	32.4
	หญิง	259	67.6
อายุ			
	ต่ำกว่า 40 ปี	20	5.2
	41-59 ปี	167	43.6
	ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	196	51.2
ค่าเฉลี่ย 60.86 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.66 อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี			
การศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	29	7.6
	ประถมศึกษา	266	69.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	44	11.5
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ อนุปริญญา/ ปวส. หรือเทียบเท่า	28	7.3
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	4.2
อาชีพ			
	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	142	37.1
	รับจ้าง	116	30.3
	ค้าขาย	56	14.6
	เกษตรกร	42	11.0
	ธุรกิจส่วนตัว	19	5.0
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	8	2.1
รายได้ต่อเดือน			
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	291	76.0
	3,001-5,000 บาท	29	7.6
	5,001-10,000 บาท	9	2.4

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	4	1.0
ไม่ตอบ	50	13.1
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	163	42.6
3,001 – 5,000 บาท	61	15.9
5,001 – 10,000 บาท	30	7.8
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	5	1.3
ไม่ตอบ	124	32.4
สถานภาพสมรส		
สมรส	232	60.6
หม้าย/ หย่า/ แยก	109	28.5
โสด	42	10.9
สิทธิการรักษา (หลัก)		
ประกันสุขภาพ (30 บาท)	321	83.8
ประกันสังคม	40	10.4
ข้าราชการ	17	4.4
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง/ ประกันชีวิต)	5	1.3
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ		
อยู่กับครอบครัว	340	88.8
อยู่คนเดียว	43	11.2
หากมีปัญหาด้านสุขภาพท่านมีผู้ช่วยเหลือ		
มีครอบครัว	338	88.3
ไม่มี	45	11.7

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว			
	ความดันโลหิตสูง	167	43.6
	ทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง	150	39.2
	เบาหวาน	43	11.2
	เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ โรคอื่น ๆ	23	6.0
บุคคลในครอบครัวที่ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ			
	ไม่มี	329	85.9
	มี	54	14.1
ท่านสูบบุหรี่			
	ไม่สูบ	364	95.1
	สูบ	15	3.9
	เคยสูบ	4	1.0
ท่านดื่มสุรา			
	ไม่ดื่ม	349	91.1
	ดื่ม	31	8.1
	เคยดื่ม	3	0.8

2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีจำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 67.6 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 32.4 โดยมีค่าเฉลี่ย ที่ 6.07 คะแนนสูงสุดที่ 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด คือ 1 คะแนน ดังตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด		
คะแนน \geq ร้อยละ 60	124	32.4
คะแนน $<$ ร้อยละ 60	259	67.6

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ทำได้ต่ำสุด 1 คะแนน ทำได้สูงสุด 10 คะแนน

ค่าเฉลี่ย 6.07 และ SD = 2.09

และพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ได้แก่ อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สังเกตได้จากอะไร มากถึงร้อยละ 87.5 รองลงมา คือ ไม่ทราบสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ไม่ทราบวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ไม่ทราบวิธีปฏิบัติหากอยู่คนเดียวไม่มีญาติ ในขณะที่เจ็บหน้าอก ต้องทำอะไร และ ไม่ทราบสิ่งที่ไม่ใช่ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 49.3, 42.3, 41.5 และ 41.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าใครเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดในการมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 39.2 และไม่ทราบว่าข้อใดเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 30.0 ดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 383)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ใครที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดในการมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	233	60.8	150	39.2
2. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	194	50.7	189	49.3
3. อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สังเกตได้จาก	48	12.5	335	87.5

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. เมื่อมีอาการหัวใจขาดเลือดท่านควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดภายในเวลาเท่าใด	293	76.5	90	23.5
5. หากมีอาการหัวใจขาดเลือดแล้วเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา จะเกิดผลอย่างไร	283	73.9	100	26.1
6. ข้อใดไม่ใช่วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	221	57.7	162	42.3
7. ข้อใดเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	268	70.0	115	30.0
8. สิ่งที่ไม่ใช่ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	226	59.0	157	41.0
9. เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอก เหมือนมีของหนัก ๆ กดทับหน้าอกหรือมีอาการเจ็บบริเวณกลางอกหรือหน้าอกด้านซ้าย ร้าวไปที่ไหล่ ซ้าย แขนซ้าย คอ สะบัก ภายในเวลา 20 นาที ท่านต้องทำอะไร	334	87.2	49	12.8
10. หากท่านอยู่คนเดียวไม่มีญาติ ในขณะที่ท่านเจ็บหน้าอก ต้องทำอะไร	224	58.5	159	41.5

ปัจจัยเอื้อ

ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุฉุกเฉินกรณีมีอาการเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 74.7 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 25.3 และพบว่า การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 79.4 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 20.6 ดังตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ระดับคะแนน ปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษา		
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
คะแนน \geq ร้อยละ 60	97	25.3
คะแนน $<$ ร้อยละ 60	286	74.7
หมายเหตุ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ทำได้ต่ำสุด 15 คะแนน ทำได้สูงสุด 40 คะแนน ค่าเฉลี่ย 31.78 และ SD = 4.43		
การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วย		
ฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
คะแนน \geq ร้อยละ 60	79	20.6
คะแนน $<$ ร้อยละ 60	304	79.4
หมายเหตุ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ทำได้ต่ำสุด 18 คะแนน ทำได้สูงสุด 40 คะแนน ค่าเฉลี่ย 30.58 และ SD = 3.95		

ปัจจัยเสริม

ได้แก่ แรงสนับสนุนในด้านการให้กำลังใจ คำแนะนำและการกระตุ้นเตือนข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ แรงสนับสนุนจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน และแรงสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษา พบว่า การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 69.7 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 30.3 และพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 80.7 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 19.3 ดังตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับคะแนน ปัจจัยเสริม การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
คะแนน \geq ร้อยละ 60	116	30.3
คะแนน $<$ ร้อยละ 60	267	69.7
หมายเหตุ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ทำได้ต่ำสุด 10 คะแนน ทำได้สูงสุด 30 คะแนน ค่าเฉลี่ย 23.09 และ SD = 4.71		
พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดเลือดเฉียบพลัน		
คะแนน \geq ร้อยละ 60	74	19.3
คะแนน $<$ ร้อยละ 60	309	80.7
หมายเหตุ คะแนนเต็ม 95 คะแนน ทำได้ต่ำสุด 42 คะแนน ทำได้สูงสุด 85 คะแนน ค่าเฉลี่ย 64.32 และ SD = 7.95		

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เหมาะสมร้อยละ 81.5 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 18.5 เพศชาย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เหมาะสมร้อยละ 79.0 ไม่เหมาะสมร้อยละ 21.0 และพบว่า เพศ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเหมาะสม ร้อยละ 82.7 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 17.3 อายุต่ำกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 78.6 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 21.4 และพบว่า อายุ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา-ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 82.0 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 18.0 มัธยมศึกษาขึ้นไป

มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 76.1 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 23.9 และพบว่า ระดับการศึกษา ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .141

กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส สมรสแล้ว มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 78.9 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 21.1 โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 83.2 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 16.8 และพบว่า สถานภาพสมรส ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 88.4 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 11.6 อาศัยอยู่คนเดียวมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 79.7 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 20.3 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรืออยู่คนเดียว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างหากมีปัญหาสุขภาพมีผู้ช่วยเหลือ มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 69.6 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 30.4 ไม่มีผู้ช่วยเหลือมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 82.2 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 17.8 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างหากมีปัญหาสุขภาพมีผู้ช่วยเหลือ หรือไม่มีผู้ช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .042

กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิการรักษา การมีประกันสุขภาพ (30 บาท) มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 91.6 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 8.4 สิทธิการรักษา อื่น ๆ มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เหมาะสม ร้อยละ 95.2 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 4.8 และพบว่า สิทธิการรักษา ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 ปัจจัยนำ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยนำส่วนบุคคล	พฤติกรรมไม่เหมาะสม		พฤติกรรมเหมาะสม		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	เพศ					
ชาย	26	21.0	98	79.0	.319	.332
หญิง	48	18.5	211	81.5		
อายุ						
ต่ำกว่า 60 ปี	40	21.4	147	78.6	1.004	.316
60 ปีขึ้นไป	34	17.3	162	82.7		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา- ประถมศึกษา	53	18.0	242	82.0	1.512	.219
มัธยมศึกษาขึ้นไป	21	23.9	67	76.1		
สถานภาพสมรส						
สมรส	25	16.8	124	83.2	1.093	.296
โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก	49	21.1	183	78.9		
ปัจจุบันท่านอยู่กับ						
อยู่กับครอบครัว	5	11.6	38	88.4	1.839	.122
อยู่คนเดียว	69	20.3	271	79.7		
หากมีปัญหาด้านสุขภาพท่านมีผู้ช่วยเหลือ						
มีครอบครัว	14	30.4	32	69.6	4.142	.042
ไม่มี	60	17.8	277	82.2		*
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพ (30บาท)	294	91.6	27	8.4	.919	.445
อื่น ๆ	59	95.2	3	4.8		

ผลการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระดับคะแนน < ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหมาะสม ร้อยละ 83.0 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 17.0 และระดับคะแนน \geq ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหมาะสม ร้อยละ 79.2 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 20.8 และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4-7

ตารางที่ 4-7 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมไม่เหมาะสม		พฤติกรรมเหมาะสม		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน						
คะแนน < ร้อยละ 60	25	17.0	122	83.0	.820	.221
คะแนน \geq ร้อยละ 60	49	20.8	187	79.2		

2. ปัจจัยอื่น ผลการศึกษา ปัจจัยอื่น การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระดับคะแนน \geq ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหมาะสม ร้อยละ 82.3 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 17.7, คะแนน < ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหมาะสม ร้อยละ 65.8 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 34.2 และพบว่า การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .014$)

การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระดับคะแนน \geq ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหมาะสม ร้อยละ 80.7 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 19.3, คะแนน < ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหมาะสม ร้อยละ 80.6 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 19.4 และพบว่า การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4-8

ตารางที่ 4-8 การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมไม่เหมาะสม		พฤติกรรมเหมาะสม		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน						
คะแนน < ร้อยละ 60	13	34.2	25	65.8	6.000	.014*
คะแนน \geq ร้อยละ 60	61	17.7	284	82.3		
การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน						
คะแนน < ร้อยละ 60	12	19.4	50	80.6	.000	.557
คะแนน \geq ร้อยละ 60	62	19.3	259	80.7		

3. ปัจจัยเสริม การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษา ปัจจัยเสริม การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระดับคะแนน \geq ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เหมาะสม ร้อยละ 82.5 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 17.5, คะแนน < ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหมาะสม ร้อยละ 72.1 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 27.9 และพบว่า การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .047$) ดังตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4-9 การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมไม่ เหมาะสม		พฤติกรรม เหมาะสม		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน					
คะแนน < ร้อยละ 60	19	27.9	49	72.1	3.941	.047*
คะแนน \geq ร้อยละ 60	55	17.5	260	82.5		

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี ได้ขนาดของตัวอย่าง จำนวน 383 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) และแบบเป็นสัดส่วนกันด้วยการเทียบบัญชีไตรยางศ์ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2560 โดยใช้แบบสอบถาม ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี จำนวน 383 คน ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.6 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี ระดับการศึกษา มากที่สุดคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.5 อาชีพ ส่วนใหญ่ เป็นพ่อบ้าน/ แม่บ้าน ร้อยละ 37.1 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.3 มีรายได้ของบุคคลต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 76.0 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 42.6 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรสแล้ว ร้อยละ 60.6 สิทธิการรักษาหลัก คือ ประกันสุขภาพ (30 บาท) ร้อยละ 83.8 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว มากที่สุดร้อยละ 88.8 หากมีปัญหาสุขภาพ มีบุคคลคอยดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 88.3 การมีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.2 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีคนในครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจร้อยละ 14.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.1 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 91.1

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 67.6 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 32.4 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 6.07 คะแนนสูงสุดที่ 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด คือ 1 คะแนน และพบว่า

กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ได้แก่ อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สังเกตได้จากอะไร มากถึงร้อยละ 87.5 รองลงมา คือ ไม่ทราบสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ไม่ทราบวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ไม่ทราบวิธีปฏิบัติหากอยู่คนเดียวไม่มีญาติ ในขณะที่เจ็บหน้าอก ต้องทำอะไร และ ไม่ทราบสิ่งที่ไม่ใช่ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 49.3, 42.3, 41.5 และ 41.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าใครเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดในการมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 39.2 และ ไม่ทราบว่าข้อใดเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 30.0

การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 74.7 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 25.3 และพบว่า การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 79.4 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 20.6

การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 69.7 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 30.3 และพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) ร้อยละ 80.7 ระดับสูง (\geq ร้อยละ 60) ร้อยละ 19.3

และจากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ หากมีปัญหาสุขภาพมีผู้ช่วยเหลือ ($p = .038$), การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($p = .170$), การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($p = .038$)

อภิปรายผล

1. หากมีปัญหาสุขภาพมีผู้ช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับทฤษฎี แต่ประยูร (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์ สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอดงหลวง จังหวัดชัยนาท พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดจากญาติ มากที่สุด ดังนั้นการที่มีผู้ดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั่นเอง

2. การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (2558) ได้ประเมินการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลา ปี 2558 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่บ่อย ๆ ทำให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ส่งเสริมให้มีความตระหนักถึงพฤติกรรมการป้องกันการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดได้มากขึ้น

3. การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ จิราภรณ์ มีชูสิน, อภรณ์ ดินาน และศิริวัฒน์ วัฒนสินธุ์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากขึ้น

4. การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าคะแนนความรู้ต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 6.07$ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ได้แก่ อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สังเกตได้จากอะไร มากถึงร้อยละ 87.5 รองลงมา คือ ไม่ทราบสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ไม่ทราบวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ไม่ทราบวิธีปฏิบัติหากอยู่คนเดียวไม่มีญาติ ในขณะที่เจ็บหน้าอก ต้องทำอะไร และ ไม่ทราบสิ่งที่ไม่ใช่ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 49.3, 42.3, 41.5 และ 41.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าใครเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดในการมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 39.2 และ ไม่ทราบว่าข้อใดเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 30.0 และพบว่า ความรู้เรื่อง หากมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าต้องโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669, ส่วนคำถามท่านอยู่คนเดียวไม่มีญาติ ในขณะที่ท่านเจ็บหน้าอก ต้องทำอะไร นอกจาก หมายเลข 1669 แล้ว กลุ่มตัวอย่างไม่ได้นึกถึงวิธีการอื่นเช่น การแจ้งญาติหรือเพื่อนบ้าน ดังนั้นควรให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุมด้วย สอดคล้องกับผลการวิจัย ฌณาทิพย์ ศิริภักกุลวัฒน์, ชญานิส บุตรดี และณัฐวสาร รุ่งแจ้ง (2559) ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในเขตตำบลบ้านดง กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้ประชาชนมีความรู้ มีทักษะการช่วยเหลือกันอย่างทั่วถึง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากแนวคิดของประชาชน เพื่อให้สามารถประเมินช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ถูกต้องและทันเวลา และช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากการช่วยเหลือไม่ถูกต้อง และหรือการนำส่งโรงพยาบาลล่าช้าได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาของนุชนาถ ไกรเจริญและคณะ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยและญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจัดการตัวเองได้ถูกต้องเหมาะสม และตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ถูกต้องทันเวลา

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ หากมีปัญหาสุขภาพมีผู้ช่วยเหลือ, การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและ การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. การมีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ให้การช่วยเหลือ ญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ควรมีความรู้ทั้งโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้ครอบคลุม สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค, อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หากมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และให้ความรู้ว่าต้องโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 และนอกจากการแจ้ง 1669 แล้ว ควรให้คำแนะนำกับทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงญาติ หรือเพื่อนบ้านให้ทราบไปพร้อมกันด้วย
2. ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาในการปฏิบัติตน และเพิ่มความตระหนักในการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจเป็นรายเดี่ยว หรือ รายกลุ่มก็ได้
3. ควรจัดกิจกรรมที่มีส่วนร่วมของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เช่น เพื่อน บุคคลในครอบครัว เป็นต้น และการจัดโปรแกรมการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และมีทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง

และยังสอดคล้องกับการศึกษาของปาหนัน พิษขยัญ โญ และคณะ ศึกษาปัจจัยจำแนกพฤติกรรม สุขภาพและสุขภาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด พบว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลหรือคลินิกโรคเรื้อรังที่มีมานานหลายปีและเป็นนโยบายของประเทศมานาน เช่น การจัดสถานที่ และเวลาที่สะดวกในการเข้าถึงบริการ และจัดให้มีหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งการมีหน่วยงานหรือบุคลากรที่ทำให้การสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติตน และได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพที่บ้าน จนส่งผลให้ลดอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยเสนอแนะว่าการออกแบบบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยระยะหนึ่งจนมีแนวโน้มที่จะเป็น กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรมุ่งไปที่การเสริมสร้างการรับรู้เป็นอันดับแรกเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในโอกาสที่จะเกิดโรคและส่งผลให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะจัดการเพื่อควบคุมภาวะโรคด้วยตนเอง และควรจัดการเพิ่มกิจกรรมที่มีส่วนร่วมของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เช่น เพื่อนบุคคลในครอบครัว เป็นต้น และการจัดโปรแกรมการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ และมีทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่งเช่นกัน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขน้อยกว่าจากแหล่งอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหารูปแบบในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้ครอบคลุม สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด, อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หากมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ต้องโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 และนอกจากการแจ้ง 1669 แล้ว ควรให้ข้อแนะนำกับผู้ป่วยให้การสื่อสารถึงญาติหรือเพื่อนบ้านทราบไปพร้อมกันด้วย

2. การศึกษาหารูปแบบการสร้างความตระหนักและการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการสร้างต้นแบบหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องเล่าจากผู้มีประสบการณ์ เพื่อสื่อสารและสร้างความตระหนักให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ยั่งยืน

บรรณานุกรม

- กนกศรี อัสวสันติ. (2554). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้ รับประทานยาละลายลิ่มเลือด. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 27(2), 127.
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์. (2558). รายงานวิจัย เรื่อง ประเมินการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลา .สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2558).รายงานประจำปี 2558 .สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค : กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.(2558). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- กลุ่มโภชนาการประยุกต์. (2555). กินเค็มน้อยลงสัปดาห์ พิชิตโรคความดันฯ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- กษมณท์ อร่ามวาณิชย์, ไชยพร ยุกเซ็น และยุวเรศมคลัง สิทธิชาญบัญชา. (2559). การแข่งขัน ทักษะการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ปัญญุมิตร การพิมพ์.
- เกรียงไกร เสงรัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง. (2555). การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ยก. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก.
- เกรียงไกร เสงรัมย์. (2555). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2553). ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.
- ขนิษฐา นันทบุตร, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, กนิษฐา อรรควาไสย์, แสงเดือน แห่งทองคำ, นิลภา จิระรัตนาวรรณะ และคณะ. (2550). โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชนพื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่: กรณีศึกษากองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน อ.ป่าดิว จ. ยโสธร. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2554). ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ *Health Literacy*. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาการพิมพ์.

- คู่มืออาสาถูกเงินชุมชน. (2557). *สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ*. เข้าถึงได้จาก
[http:// www.thaieminfo.com/ autopage](http://www.thaieminfo.com/autopage)
- จริญญา จันท์เพ็ญ, จอม สุวรรณ โณ และทัศนศรี เสมือนเพชร. (2554). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีของผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: การทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(1), 16-24.
- จิราภรณ์ มีชูสิน, อภรณ์ ดีนาน และศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), หน้า 19-33.
- จุฑารัตน์ ชมพันธ์. (2555). การวิเคราะห์หลักการมีส่วนร่วมใน The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement. *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 8(1), 123-137.
- เจริญชัย หมั่นห่อ. (2556). การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. Journal of Community Development Research*, 5(2), 43-53.
- ชนัญชวีร์ ฐิตพัฒนานนท์. (2553). ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ กรณีศึกษาชุมชนหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*, 34(2), 99-104.
- ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. *Rama Nurs J*, 18(3), 389-402.
- ช่อผกา ไชยมงคล. (2553). *การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชากิจกรรมบำบัด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาติรี เจริญชีวกุล. (2553). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2554: EMERGENCY MEDICINE*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส ลิมิตเต็ด.
- ชื่นชม ชื่อดือชา. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *Thamasart Mahidol Journal*, 1(12), 97.

- ชื่นชม ชื่อลือชา. (2553). *ชุดความรู้การพัฒนากลไกและพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อชุมชน*. นนทบุรี: เดอะกราฟิกโก ซิสเต็ม.
- ชื่นชม ชื่อลือชา. (2553). *ปฏิบัติการระบบย่อยในสุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: เดอะกราฟิกโก ซิสเต็ม.
- ฉันทาพิ้ว ศิภัคกุลวัฒน์, ชญานิศ บุตรดี และณัฐวศาร์ รุ่งแจ้ง. (2559). รายงานโครงการวิจัย *ตำบลบ้านดงเข้มแข็งในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยความร่วมมือของชุมชน*.
- ญันท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. (2559). *การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ*.
- ณัฐเชษฐ์ เปล่งวิทยา. (2550). โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย: ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง. *J Med Assoc Thai.*, 89(1), 49-53.
- ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์. (2554). *โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด Second Siriraj International Medicine Board Review*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 15-26.
- เดือนเพ็ญ ศรีชา, สะอาด โยธาทูน และ น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2554). สถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 23(2), 159-164.
- ถวิลวดี นูร์กุล. (2548). *การมีส่วนร่วม: แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- ทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2554). *การพัฒนาแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิตประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ พานพรหม. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(1), 6-14.
- ธวัช ชาญชยานนท์, ปิยวรรณ สุวรรณวงศ์ และศศิกันต์ นิมมานรัชต์. (2554). ผลของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(1), 39-47.
- นันทพร ศรีน่ม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- นิตยา พันธุเวทย์ และ หทัยชนก ไชยวรรณ. (2558). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจ*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาศาสตร์การพยาบาล*, 28(2), 49-57.
- เนตรรุ่ง อยู่เจริญ. (2553). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เนติมา คูณีย์, บรรณาธิการ. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังภายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. สถาบันวิจัยและประเมินผลเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- บุญจง แซ่จิ่ง และสุรพันธุ์ สิทธิสุข. (2557). *การให้ยาละลายลิ่มเลือด Thrombolytic Therapy ภาวะ STEMI มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอก.
- ประจักษ์วิช เล็บนาค. (2554). *วันนี้ พรุ่งนี้ ของการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อคนไทย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ โรงแรมริชมอนด์, นนทบุรี.
- ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศศิธร ยิ่งเริง และ สุกัลกษณ์ ศรีชัยญา. (2557). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 133-140.
- ปรีชา ปิยจันทร์. (ม.ป.ป.). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน*. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- ปรีชา เปรมปรี และคณะ. (2553). *โครงการการทบทวนระบบข้อมูลโรคหัวใจ หลอดเลือด และเบาหวาน*. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ปาหนัน พิษยภิญโญ และคณะ. (2558). *ปัจจัยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. (2554). *สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ*.

- โผนชัย ครอบงูทธ. (2545). *ศักยภาพการให้บริการของพนักงานกู้ภัยสาธารณะในเขตเทศบาลนครขอนแก่น*. รายงานการศึกษาอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย จรัสสนิทวงษ์การพิมพ์.
- พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, ศิริอร สิ้นธุ. (2554). *โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และคณะ. (2556). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555*. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2540). *การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานกู้ชีพโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและอาสาสมัครกู้ภัยจังหวัดขอนแก่น*. รายงานการศึกษาอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพบูรณ์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2552). *ชุดโครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน*. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และ เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- รุจาดา สารจิต และวาราลี อภินิเวศ. (2555). *การศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช*. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 57(3), 20-25.
- รุจิวรรณ ยมศรี เคน แสงฉุน. (2559). *รายงานโครงการวิจัย การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนกลุ่ม อสม. ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI) อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- รายงานवेशะเบียนการใช้บริการ. (2555-2557). *โรงพยาบาลอุบลรัตน์*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลอุบลรัตน์.
- รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. (2553). *นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*.

- วัชร ก้อนแก้ว และคณะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หอผู้ป่วย
อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล
การสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 102.
- วิรัตน์ คำภา และนิตยาพันธเวทย์. (ม.ป.ป.). *โรคหัวใจขาดเลือด. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*.
กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ.
- วิรัตน์ อ่อนสี. (2558). อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย Ischemic Stroke ภายหลังการจัดตั้ง Stroke Fast tract
ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 876-884.
- วิไลวรรณ นุชศรี. (ม.ป.ป.). *ผลการใช้นวัตกรรมโมเดลหลอดเลือดหัวใจตีบต่อความรู้เรื่อง
ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มเสี่ยง*. ขอนแก่น:
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิรกิตติ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ. (2551). *การมีส่วนร่วมของชุมชนคลองจระเข้ย่อย ตำบลเกาะไร่
อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.
- ศรัณยู พิสิฐอรรรถกุล. (2559). *รูปแบบการจัดการความรู้*. เข้าถึงได้จาก [https:// www. 13nr.org](https://www.13nr.org)
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์
ฉุกเฉิน*. นนทบุรี: [ม.ป.พ.].
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเทอร์เน็ตโพลล์. (2543).
สภาพการให้บริการรักษาพยาบาลกรณีประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.
- สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน
กลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1).
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2557). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต แนวทางปฏิบัติสำหรับ
โรคเบาหวาน*. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย*. ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แนวทางเวช
ปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*. อรุณการพิมพ์.

- สรีรภา อินทร์จันทร์. (2554). *กระบวนการกองทุนสุขภาพตำบลในชุมชนกรณีศึกษา: อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาดา จักรพิสุทธิ์. (2547). การศึกษาทางเลือกของชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27(4), 18-23.
- สุธี วรดิษฐ์. (2553). *การมีส่วนร่วมของชุมชน*. เข้าถึงได้จากจาก <http://trat.nfe.go.th>
- สุเพียร โภคทิพย์ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). การรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน บริบทจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2).
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- แสงโสม สิริพานิช, กาญจนีย์ คำนาคแก้ว และอวยพร คำวงศ์สา. (2552). วิทยาการระบาดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 3(4), 598-605
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2557). *อัตราการตายต่อประชากร (100,000 คน) จำแนกตามสาเหตุการตาย และเพศ ที่ราชอาณาจักร พ.ศ. 2550 – 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). *ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน: ยังค้ำพิศการพัฒนา*. เข้าถึงได้จาก <http://www.Hisro.or.th>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *กรอบแนวทางการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dpc2.ddc.moph.go.th>
- อนุชา เศรษฐเสถียร. (2557). *สพล เตือน ดูแลพ่อให้ห่างโรคหัวใจ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaipr.net/health/587642>
- American Diabetes Association. (2010). Position statement. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*; 33(Suppl 1), S62-S69.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2014. (2014). *Diabetes Care*, 37(Suppl 1), S14-S80.
- Campbell, H. M., Khan, N., Cone, C., Raisch, D. W. (2011). Relationship between diet, exercise habits, and health status among patients rith diabetes. *Res Social Adm Pharm*, 7, 151-161.

- Carlucci, M. A., Arguello, L. E., & Menon, U. (2010). Evaluation of an advanced practice nurse-managed diabetes clinic for veterans. *JNP*, 6, 524-531.
- Clinical Guidelines Task Force. (2012). Lifestyle management. In: Global guideline for type 2 diabetes. *International Diabetes Federation*, p. 32-37.
- Green, L. W., & Kreuter, W. (2005). *Health promotion planning: An education and ecological approach* (4th ed.). Toronto: Mayfield Publishing.
- Green, L. W., et al. (1980). *Health Education Planning: A human the helping process*. St. Louis: the C.V.Mosby.
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: Pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva,Switzerland: WHO Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและเข้าถึงการรักษาหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี

ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

 1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ..... ปี (เศษเกิน 6 เดือน ให้ปัดเป็น 1 ปี)

3. ระดับการศึกษา

 1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. 5. อนุปริญญา/ ปวส. หรือเทียบเท่า 6.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. อาชีพ

 1. เกษตรกรรม 2. ค้าขาย 3. รับจ้าง 4. ธุรกิจส่วนตัว 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. รายได้ของท่านต่อเดือน โปรตระบุ.....บาท/ เดือน

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โปรตระบุ.....บาท/ เดือน

7. สถานภาพสมรส

1. โสด
2. สมรส
3. หม้าย/ หย่า/ แยก

8. สิทธิการรักษา (หลัก) ของท่าน

1. ชำราชการ
2. ประกันสังคม
3. ประกันสุขภาพ (30 บาท)
4. ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง/ ประกันชีวิต)

9. ปัจจุบันท่านอยู่กับใคร

- คนเดียว
- บุคคลในครอบครัว ระบุ.....

10. หากมีปัญหาด้านสุขภาพท่านมีผู้ช่วยเหลือดูแลหรือไม่

- ไม่มี
- มี ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัว อะไรบ้าง

1. โรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นโรค.....ปี
2. ความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรค.....ปี
6. อื่น ๆ (ระบุ)..... ระยะเวลาที่เป็นโรค.....ปี

12. ท่านมีบุคคลในครอบครัวที่ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่

- ไม่มี
- มี ระบุ.....

13. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1. สูบ
2. ไม่สูบ
3. เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้วปีเดือน

14. ปัจจุบันท่านดื่มสุราหรือไม่

1. ดื่ม
2. ไม่ดื่ม
3. เคยดื่ม แต่เลิกดื่มแล้ว.....ปี.....เดือน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (สาเหตุของโรค อาการของโรค การรักษา)

1. ใครบ้างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเป็น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - ก. ผู้ที่เป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
 - ข. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้
 - ค. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง
 - ง. ถูกทุกข้อ
2. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - ก. รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม
 - ข. การติดเชื้อไวรัส
 - ค. สูบบุหรี่
 - ง. ความเครียด
3. อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สังเกตได้จาก
 - ก. เจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมีอะไรกดทับ
 - ข. เจ็บร้าวไปที่คอ ขากรรไกร และไหล่ซ้ายเวลาออกแรง
 - ค. หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้
 - ง. ถูกทุกข้อ
4. เมื่อมีอาการหัวใจขาดเลือดท่านควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด
 - ก. ภายใน 30 นาที
 - ข. ภายใน 1 ชม.
 - ค. ภายใน 3 ชม.
 - ง. ภายใน 6 ชม.
5. หากมีอาการหัวใจขาดเลือด แล้วเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา จะเกิดผลอย่างไร
 - ก. แขน ขาอ่อนแรง
 - ข. ชากริ่งซีก ปากเบี้ยว
 - ค. เลือดออกในสมอง
 - ง. ช็อค หหมดสติอาจถึงเสียชีวิต
6. ข้อใดไม่ใช่วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - ก. ให้ยาเคมีบำบัด
 - ข. ผ่าตัดหัวใจ
 - ค. รับประทานยาตลอดชีวิต

ง. สวนหัวใจ

7. ข้อใดเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ก. สูบบุหรี่

ข. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

ค. ลดการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด

ง. ลดปริมาณไขมันในมื้ออาหาร

8. สิ่งที่ท่านควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ก. มาตรฐานตามแพทย์นัด

ข. ลดการรับประทานอาหารทอด

ค. สวดมนต์ นั่งสมาธิ

ง. ถูกทุกข้อ

9. เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอก เหมือนมีของหนัก ๆ กดทับหน้าอกหรือมีอาการเจ็บบริเวณกลางอก หรือหน้าอกด้านซ้าย ร้าว ไปที่ไหล่ ซ้าย แขนซ้าย คอ สะบัก ภายในเวลา 20 นาที ท่านต้องทำอย่างไร

ก. นอนพักนิ่ง ๆ แล้วจะหายไปเอง

ข. แจ้ง 1669 หรือให้ญาตินำส่ง รพ.ทันที

ค. นวดตั้งแต่เท้า ขึ้นมาจนถึงศีรษะ

ง. รอคูอาการสัก 1 วัน แล้วค่อยไป รพ.

10. หากท่านอยู่คนเดียวไม่มีญาติ ในขณะที่ท่านเจ็บหน้าอก ต้องทำอย่างไร

ก. โทรศัพท์แจ้ง 1669

ข. แจ้งเพื่อนบ้านให้รับนำส่ง รพ.

ค. นอนนิ่ง ๆ รอญาติเลิกงานกลับมาค่อยไป รพ.

ง. ข้อ ก. และ ข้อ ข. ถูก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยอื่น

ตอนที่ 3 การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1. ท่านสามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการได้โดยสะดวก					
2. ค่ายาและค่ารักษาโรคไม่แพงเกินกำลังที่ท่านจ่ายได้					
3. ในเขตที่ท่านอาศัยอยู่มีอาสาสมัครสาธารณสุข/ บุคลากรทางสาธารณสุข มาติดตามอาการ และตรวจน้ำตาลในเลือด/ วัดความดัน โลหิต สม่ำเสมอ					
4. สถานบริการที่ท่านรักษามีแผ่นพับ/ เอกสาร แนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้อ่านได้ตามใจชอบ					
5. สถานบริการที่ท่านรักษามีการแนะนำการฝึกปฏิบัติเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของท่าน					
6. สถานบริการที่ท่านรักษามีหน่วยให้คำแนะนำการฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของท่าน					
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียดจากสถานบริการที่ท่านรักษา					

การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด
8. สถานบริการที่ท่านรักษาแจ้ง ผลประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด					

**ตอนที่ 4 การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน**

กรณีที่มีอาการเจ็บหน้าอก หน้าอก เหมือนมีของหนัก ๆ กดทับหน้าอกหรือมีอาการเจ็บ
บริเวณกลางอกหรือหน้าอกด้านซ้าย ร้าว ไปที่ไหล่ ซ้าย แขนซ้าย คอ สะบัก และมักกินเวลาไม่เกิน
20 นาที อาจมีใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลมหมดสติ

การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด
1. ท่านสามารถติดต่อบุคคลใน ครอบครัว/เพื่อน/เพื่อนบ้าน นำส่งโรงพยาบาลได้ทันที					
2. ท่านสามารถติดต่อหมายเลข 1669 ได้ด้วยตนเอง					
3. ท่านสามารถแจ้งบุคคลใน ครอบครัว/เพื่อนบ้านสามารถ ติดต่อหมายเลข 1669 ได้ทันที					
4. ท่านสามารถใช้ระยะเวลาใน การเดินทางไปถึงโรงพยาบาลไม่ เกิน 30 นาที					

การมีทักษะในการสื่อสารแจ้งเหตุ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด
5. ท่านสามารถใช้สิทธิการรักษา ต่าง ๆ ได้ โดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง					
6. ท่านสามารถติดต่ออาสาสมัคร สาธารณสุขที่ดูแลครอบครัวท่าน ได้โดยสะดวก					
7. ท่านมีไลน์กลุ่มสำหรับติดต่อ ขอคำปรึกษาหรือแจ้งเหตุฉุกเฉิน กับทีมหมอครอบครัวที่ดูแล ประจำครอบครัว					
8. หากท่านมีอาการเจ็บหน้าอก ต้องการความช่วยเหลือด่วน สามารถโทรศัพท์ติดต่อทีมหมอ ประจำครอบครัวได้ทันที					

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม

ตอนที่ 5 การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือน การปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด
1. คนในครอบครัว คอยให้ กำลังใจและปลอบใจเมื่อท่านรู้สึก ท้อแท้ ในการดูแลสุขภาพตนเอง					
2. เพื่อน/ เพื่อนบ้าน คอยให้ กำลังใจและปลอบใจเมื่อท่านรู้สึก ท้อแท้ในการดูแลสุขภาพตนเอง					
3. อสม. คอยให้กำลังใจและ ปลอบใจเมื่อนั้นรู้สึกท้อแท้ในการ ดูแลสุขภาพตนเอง					
4. ทีมหมอครอบครัวหรือบุคลากร ทางสาธารณสุข คอยให้กำลังใจ และปลอบใจเมื่อนั้นรู้สึกท้อแท้ใน การดูแลสุขภาพตนเอง					
5. อสม. คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การ กินยาหรือฉีดยาสำหรับรักษา โรคเบาหวาน การกินอาหาร การ ออกกำลังกาย การลดความเครียด เป็นต้น					

การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือน การปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด
6. ทีมหมอครอบครัวยหรือบุคลากร ทางสาธารณสุข คอยให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การกินยาหรือฉีดยาสำหรับ รักษาโรคเบาหวาน การกินอาหาร การออกกำลังกาย การลด ความเครียด เป็นต้น					

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (การบริโภคอาหาร, การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด และการตรวจรักษาตามกำหนด)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ระดับการปฏิบัติ				
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย ๆ	ทุกวัน
การบริโภคอาหารและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง					
1. ท่านรับประทานผักเป็นประจำ					
2. ท่านรับประทานอาหารผลไม้สุกที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน องุ่น มะม่วงสุกเป็นประจำ					
3. ท่านดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำอ้อย น้ำตาลสดหรือเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ					
4. บ่อยครั้ง ท่านกินอาหารทอด อาหารผัดน้ำมันหรือขนม ของทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปาท่องโก๋ เต้าหู้ทอด ผีอกทอด กุ้งช่ายทอด เป็นต้น					
5. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ เช่น แกงเจียวหวาน แกงมัสมั่น					
6. ท่านนิยมปรุงรสอาหารโดยการเพิ่มน้ำปลาหรือเติมเกลือในอาหารเป็นประจำ					
7. ปัจจุบันท่านยังคงสูบบุหรี่					
8. ปัจจุบันท่านยังคงดื่มสุรา					

พฤติกรรมป้องกันการโรค หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ระดับการปฏิบัติ				
	ไม่ เคย	นาน ๆ ครั้ง	ปาน กลาง	บ่อย ๆ	ทุก วัน
การออกกำลังกาย					
9. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ ไม่น้อยกว่า 30 นาที					
10. ท่านออกกำลังกายจนเหงื่อออกอย่าง สม่ำเสมอได้ทุกวัน					
11. ใน 1 สัปดาห์ท่านออกกำลังกายได้เพียง 1 วัน					
การจัดการความเครียด					
12. ท่านผ่อนคลาย ด้วยการออกกำลังกาย เล่น กีฬา					
13. ท่านชอบไปทำบุญ และนั่งสมาธิ					
14. ท่านมีกิจกรรมยามว่าง เช่น ปลูกต้นไม้ ร้อง เพลง เป็นต้น					
15. เมื่อมีความเครียดจะปรึกษาผู้อื่น เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ หรือ เพื่อน					
การตรวจสุขภาพตามนัดและปฏิบัติตาม ข้อแนะนำ					
16. ท่านมาตรวจตรงตามนัด					
17. ท่านรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามแพทย์ สั่ง					
18. ท่านรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และ จัดการความเครียดได้ตามคำแนะนำ					
19. ท่านลดและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ตามคำแนะนำ					