

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

นพณัฐ จำปาเทศ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นพณัฐ จำปาเทศ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

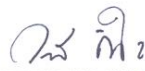
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหทัย รัตนจรณะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีนาน)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหทัย รัตนจรณะ)



.....กรรมการ

(ดร.รวิวรรณ เผ่ากัณหา)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอบางพลี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมทั้งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย และแปลเครื่องมือวิจัยสำหรับโครงการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชกานต์ ทรงไทย พว.อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และ อาจารย์ ดร.สุชีวา วิชัยกุล

คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแค้นบุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

นพณัฐ จำปาเทศ

56920200: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ/ ผู้สูงอายุ/ เมตาบอลิกซินโดรม

นพณัฐ จำปาเทศ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIOR OF CORONARY ARTERY DISEASE PREVENTION AMONG ELDERLY WITH METABOLIC SYNDROME) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วารีย์ กังใจ, พย.ค., สหัชยา รัตนจรณะ, Ph.D. 93 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิจัยเชิงสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 92 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างมาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง ($M = 2.94, SD = 0.32$) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรค ($r = -.57, p < .001$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรค ($r = .56, p < .001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($r = .25, p = .02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยลดการรับรู้อุปสรรค เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

56920200: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S.
(GERONTOLOGY NURSING)

KEYWORDS: HEALTH BEHAVIOR OF CORONARY ARTERY DISEASE PREVENTION/
ELDERLY/ METABOLIC SYNDROM

NOPPHANATH CHUMPATHAT: FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIOR
OF CORONARY ARTERY DISEASE PREVENTION AMONG ELDERLY WITH
METABOLIC SYNDROME. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S,
SAHATTAYA RATTANAJARANA, Ph.D. 93 P. 2018.

Metabolic syndrome may cause elderly to be at risk of coronary artery disease (CAD). Therefore, elderly with metabolic syndrome should have CAD preventive health behavior. Purposes of this correlational research were to examine CAD preventive health behavior and its factors among elderly with metabolic syndrome. Ninety two elderly with metabolic syndrome visiting chronic disease clinics at health promoting hospitals, Bangplee district, Samutprakarn province were selected by cluster random sampling. Data were collected by structured interviews regarding health behavior for CAD prevention, perceived susceptibility to CAD, perceived benefits to, perceived barrier toward, perceived self-efficacy of, and health literacy in CAD preventive health behavior. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were employed for data analysis.

Study results revealed that participants had CAD preventive health behavior at a moderate level ($M = 2.94$, $SD = 0.32$). CAD preventive health behavior was negatively correlated with perceived barriers toward CAS preventive health behavior ($r = -.57$, $p < .001$) but positively associated with perceived self-efficacy of CAS preventive health behavior ($r = .56$, $p < .001$) and perceived susceptibility to CAD ($r = .25$, $p = .02$) significantly.

Findings suggest that nurses and health care professionals might develop program or activities to prevent CAD in elderly with metabolic syndrome. It would be done by reducing their perceived barriers to CAD preventive health behaviors while enhancing their perceived self-efficacy of CAD preventive health behavior and their perceived susceptibility to CAD.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ	10
พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ	17
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	26
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	44
ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะเมตาบอลิกซินโดรม	46
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	46
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	47
5 สรุปและอภิปรายผล	50
การอภิปรายผลการวิจัย.....	51
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	56
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	57
ข้อจำกัดการวิจัย.....	57
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก	65
ภาคผนวก ก.....	66
ภาคผนวก ข.....	68
ภาคผนวก ค.....	73
ภาคผนวก ง	83
ภาคผนวก จ	88
ภาคผนวก ฉ	90
ประวัติย่อของผู้วิจัย	93

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดี 22
2	แนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มประเทศยุโรป 23
3	แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก 24
4	ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสัมภาษณ์ 41
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา 45
6	จำนวน และร้อยละของจำนวนองค์ประกอบที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ เมตาบอลิกซินโดรม 46
7	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 47
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่า p -value แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 48
9	คะแนน และระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 91

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2	The health belief model as predictor of preventive health behavior	26

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากความเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือกระบวนการสูงอายุ (Aging process) ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และถ้าผู้สูงอายุมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร่วมด้วยจะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากยิ่งขึ้น (Butler et al., 2006; Khanam et al., 2012; Mozaffarian, Kamineni, Prineas, & Siskovick, 2008; Pradeepa et al., 2016; Scuteri, Najjar, Morrell, & Lakatta, 2005)

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นภาวะผิดปกติที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่า มีอัตราสูงขึ้นทั่วโลก ดังรายงานจากการศึกษา The Cardiovascular Health ที่รายงานความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก โดยเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ จำนวน 2,175 ราย ในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 2005 พบความชุก ร้อยละ 21.0-28.1 และเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างต่อจนครบ 15 ปี พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31-38 (Mozaffarian et al., 2008; Scuteri et al., 2005) สำหรับความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในยุโรป ได้แก่ การศึกษาจากโครงการ The invecchiare in chianti study ในอิตาลี พบความชุก ร้อยละ 23.2 (Laudisio, Bandinelli, Gemma, Ferrucci, & Incalzi, 2014) และจากโครงการ The Norwegian HUNT 2 Study ในนอร์เวย์ พบความชุก ร้อยละ 34-47 ในเพศชาย และร้อยละ 41-64 ในเพศหญิง (Hildrum, Mykletun, Hole, Midthjell, & Dahl, 2007)

สำหรับความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในเอเชีย เช่น ในอินเดีย พบความชุก ร้อยละ 45.9 (Pradeepa et al., 2016) ส่วนในญี่ปุ่นพบความชุกของผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 14.8 และเพศหญิง ร้อยละ 23.9 (Arai et al., 2010) ข้อมูลความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในประเทศไทย เช่น ในจังหวัดหนองคายพบความชุก ร้อยละ 15.4 ในเพศชาย และร้อยละ 59.3 ในเพศหญิง (Kaewtrakulpong, 2008) ในจังหวัดขอนแก่นพบความชุก ร้อยละ 21.2 ในผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 26.7 ในเพศหญิง (Pongchaiyakul, Nguyen, Wanothayaroj, Karusan, & Klungboonkrong, 2007) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา พบความชุก ร้อยละ 30.1 (พรทิพย์ มาลาธรรม, ขวัญใจ สิทธินอก, พรรณวดี พุชวัฒน์ และ นัศรประอร งามอุโฆษ, 2554)

จากข้อมูลความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ตลอดจนกระบวนการสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

มากยิ่งขึ้น ดังการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และพบภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีอำนาจการทำนายการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 38 (Hazard Ratio 1.38 [95% CI 1.06-1.79, $p < .001$]) (Butler et al., 2006) และร้อยละ 19.9 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในสหรัฐอเมริกา เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วย Coronary event (Myocardial infarction, Angina, Percutaneous or surgical revascularization) และร้อยละ 9.1 เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและหรือเสียชีวิตด้วยภาวะที่เกี่ยวกับหัวใจและหัวใจวาย ร้อยละ 10.0 ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะเกิด Coronary event ร้อยละ 12.9 และร้อยละ 5.7 เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และหรือเสียชีวิตด้วยหัวใจวาย ร้อยละ 6.1 (Mozaffarian et al., 2008) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 3 เท่า (Odds ratio = 2.93 [95% CI 1.3-6.8]) (Pradeepa et al., 2016)

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้นนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง โดยมีแนวปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพจากหลากหลายองค์กร เช่น แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดี (A heart healthy lifestyle) ที่แนะนำโดย American Heart Association และแนวทางเพื่อป้องกันโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มประเทศยุโรป (World Health Organization [WHO], 2007; American Heart Association [AHA], 2013; Perk et al., 2012) ที่เสนอแนวปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนัก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ในการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิตจำเป็นต้องใช้วิธีการหรือกลยุทธ์เพื่อจัดกิจกรรมหรือพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลจะมีปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการที่จะมีพฤติกรรมนั้น ๆ โดยที่การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุดังกล่าวมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีหรือไม่ โดยมีปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefits) การรับรู้

อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการมีพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived self-efficacy)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Yue, Li, Weilin, and Bin (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในประเทศจีนที่รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่กินยาในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มที่รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง ภูแมนเขียน (2556) พบว่า การรับรู้ประโยชน์และความสามารถของตนเองในการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Lim, Noh, and Kim (2015) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเกาหลี และการศึกษาในนิวซีแลนด์ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์มาก จะเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจหรือเข้าร่วมเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอ (Horwood, Williams, & Mandic, 2015) และการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ (2557) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อถักของ กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา (2553) ซึ่งรวบรวมการศึกษาที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 พบการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lo, Chair, and Lee (2015) ที่ศึกษาผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุในฮ่องกง และ/หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันเนื่องจากมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น ความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงระดับความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม และเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ

และใช้ข้อมูลในการที่จะส่งเสริมสุขภาพ และมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ความรู้ทางสุขภาพยังเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคล และความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตน เพื่อที่จะพัฒนาสุขภาพทั้งของตนเอง และชุมชน ความรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 1998; Nutbeam, 2000) มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของบุคคลอายุระหว่าง 20-64 ปี ในญี่ปุ่น (Suka et al., 2015) และการศึกษาผู้สูงอายุชาวจีนพบความเกี่ยวข้องระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ กลุ่มที่สูบบุหรี่ดื่มสุราเป็นประจำจะมีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ และหรือไม่ดื่มสุรา กลุ่มที่ออกกำลังกาย และไปตรวจสุขภาพเป็นประจำจะมีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพมากกว่า (Liu, Liu, Li, & Chen, 2015) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศไทย ในจังหวัดอุบลราชธานี (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558)

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งยังไม่พบการศึกษามาก่อน ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในหลอดเลือดผิดปกติได้รับการดูแลรักษาโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ทั้งคัดกรองและการจัดการการเจ็บป่วยในแต่ละองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เช่น การคัดกรองความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยที่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแนวโน้มที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร่วมด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีไม่มาก โดยการศึกษาจะเป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดผิดปกติ รวมทั้งภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพหรือผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน และจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และยังสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

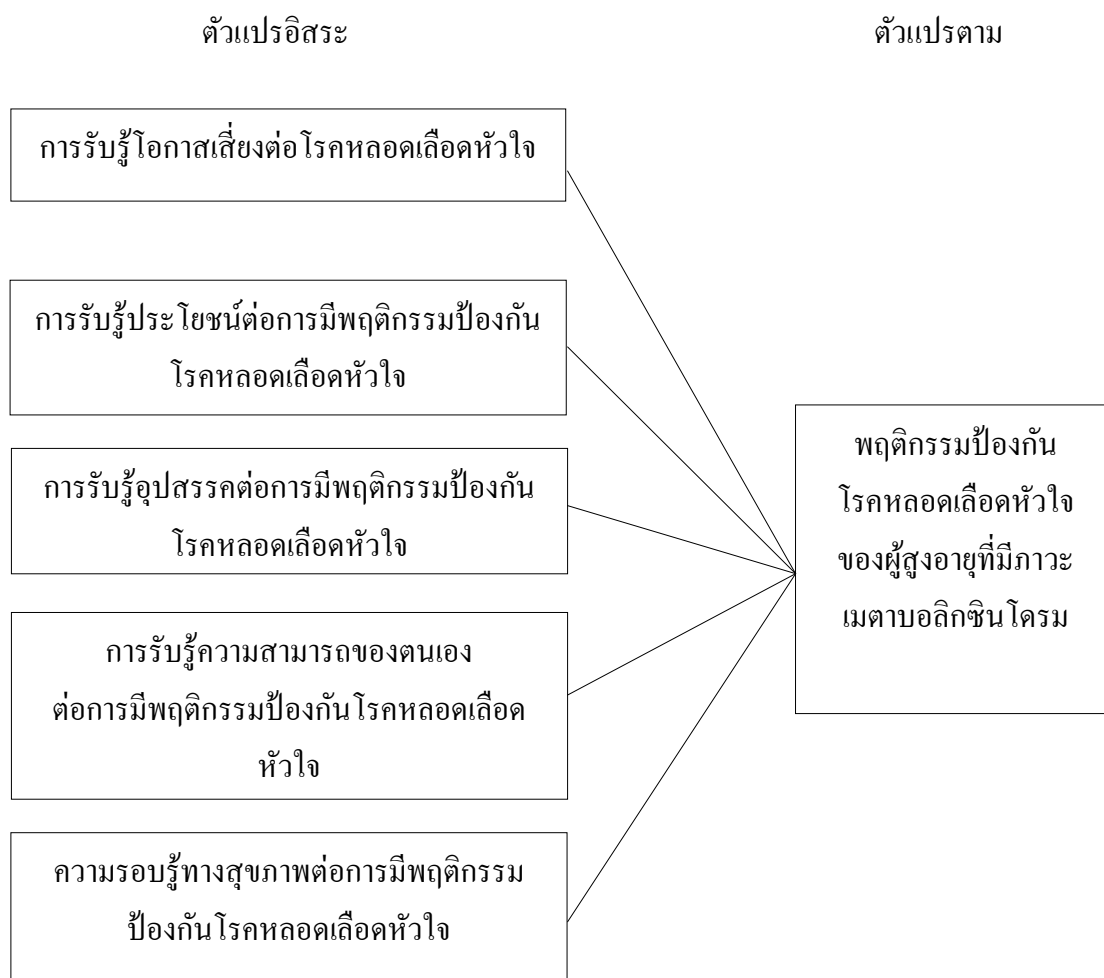
สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
2. การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
3. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
5. ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจ และหลอดเลือดของผู้สูงอายุร่วมกับการมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่ายขึ้น ประเด็นที่สามารถส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับอันตรายหรือเกิดโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ การส่งเสริมการให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น มีแนวคิดทฤษฎีที่พยายามอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) โดยคัดเลือกปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Benefit of action) การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Barriers to action) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-efficacy) และจากการทบทวนวรรณกรรมจึงเลือกปัจจัยความรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Health literacy) เป็นปัจจัยที่เพิ่มเติมอีก 1 ปัจจัย สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประยุกต์ใช้ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013) ซึ่งมีองค์ประกอบของพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียด

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster random sampling ซึ่งสุ่มได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หนองปรือ จำนวน 92 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับกระบวนการทางชีวเคมี (Biochemical process) ของร่างกาย ประกอบด้วย ความผิดปกติของความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด รวมทั้งภาวะอ้วนลงพุง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความผิดปกติขององค์ประกอบการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 3 องค์ประกอบ จาก 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง 2) ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด 3) เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศชาย หรือ < 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศหญิงหรือใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ 4) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5) ค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร > 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมตามแนวปฏิบัติที่เสนอโดย American Heart Association [AHA] (2013) ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของตนเอง ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียด ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ

American Heart Association [AHA] (2013)

การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมถึงอุปสรรคของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางร่างกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียด ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิต เพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013)

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมถึงความสามารถของตนเอง ที่ทำให้สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางร่างกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียด ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013)

ความรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล รวมทั้งคิดวิเคราะห์ข้อมูล ในการที่จะส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน All Aspects of Health Literacy Scale [AAHLS] ของ Chinn and McCarthy (2013) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam (2000)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ครอบคลุมหัวข้อเนื้อหา ดังนี้

1. ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มี

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยความผิดปกติเกี่ยวกับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมัน รวมทั้งภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งทุกองค์ประกอบเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย (Ageing process) ร่วมด้วย ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ความหมายและการวินิจฉัยของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น เบาหวานหรือโรคหลอดเลือดสมอง โดยความหมายคำว่า “เมตาบอลิก” จะหมายถึง กระบวนการทางชีวเคมี (Biochemical process) ของร่างกาย (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2016) ซึ่งกลุ่มอาการผิดปกติดังกล่าว ได้แก่ ความผิดปกติของความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด รวมทั้งภาวะอ้วนลงพุง (Alberti et al., 2009; Grundy et al., 2005) การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเริ่มมีครั้งแรกในปี ค.ศ. 1998 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ต่อมามีการกำหนดเกณฑ์วินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยหลายองค์กรซึ่งมีรายละเอียดของเกณฑ์วินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจากองค์กรต่าง ๆ ดังนี้

1. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมขององค์การอนามัยโลก กำหนดให้ภาวะคืออินซูลิน และ/ หรือการเสี่ยงหรือเป็นโรคเบาหวาน (Glucose intolerance, Impair glucose

tolerance หรือ Diabetes mellitus และ/ หรือ Insulin resistance) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องมีร่วมกับอีกอย่างน้อย 2 องค์ประกอบ จาก 4 องค์ประกอบ (WHO, 1999) ดังนี้

1.1 ดัชนีมวลกาย (Body mass index) ≥ 30 กิโลกรัม/ เมตร² หรืออัตราส่วนระหว่างความยาวเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพก (Waist to hip ratio) > 0.9 (เพศชาย) หรือ > 0.85 (เพศหญิง)

1.2 ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร และ/ หรือเอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 35 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (เพศชาย) หรือ < 39 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (เพศหญิง)

1.3 ความดันโลหิต $\geq 140/ 90$ มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิต

1.4 อัตราการขับอัลบูมินในปัสสาวะ (Urinary albumin excretion rate) ≥ 20 ไมโครกรัม/ นาที หรืออัตราส่วนของอัลบูมิน/ ครีตินิน ≥ 30 มิลลิกรัม/ กรัม

2. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ของ NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) ให้หลักการ คือ ต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 องค์ประกอบ ใน 5 องค์ประกอบ (Grundey et al., 2005) ต่อไปนี้

2.1 ความยาวเส้นรอบเอว (Waist circumference) ≥ 102 เซนติเมตร หรือ ≥ 40 นิ้ว (เพศชาย) หรือ ≥ 88 เซนติเมตร หรือ ≥ 35 นิ้ว (เพศหญิง)

2.2 ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.7 มิลลิโมล/ ลิตร) หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด

2.3 เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 40 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.03 มิลลิโมล/ ลิตร เพศชาย) หรือ < 50 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.3 มิลลิโมล/ ลิตร เพศหญิง) หรือใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ

2.4 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.5 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร หรือใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

3. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของ IDF (International Diabetes Federation) ใช้ภาวะอ้วนลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอวของแต่ละเชื้อชาติ และประเทศ ดังนี้ กลุ่มประเทศในยุโรป ≥ 94 เซนติเมตร ในเพศชาย ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิงและกลุ่มประเทศในเอเชีย ≥ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องมีใน 3 องค์ประกอบ จาก 5 องค์ประกอบ (Alberti, Zimmet, & Shaw, 2006) ดังนี้

3.1 ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.7 มิลลิโมล/ ลิตร) หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด

3.2 เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 40 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.03 มิลลิโมล/ ลิตร ในเพศชาย) หรือ < 50 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.29 มิลลิโมล/ ลิตร ในเพศหญิง) หรือใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ

3.3 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก \geq 130 มิลลิเมตรปรอทหรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก \geq 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิต หรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

3.4 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร \geq 100 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (5.6 มิลลิโมล/ ลิตร) หรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

4. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยความร่วมมือระหว่าง IDF และ AHA/ NHLBI (American Heart Association/ National Heart Lung Blood Institute) ใช้เกณฑ์การมี 3 องค์ประกอบ ใน 5 องค์ประกอบ (Alberti et al., 2009) ดังนี้

4.1 ความยาวเส้นรอบเอวของแต่ละเชื้อชาติและประเทศ ยุโรป \geq 94 เซนติเมตร ในเพศชาย \geq 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง สำหรับคนเอเชีย คือ > 90 เซนติเมตร ในเพศชาย > 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง และที่อื่น ๆ ให้ใช้ตามเกณฑ์ในแต่ละประเทศตาม IDF

4.2 ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด \geq 150 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.7 มิลลิโมล/ ลิตร) หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด

4.3 เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 40 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.03 มิลลิโมล/ ลิตร ในเพศชาย) หรือ < 50 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร (1.29 มิลลิโมล/ ลิตร ในเพศหญิง) หรือใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ

4.4 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก \geq 130 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก \geq 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

4.5 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร \geq 100 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร หรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

จากเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1998 และต่อมามีการเสนอเกณฑ์การวินิจฉัยจากองค์กรต่าง ๆ จนล่าสุดในปี ค.ศ. 2009 ด้วยความร่วมมือระหว่าง IDF และ AHA/ NHLBI (American Heart Association/ National Heart Lung Blood Institute) กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย คือ การมี 3 ใน 5 องค์ประกอบ ตามที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยล่าสุดในการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

สถานการณ์ของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุที่มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมัน (Visceral adipose tissue) บริเวณกลางลำตัวเพิ่มขึ้น กระตุ้นให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายโดยเฉพาะภาวะคือ อินซูลิน รวมทั้งกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง Free fatty acid และไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (Arai et al., 2010; Hildrum et al., 2007; Kaewtrakulpong, 2008; Pongchaiyakul et al., 2007)

การศึกษาความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุทั้งต่างประเทศและในประเทศ เช่น การศึกษาในสหรัฐอเมริกาและลาตินอเมริกา ได้แก่ การศึกษา The cardiovascular health study ในสหรัฐอเมริกา โดยการติดตามผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,175 ราย เป็นระยะเวลา 4.1 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 ซึ่งเป็นการรายงานความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก โดยพบความชุก ร้อยละ 21.0-28.1 และเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 15 ปี พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31-38 และพบความชุก ร้อยละ 38 จากรายงานวิจัยจากโครงการ The health aging, and body composition study ที่ติดตามผู้สูงอายุสุขภาพดี (อายุระหว่าง 70-79 ปี) จำนวน 3,035 ราย เป็นระยะเวลา 6 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997-1998 (Butler et al., 2006; Mozaffarian et al., 2008; Scuteri et al., 2005) การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในผู้สูงอายุ จำนวน 243 ราย ในบราซิล พบความชุก ร้อยละ 45.2-69.1 นอกจากนี้ยังมีข้อมูลการศึกษา National health survey ระหว่างปี ค.ศ. 2009-2010 ในผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,007 ราย ในชิลี พบความชุกร้อยละ 57.2 (Dussailant et al., 2016; Saad, Cardoso, Martins, Velarde, & Filho, 2013)

การศึกษาความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุในทวีปยุโรป ได้แก่ โครงการ The Invecchiare in chianti study ศึกษาความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยการติดตามผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ในอิตาลี จำนวน 1,155 ราย เป็นระยะเวลา 3 ปี พบความชุก ร้อยละ 23.2 (Laudisio et al., 2014) ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จากโครงการ The Norwegian HUNT 2 study จำนวน 2,959 ราย ในนอร์เวย์พบความชุก ร้อยละ 34-47 ในเพศชาย และร้อยละ 41-64 ในเพศหญิง (Hildrum et al., 2007) การศึกษาในตุรกี ที่ศึกษาผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) จำนวน 266 ราย พบความชุกร้อยละ 61.7 (Van Putten et al., 2011)

สำหรับการศึกษาในทวีปเอเชียพบการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในอินเดีย ซึ่งศึกษาจากผู้สูงอายุ จำนวน 222 ราย โดยมีความชุก ร้อยละ 45.9 (Pradeepa et al., 2016) ในขณะที่การศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 456 ราย จากโครงการวิจัย Poverty and health in ageing ระหว่างปี ค.ศ. 2003-2004 ในบังกลาเทศ พบความชุก ร้อยละ 19.5 (Khanam et al.,

2012) และยังมีการศึกษาภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ในไต้หวัน พบความชุก ร้อยละ 23.2-38.7 และจากการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจาก National survey จำนวนผู้สูงอายุ 1,181 ราย พบความชุก ร้อยละ 34.3 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ จำนวน 888 ราย ระหว่างปี ค.ศ. 2007-2010 โดยติดตามเป็นระยะเวลา 2.8 ปี พบความชุก ร้อยละ 23.2 และการศึกษาโดยการติดตามผู้สูงอายุที่มาตรวจสุขภาพที่ National Taiwan University Hospital ระหว่างปี ค.ศ. 2002-2005 จำนวน 1,456 ราย เป็นระยะเวลา 3.15 ปี พบความชุก ร้อยละ 38.7 (Cheng et al., 2012; Tsou & Chang, 2013; Lin et al., 2013) การศึกษาในญี่ปุ่นในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 649 ราย พบความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 14.8 ในเพศชาย และร้อยละ 23.9 ในเพศหญิง (Arai et al., 2010)

สำหรับการศึกษาความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่อายุในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ รวมกัน เช่น การศึกษาในผู้ที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 1,004 คน โดยเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 53 คน พบความชุก ร้อยละ 15.4 ในเพศชาย และร้อยละ 59.3 ในเพศหญิง โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี (Kaewtrakulpong, 2008) และจากข้อมูลผู้ที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลขอนแก่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ จำนวน 612 ราย โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 63 ราย พบความชุก ร้อยละ 21.2 ในเพศชาย และร้อยละ 26.7 ในเพศหญิง (Pongchaiyakul et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา ในกลุ่มอายุระหว่าง 20-88 ปี (อายุเฉลี่ย 56.4 ปี) พบความชุก ร้อยละ 30.1 (พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ, 2554)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าอัตราการเป็นภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบในผู้สูงอายุเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นแนวโน้มในทิศทางเดียวกันทั้งในและต่างประเทศ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเบาหวาน นอกจากกระบวนการสูงอายุล้วนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ นอกจากนี้ถ้าผู้สูงอายุมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร่วมด้วย จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากยิ่งขึ้น (Butler et al., 2006; Khanam et al., 2012; Mozaffarian et al., 2008; Pradeepa et al., 2016; Scuteri et al., 2005)

จากการศึกษา The cardiovascular health study ในสหรัฐอเมริกา โดยการติดตามผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989-2004 จำนวน 2,175 ราย โดยการเปรียบเทียบการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ที่มี และไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (ร้อยละ 29.3 และ 17.2 ตามลำดับ) และสรุปผลการศึกษาว่า ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัจจัยทำนายสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 38 (Hazard ratio 1.38 [95% CI 1.06-1.79, $p < .001$]) และเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะ 15 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 1.2 เท่า (Relative risk ratio = 1.22 [95% CI 1.11-1.34]) และจากรายงานผลการวิจัยในปี ค.ศ. 2006 จากโครงการ The health aging, and body composition study ในสหรัฐอเมริกา โดยการติดตามผู้สูงอายุสุขภาพดีระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 3,035 ราย เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิด Coronary event ระหว่างผู้ที่มี และไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า ร้อยละ 19.9 ของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วย Coronary event (Myocardial infarction, Angina, Percutaneous or surgical revascularization) ร้อยละ 9.1 เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) นอกจากนี้ยังพบภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 10.0 ในขณะที่ร้อยละ 12.9 ของผู้ที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะเกิด Coronary event และร้อยละ 5.7 เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) และร้อยละ 6.1 พบภาวะหัวใจวาย (Butler et al., 2006; Mozaffarian et al., 2008; Scuteri et al., 2005)

ข้อมูลจากการศึกษาในโครงการ The Invecchiare in chianti study ศึกษาโดยการติดตามกลุ่มตัวอย่างอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นระยะเวลา 3 ปี จำนวน 1,155 ราย ในอิตาลี ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 12.3 มีภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 10.4 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.3 ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 5.4 มีภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 3.5 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.8 (Laudisio et al., 2014)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุในทวีปเอเชีย จากการศึกษาผู้สูงอายุในอินเดีย จำนวน 222 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 3 เท่า (Odds ratio = 2.93 [95% CI 1.3-6.8]) (Pradeepa et al., 2016) และจากการศึกษาในผู้สูงอายุในบังกลาเทศ จำนวน 456 ราย โดยติดตามนาน 4.93 ปี จากโครงการวิจัย Poverty and health in ageing ระหว่างปี ค.ศ. 2003-2004 พบอัตราการรอดชีพ (Survival rate) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 78.8 ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 81.8 นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีโอกาสเสียชีวิต

(Hazard ratio of death) มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 1.17 เท่า (Hazard ratio = 1.17 [95% CI 0.70-1.98]) โดยสาเหตุที่เสียชีวิตคือ ความผิดปกติระบบไหลเวียน ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มี และไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามลำดับ (Khanam et al., 2012)

สำหรับความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1. ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้หลอดเลือดแดงแข็ง เป็นผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ภาวะความดันโลหิตสูง การที่ความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง มีผลให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและโรคเบาหวานหรือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือการมีโรคเบาหวาน หรือมีภาวะความทนกลูโคสผิดปกติ และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารผิดปกติ ทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็ก (Microvascular) ได้แก่ Retinopathy, Nephropathy และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งโรคหลอดเลือดส่วนปลาย

4. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือระดับไขมันในเลือดที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงตีบ การสลายตัวของไตรกลีเซอไรด์ จะได้กรดไขมันอิสระเพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อนำไปใช้ และดับนำไปเปลี่ยนเป็นกลูโคสเพื่อเป็นพลังงาน และนำไปสร้างไขมันขึ้นใหม่ หรือเก็บเป็นไขมันสะสมอยู่ในเซลล์ไขมัน แอลดีแอลคอเลสเตอรอลจะจับกับสารอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นของเสียเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาในร่างกายแล้วแปลงลักษณะเป็นแอลดีแอลคอเลสเตอรอลที่ไวต่อการอักเสบทำให้หลอดเลือดแดงตีบลงผนังหลอดเลือดจะเปราะแตกง่าย และถ้ามีแอลดีแอลคอเลสเตอรอลที่ไวต่อการอักเสบมากเกินไปจะถูกสะสมที่ผนังหลอดเลือดผลลัพท์คือ หลอดเลือดแดงตีบตัน ในขณะที่เอชดีแอลคอเลสเตอรอลเป็นคอเลสเตอรอลที่ถูกนำออกจากเซลล์หรืออวัยวะต่าง ๆ เพื่อส่งกลับไปตีบไปใช้ประโยชน์ในการขนย้ายคอเลสเตอรอลจากไขมันตัวร้ายที่สะสมอยู่ให้สลายไป

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เพิ่มขึ้น นอกจากความสูงอายุแล้ว องค์ประกอบต่าง ๆ ที่ประกอบกันจนเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นกัน

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

ความหมายและสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Disease [CAD] or Coronary Heart Disease [CHD]) เป็นโรคของความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และ/หรือเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการ และอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงตีบ ร้อยละ 50 หรือมากกว่า ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Jackson, Nanette, & Wenger, 2011) ข้อมูลอัตราการเกิด Coronary heart disease ในประชาชนอเมริกันกลุ่มอายุ 60-79 ปี มีอัตราร้อยละ 21.1 ในเพศชาย และร้อยละ 10.6 ในเพศหญิง และมีอัตราสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป คือ มีอัตราร้อยละ 34.6 ในเพศชาย และร้อยละ 18.6 ในเพศหญิง โดยจะมีภาวะ Heart attack ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 64.7 ปี ในเพศชาย และ 72.2 ปี ในเพศหญิง อัตราการเสียชีวิตด้วย Coronary heart disease ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 80 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (AHA, 2013)

สำหรับข้อมูลจากสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงสุด เท่ากับ 223/ 100,000 (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ และภาควิชา จงพิริยะอนันต์, 2556) การศึกษาข้อมูลโรงพยาบาลที่ส่งเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 1 ใน 5 ของสาเหตุที่ผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยในกลุ่มอายุ 60-79 ปี เป็นสาเหตุอันดับที่ 1 จำนวน 99,291-107,066 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 13.3-15.1 (Kiatchoosakun, Sutra, & Thepsuthammarat, 2012) นอกจากนี้ยังมีข้อมูลอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 ในผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 132.966/ 100,000 กลุ่มอายุ 65-69 ปี มีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 201.834/ 100,000 กลุ่มอายุ 70-74 ปี มีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 328.988/ 100,000 กลุ่มอายุ 75-79 ปี มีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 644.298/ 100,000 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 2102.22/ 100,000 (Health Grove By Graphiq, 2017)

การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนโครงสร้าง และหน้าที่ของหัวใจซึ่งอาจไม่ส่งผลร้ายแรงต่อผู้สูงอายุ แต่ส่งผลทำให้สมรรถนะการทำงานของหัวใจลดลง เช่น การสำรองความสมดุลภายในหัวใจ (Cardiac homeostatic reserve) และความสามารถของการออกกำลังกายโดยใช้ออกซิเจนสูงสุด (Maximum aerobic exercise) ภาวะหัวใจเต้นสั้นพัก

(Atrial fibrillation or AF) และภาวะของการทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายว่างเพื่อรอรับเลือด (Left ventricular filling phase) ลดลงหรือสูญเสียหน้าที่ (Stott & Quinn, 2012) ในขณะที่พักผู้สูงอายุที่สุขภาพดีจะมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจในช่วงการบีบตัว (Systolic function) หรือปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) เพียงเล็กน้อย แต่จะเปลี่ยนแปลงชัดเจนในเรื่องการทำงานของหัวใจในช่วงคลายตัว (Diastolic function) (Stott & Quinn, 2012) ส่งผลให้การรับเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเปลี่ยนแปลงไป คือ ซ้ำลงและปริมาณเลือดที่ผ่านลิ้นหัวใจไมตรัล (Mitral valve) ลดลง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งตามองค์ประกอบของหัวใจดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อหัวใจและระบบสื่อไฟฟ้าหัวใจ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นพบว่า มีการสะสมของอะมัยลอยด์ (Amyloid) เป็นสารจำพวก โปรตีน มีการสะสมของไลโปฟุซิน (Lipofuscin) ทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผนังหัวใจหนาขึ้น โดยเฉพาะผนังหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การเปลี่ยนแปลงของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายนี้มีความสำคัญต่อระบบไหลเวียนโลหิตมาก เมื่อกลิ้มเนื้อหัวใจหนาหัวใจห้องล่างซ้ายจะโต ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาในที่สุดทำให้มวลรวมของหัวใจจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 จากอายุ 20 จนถึง 80 ปี และเกิดผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว (Left Ventricular Hypertrophy [LVH]) ทำให้การบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปผ่านทางหลอดเลือดแดงเอออร์ตา เพื่อเลี้ยงร่างกายน้อยลง ส่งผลให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น รวมทั้งเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจไมโอไซท์มีจำนวนลดลง ร่วมด้วยกับมีขนาดใหญ่ขึ้น และภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีการสะสมของอะมัยลอยด์ โดยทั่วไปจะไม่มีอาการใด ๆ แต่บางรายพบว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจมีการสะสมของอะมัยลอยด์ โดยทั่วไปจะไม่มีอาการใด ๆ แต่บางรายพบว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจมีการสะสมของอะมัยลอยด์ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือ หัวใจล้มเหลวได้หรือสามารถส่งผลกระทบต่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำให้มีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่ำลง (Low voltage complex) ส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น การบีบตัวของหัวใจลดลง (Stott & Quinn, 2012)

สำหรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสื่อไฟฟ้าหัวใจในผู้สูงอายุ จำนวนเซลล์ในการสร้างคลื่นไฟฟ้าหัวใจเองได้ (Pacemaker cells) ที่บริเวณไซโนเอเทรียม (Sinoatrial node) น้อยลง ทำให้การส่งกระแสไฟฟ้ามีความผิดปกติ อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าสลับเต้นเร็ว (Sick sinus syndrome) เป็นภาวะที่จังหวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ (Bradycardia or atrioventricular block) และหัวใจห้องบนเต้นเร็วไม่เป็นจังหวะ (Atrial tachycardia or atrial flutter or atrial fibrillation) และหัวใจห้องล่างเต้นไม่เป็นจังหวะ (Ventricular arrhythmia) (Stott & Quinn, 2012) การเคลื่อนย้ายของแคลเซียมไอออนที่เชื่อมหุ้มเซลล์ที่กล้ามเนื้อหัวใจเปลี่ยนแปลงนอกจากมีการสูญเสียจำนวนของเซลล์ในการสร้างคลื่นไฟฟ้าหัวใจเองได้ บริเวณไซโนเอเทรียมแล้วยังมีการสะสมของคอลลาเจนและเนื้อเยื่อเส้นใย (Fibrous tissue) ที่บริเวณเนื้อเยื่อนำกระแสไฟฟ้าที่หัวใจห้องล่าง (Ventricular

conducting tissue) และเซลล์ในการสร้างคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอง ได้ลดลงด้วยร่วมกับการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อเส้นใยในการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจ (Conducting pathway) อาจส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะในผู้สูงอายุได้

2. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ภาวะหลอดเลือดที่แข็งทำให้เกิดแรงต้านในของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจต้องพยายามเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 ครั้ง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น การเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดได้แก่ หลอดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือด 2 ชั้น คือ ผนังหลอดเลือดชั้นในและผนังหลอดเลือดชั้นกลาง ส่วนผนังหลอดเลือดชั้นนอกพบการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ชัดเจนมากนัก (Miller, 2012) เซลล์เยื่อภายใน (Endothelial cell) ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในของหลอดเลือดแดงมีการเรียงตัวเปลี่ยนไป ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ เลือดไหลเวียนไม่สะดวกหรือมีไขมันสะสมร่วมด้วย ผนังหลอดเลือดชั้นในจะเปลี่ยนแปลงจนเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งหรือยึดหยุ่นไม่ดี ทำให้หลอดเลือดสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการควบคุมไขมันและสารประกอบต่าง ๆ ในเลือดไม่ให้ออกมาทางผนังหลอดเลือดชั้นนอก เซลล์เยื่อภายในหลอดเลือดจะช่วยให้เลือดไหลเวียนสะดวก ไม่เกิดการเป็นลิ่มเลือดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผนังหลอดเลือดชั้นในจะหนาตัวขึ้นและมีขนาดและรูปร่างเปลี่ยนไป (Cellular proliferation) ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมัน แคลเซียม และพังผืดทำให้ผนังหลอดเลือดยืดขยาย (Dilate and elongate) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งในผนังหลอดเลือดชั้นกลาง (Tunica media) มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นในในผู้สูงอายุ ได้แก่ มีคอลลาเจนสะสมมากขึ้น มีการสะสมแคลเซียมที่ร่างแหอีลาสติน (Elastin fiber) ส่งผลต่อความผิดปกติต่าง ๆ เช่น แรงดันขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) จะสูงขึ้น การไหลเวียนของเลือดไปสู่อวัยวะสำคัญลดลง ส่วนผนังหลอดเลือดชั้นนอก (Tunica adventitia) จะเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยในผู้สูงอายุสำหรับหลอดเลือดดำจะหนาตัวและมีการขยายตัวมากขึ้น อีลาสตินน้อยลง และลิ้นของหลอดเลือดดำใหญ่ที่ขาที่มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดังนั้นเลือดจึงไหลกลับหัวใจได้ไม่ดี (Miller, 2012)

การเปลี่ยนแปลงหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ที่ส่งผลทำให้สมรรถนะการทำงานของหัวใจลดลงและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อชะลอความเสื่อมของกล้ามเนื้อหัวใจ และหลอดเลือดหัวใจ และลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

การจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ถูกต้อง เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไขมันหรือให้พลังงานสูงเกินความจำเป็นของร่างกาย เป็นต้น โดยมีรายละเอียดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ดังนี้

1. การรับประทานผักและผลไม้ที่เพียงพอ ผลกระทบที่สำคัญต่อการบริโภคผักและผลไม้ น้อย แต่บริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงจะส่งผลให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานผักผลไม้ รวมทั้งถั่วเมล็ดแห้งอย่างสม่ำเสมอเป็นอาหารที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากร่างกายจะได้รับใยอาหารอย่างเพียงพอ และไขมันในถั่วเมล็ดแห้งเป็นกรดไขมันคุณภาพดี เช่น อาหารจำพวกธัญพืช ข้าว ข้าวโพดและเมล็ดพืชประเภทต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลืองถั่วแดง ถั่วดำ แอลมอนด์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ วอลนัท ตลอดจนน้ำมันพืชต่าง ๆ และอุดมด้วยสารพฤกษเคมี (Phytochemicals) ที่มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ

2. การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย การไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 22-23 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15 การไม่มีกิจกรรมทางกายหรือไม่ออกกำลังกายจะทำให้การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เพราะการขาดการออกกำลังกายจะนำไปสู่การเกิดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้นด้วย การออกกำลังกายจะหมายถึงรวมถึงการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน การมีกิจกรรมประจำวันที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายด้วย คนที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีชีพจรช้าลง ความดันโลหิตต่ำลงทั้งในขณะที่นั่งพักและขณะที่ออกกำลังกายทั้งค่าความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจรจะเป็นตัววัดความต้องการออกซิเจนของหัวใจ เมื่อค่าทั้งสองต่ำลงจะเท่ากับว่า ความต้องการออกซิเจนของหัวใจลดลง และสามารถเพิ่มความแข็งแรงของการออกกำลังกายได้ เพื่อให้ร่างกายมีประสิทธิภาพดีขึ้น ร่างกายจะสามารถทนต่อการออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ ได้ดีขึ้น โดยขณะออกกำลังกายชีพจรจะช้าลงสมรรถภาพของหัวใจจะดีขึ้น สามารถมีชีวิตและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ จะเป็นไปได้ดี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จะทำให้โอกาสจะหกล้มน้อยลงจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง นอกจากนี้การออกกำลังกายยังเป็นการเสริมสร้างกระดูกให้แข็งแรง ป้องกันภาวะกระดูกพรุน พบว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ในการช่วยป้องกันและควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นประจำยังมีผลเพิ่มความสามารถการละลายลิ่มเลือด และปรับปรุงการทำงานของเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดดีขึ้น

3. การไม่สูบบุหรี่ โดยที่บุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งรวมถึงผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น รวมทั้งผู้ที่บริโภคยาสูบแบบไม่มีควันชนิดต่าง ๆ เช่น ยาสูบ ยาเส้น ตลอดจนผู้ที่เคยสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน และเพิ่งเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่นาน เนื่องจากพบว่า หลังจากหยุดสูบบุหรี่หยุดสูบได้อย่างน้อย 10 ปี จึงจะมีปัจจัย

เสี่ยงต่อโรคหัวใจใกล้เคียงกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และต้องเลิกสูบบุหรี่นานติดต่อกันมากกว่า 15 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจจึงจะลดลงเหลือเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ผลจากการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ โดยที่นิโคตินมีผลโดยตรงต่ออหวมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนพริน และทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดงหดตีบตันเพิ่มระดับไขมันในเลือด การทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง สารคาร์บอนมอนอกไซด์ จะทำลายคุณสมบัติในการนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อย เป็นผลทำให้หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้น ทำงานมากขึ้น เพื่อจะสูบน้ำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอ นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนได้ง่าย เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่ชั้นในของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่แล้วเกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสและสิ่งเร้าจากภายใน เช่น สิ่งที่เป็นใจนึกคิดมากระทบ หู ตา จมูก ลิ้น กาย และใจก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้าเหล่านั้น ๆ ความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานาน

แนวคิดและแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เสนอพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น แนวคิดของการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน (Lifestyle modification) เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมการสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง และการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพจะช่วยลดระดับความดันโลหิต คอเลสเตอรอล และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะมีประโยชน์ในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2007) การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีตัวอย่างโปรแกรมการปรับพฤติกรรม ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดี (A heart healthy lifestyle) แนะนำโดย American Heart Association [AHA] (2013) ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ การมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียด โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดี (AHA, 2013)

ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดี	รายละเอียด
1. การหยุดสูบบุหรี่	การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่ และใน 1 ปี หลังหยุดสูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ยังสูบบุหรี่อยู่ พบว่า ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดลดลงครึ่งหนึ่ง
2. การปรับเปลี่ยนอาหาร	<p>2.1 อาหารที่ประกอบด้วย วิตามิน แร่ธาตุ ใยอาหาร และสารอาหารที่ให้พลังงานต่ำ เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวไม่ขัดสี ปลา ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ เป็นต้น</p> <p>2.2 น้ำหนักไม่ให้อ้วนเกินไป รวมทั้งเลือกอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ (Low salt)</p> <p>2.3 เลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และลดบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของ Saturated fat, Trans fat</p>
3. การควบคุมความดันโลหิต	ลดบริโภคเกลือ ออกกำลังกาย และรับประทานยาตามแพทย์แนะนำจะช่วยให้คงระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินไป
4. การมีกิจกรรมทางกาย	<p>4.1 ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิต คอเลสเตอรอล และช่วยควบคุมน้ำหนัก ควรเลือกการออกกำลังกายในผู้สูงอายุให้เหมาะสม ซึ่งบางคนอาจถูกจำกัดด้วยโรคที่เป็นอยู่</p> <p>4.2 ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ช่วยลดระดับ Systolic blood pressure เหลือ 4 mmHg. และ Diastolic blood pressure เหลือ 2.5 mmHg.</p>
5. การควบคุมน้ำหนัก	การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ควบคุมแคลอรี และการออกกำลังกาย จะช่วยรักษาระดับน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไปได้ การประเมินระดับน้ำหนักตัวที่เหมาะสมสามารถประเมินได้จากรอบเอว และดัชนีมวลกาย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดี	รายละเอียด
6. การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์	6.1 แอลกอฮอล์ทำให้ระดับ Triglyceride สูงขึ้น และทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ 6.2 ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลางมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรแนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากจะเกิดผลเสียอื่น ๆ ตามมา
7. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม	
8. การควบคุมความเครียด	

2. แนวทางเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มประเทศยุโรป ซึ่งประกอบด้วย การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนัก และการควบคุมความเครียดหรือสุขภาพจิต (Perk et al., 2012) โดยมีแนวทางดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มประเทศยุโรป (Perk et al., 2012)

การดำเนินชีวิต	รายละเอียด
1. การหยุดสูบบุหรี่	การใช้ The 'Five As' เป็นกลยุทธ์ในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ 1. A-ASK: ถามถึงสถานะของการสูบบุหรี่ทุกครั้งที่มีโอกาส 2. A-ADVISE: ชักชวนหรือแนะนำให้งดสูบบุหรี่ 3. A-ASSESS: ประเมินความรุนแรงการติดบุหรี่ และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 4. A-ASSIST: ใช้การให้คำปรึกษาในการปรับพฤติกรรม และการใช้ยาในการเลิกสูบบุหรี่ 5. A-ARRANGE: กำหนดตารางการติดตาม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดำเนินชีวิต	รายละเอียด
2. อาหารสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> เลือก Polyunsaturated fatty acids แทน Saturated fatty acids (ลดให้เหลือ < ร้อยละ 10) จำกัดไขมันชนิด Trans-unsaturated fatty acids จำกัดเกลือ < 5 กรัมต่อวัน ไฟเบอร์ 30-45 กรัมต่อวัน จาก Wholegrain products, ผัก และผลไม้ ผลไม้ 200 กรัมต่อวัน และผัก 200 กรัมต่อวัน ปลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดื่มแอลกอฮอล์ 2 แก้วต่อวัน สำหรับผู้ชายหรือ 20 กรัมต่อวัน และ 1 แก้วต่อวัน หรือ 10 กรัมต่อวันสำหรับผู้หญิง
3. กิจกรรมทางกาย และควบคุมน้ำหนัก	<p>มีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง และ/ หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิก และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ดัชนีมวลกาย ระหว่าง 20-25 กิโลกรัม/ เมตร²</p>
4. การควบคุมความเครียด	

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก (Modification of behavior) องค์การอนามัยโลกจะใช้คำว่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนักและการควบคุมแอลกอฮอล์ (WHO, 2007) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007)

พฤติกรรม	รายละเอียด
1. การสูบบุหรี่	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ไม่ควรเริ่มสูบ ผู้สูบบุหรี่ ควรได้รับคำแนะนำ และการสนับสนุนอย่างจริงจังให้เลิกสูบบุหรี่ Nicotine replacement therapy สามารถใช้ได้ในกรณีที่ใช้การให้คำปรึกษาไม่ได้ผล

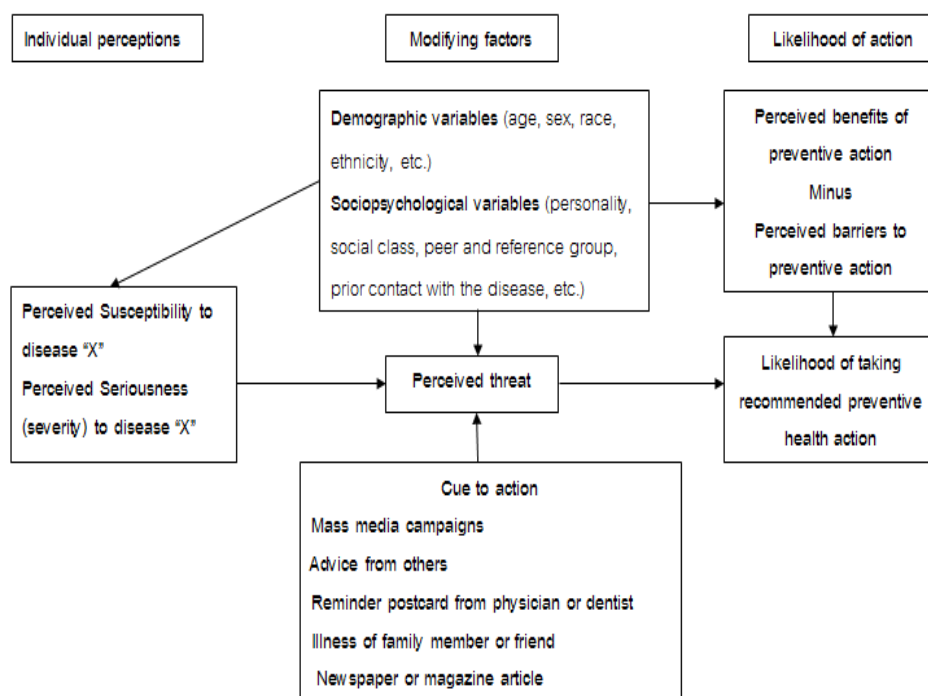
ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรม	รายละเอียด
2. อาหาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกคนควรได้รับคำแนะนำให้ลดการบริโภค Total fat and saturated fat intake 2. การได้รับพลังงานจากไขมันควรลดลง ร้อยละ 30 3. ไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด 4. ไม่ควรรับประทานไขมันทรานส์ (Trans-fatty acids) 5. ควรได้รับ Polyunsaturated มากกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดหรือ Monounsaturated ร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด 6. ลดการบริโภคเกลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน หรือ 90 mmol ต่อวัน 7. บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 400 กรัมต่อวัน
3. กิจกรรมทางกาย	มี Physical activity แบบปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ซึ่งสามารถทำได้ในขณะทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การเดินเร็ว (Brisk walking)
4. การควบคุม น้ำหนัก	ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนควรลดน้ำหนัก และลดการบริโภคพลังงาน และเพิ่มกิจกรรมทางกาย
5. การดื่ม แอลกอฮอล์	ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าวันละ 3 Units ควรได้รับคำแนะนำให้จำกัดการดื่ม

การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ผู้วิจัยจะพัฒนาตามข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013) ซึ่งมีองค์ประกอบของพฤติกรรม ได้แก่ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางร่างกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียด

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) เป็นแนวคิดที่พยายามอธิบาย ทำนาย และเป็นสิ่งกระตุ้นบุคคลมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related behavior) (Rosenstock et al., 1988) โดยในปี ค.ศ. 1974 Irwin M. Rosenstock ได้เผยแพร่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพลงในวารสาร Health education monographs ในหัวข้อ “Historical origins of the health belief model” โดยมีกรอบแนวคิดการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันทางสุขภาพ (Preventive health behavior) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 The health belief model as predictor of preventive health behavior (Rosenstock, 1974)

จากภาพที่ 2 Rosenstock ให้ความสำคัญกับความเชื่อ (The beliefs) โดยที่ความเชื่อจะให้ความหมายถึง การรับรู้ในด้านต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการมีพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง โดยที่มีปัจจัยส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่สนับสนุนหรือส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ ในการป้องกันโรค องค์ประกอบปัจจัยตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงจะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมที่ต้องการ ขณะที่การรับรู้ประโยชน์มากและรับรู้อุปสรรคที่น้อยจะเป็นปัจจัยที่บุคคลที่จะตัดสินใจปฏิบัติ

พฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีสิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติที่สามารถทำนายการมีพฤติกรรมสุขภาพได้ ปัจจัยการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีความหมาย ดังนี้ (Rosenstock, 1974; Janz & Becker, 1984)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลถึงความเสี่ยงของความเจ็บป่วย (The risk of contracting the condition)
2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกกังวลถึงความรุนแรงของการมีโอกาสจะเจ็บป่วยหรือการไม่ได้รับการรักษาซึ่งจะทำให้รับรู้ถึงสิ่งที่จะตามมาถ้าไม่ได้รับการรักษา เช่น เสียชีวิต พิการ หรือเจ็บปวด รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัว และสัมพันธภาพกับสังคม
3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) เป็นความเชื่อ หรือความรู้สึกต่อประสิทธิผลและความเป็นไปได้ (Efficacious and feasible) ของกิจกรรมหรือการปฏิบัติที่สามารถลดภัยคุกคาม
4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกด้านลบของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ เช่น การนำไปวิเคราะห์ถึงความคุ้มค่า หรือผลประโยชน์ (Cost-benefit) ของการมีพฤติกรรมนั้น ๆ โดยพิจารณาถึงราคา อันตรายจากผล ข้างเคียงความเจ็บปวด ความพึงพอใจ ความไม่สะดวก รวมทั้งการเสียเวลา
5. สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งกระตุ้น (Trigger) ให้บุคคลเกิดความเอาใจจริงเอาใจ (Intensity) ที่จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ชัดเจน ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ สิ่งกระตุ้นภายใน และภายนอก (Internal & External cues) โดยสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะหรืออาการของตนเองในขณะนั้น ส่วนสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชน และคำแนะนำจากบุคคลอื่น และบุคลากรทางการแพทย์
6. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความรู้สึกถึงความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง หรือความเชื่อมั่นในการกำหนดการแสดงออกหรือพฤติกรรมของตนเอง เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะรู้สึก คิด ให้แรงบันดาลใจแก่ตนเอง หรือจะมีพฤติกรรมอย่างไร บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนมากจะประสบความสำเร็จในหลาย ๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต สามารถที่จะทำในสิ่งที่ยาก ๆ โดยคิดว่าเป็นความท้าทายมากกว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือต้องหลีกเลี่ยงที่จะทำ สามารถท้าทายหรือเผชิญกับความล้มเหลวได้ และสามารถตั้งหลักหลังจากพบกับความล้มเหลวได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1989) การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นองค์ประกอบที่เพิ่มเข้ามาในรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพแล้วพบว่า มีอำนาจในการอธิบายหรือทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลได้มากขึ้น โดยเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการที่จะมีพฤติกรรมจะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคได้ (Rosenstock et al., 1988)

จากการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อถักจากงานวิจัยระหว่าง ค.ศ. 1974-1984 จำนวน 46 เรื่อง พบว่า ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของ HBM มีการรับรู้อุปสรรคที่มีอำนาจการทำนาย พฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด ขณะที่การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในระดับน้อย (Janz & Becker, 1984) และการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อถัก ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากองค์ประกอบของ HBM กับพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ จำนวน 18 เรื่อง พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในระดับน้อย โดยให้เหตุผลว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงจะไม่แตกต่างกันในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยหรือรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคอะไรอยู่แล้ว (Carpenter, 2010) ส่วนปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเองกับการมีพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมาก จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานขาดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศจีน พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานขาดความดันโลหิตมาก จะมีความสัมพันธ์กับการรับประทานขาดความดันโลหิตมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานขาดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yue et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shin, Hur, Pender, Jang, and Kim (2006) ที่พบความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Lim et al. (2015) พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เมธิกานต์ ธิมูลนิษฐ์ และสุนิดา ปรืชาวงษ์, 2559)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในการศึกษาครั้งนี้ เลือกใช้ปัจจัยตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายหรือทำความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ โดยเฉพาะการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Negative health consequence) โดยที่ปัจจัยการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้เลือกปัจจัยการรับรู้ดังกล่าวมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุในระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับการมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่ายขึ้น ประเด็นที่สามารถส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับอันตรายหรือเกิดโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ การส่งเสริมการให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น มีแนวคิดทฤษฎีที่พยายามอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถตนเองในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอยู่ในกรอบแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีการศึกษาความเกี่ยวข้องกับปัจจัยการรับรู้ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยังใช้ปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนอีกด้วย นอกจากนี้ยังถูกใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การคัดกรองโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิต มะเร็งเต้านม ตับอักเสบบี รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ และการจัดการตนเองในการควบคุมเบาหวาน เป็นต้น (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) ความสำคัญของปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ แสดงได้จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

- 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกรับรู้ของบุคคลถึงความเสี่ยงของความเจ็บป่วยที่สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงเมื่อรู้ว่าตนเองมีโอกาสมากน้อยอย่างไร

การที่ผู้สูงอายุรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความผิดปกติใด ๆ มากขึ้นเท่าใด ก็จะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้นมากขึ้น เช่น การศึกษาของ Yue et al. (2015) ที่พบผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่รับประทานยามากจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่รับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio = 1.82, 95% CI = 1.20-2.76) โดยศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในประเทศจีน จำนวน 232 ราย สรุปได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะสามารถทำให้บุคคลสามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

การประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013)

1.2 การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นความเชื่อ หรือความรู้สึกร่วมต่อประสิทธิผล และความเป็นไปได้ของกิจกรรมหรือการปฏิบัติที่สามารถลดภัยคุกคาม การรับรู้ว่าคุณสมบัติสุขภาพหรือการปฏิบัติใด ๆ มีประโยชน์ต่อตนเองก็จะสามารถให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพได้

การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือการรับรู้ผลดีของการมีพฤติกรรมจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ Jianvitayakit, Panpakdee, Malathum, and Duffy (2014) ที่พบว่า กลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้จะมีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยศึกษาในผู้ชายไทยที่เป็นความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 32-67 ปี จำนวน 280 ราย ในกรุงเทพฯ และการศึกษาของ สายทอง ภูแมนเจียน (2556) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ($r = .524, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู และคณะ (2557) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 32-92 ปี จำนวน 88 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Lim et al. (2015) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเกาหลี ($r = .348, p < .001$) และการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 44 ราย ในนิวซีแลนด์ถึงความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์มากจะเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่า

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Horwood et al., 2015)

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013)

1.3 การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกลบของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์ถึงความคุ้มค่าของการมีพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งพิจารณาถึงราคา อันตรายจากผลข้างเคียง ความเจ็บปวด ความพึงพอใจ ความไม่สะดวก รวมทั้งการเสียเวลา จึงทำให้บุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพน้อย ๆ จะสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพได้ดี

การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้สิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากในการปฏิบัติ การเสียเวลา การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคมาก ๆ จะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ดังเช่นการศึกษาจากโครงการ The “German epidemiological trial on ankle brachial index” (GetABI) ในเยอรมัน จากการติดตามผู้สูงอายุ จำนวน 1,937 ราย เป็นระยะเวลา 7 ปี พบกลุ่มตัวอย่าง 286 ราย ที่รายงานตนเองว่าเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 57.7 ไม่มีเพื่อน ร้อยละ 43.0 และไม่สนใจจะมีกิจกรรม ร้อยละ 36.7 ไม่มีโอกาสที่จะเล่นกีฬาหรือมีกิจกรรม ร้อยละ 30.3 และไม่มีเวลา ร้อยละ 16.4 (Moschny, Platen, KlaaBen-Mielke, Trampisch, & Hinrichs, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงที่ศึกษาบุคคล (อายุ 18-65 ปี) และ/หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lo et al., 2015) และการศึกษาในผู้หญิงเกาหลีอายุ 40 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 61.3-67.8 ปี) ที่มีภาวะข้อเสื่อม และกระดูกพรุน จำนวน 154 ราย พบการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Shin et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Horwood et al. (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 44 ราย ในนิวซีแลนด์ที่มีการรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม โปรแกรมฟื้นฟูหัวใจหรือเข้าร่วมเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะเข้าร่วม โปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอ และยังพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในจีน มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาความดันโลหิตมากจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตน้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio = 0.62, 95% CI = 0.50-0.78) (Yue et al., 2015)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้หญิงมุสลิมอายุ 40-59 ปี (สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ, 2550) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อถักของ กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ (2553) โดยรวบรวมการศึกษาที่ดีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 จำนวน 48 เรื่องในประเทศไทย เป็นวิทยานิพนธ์ ร้อยละ 77 พบการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และยังมีพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน (กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 32-92 ปี จำนวน 88 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .05$) จากการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู และคณะ (2557)

การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในการศึกษาครั้งนี้ ประเมิน โดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนา มาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013)

1.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยที่การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็น ความรู้ถึงเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง หรือความเชื่อมั่นในการมีพฤติกรรมของตนเอง เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะมีพฤติกรรมอย่างไร บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนมากจะประสบความสำเร็จในหลาย ๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต สามารถที่จะทำในสิ่งที่ยาก ๆ โดยคิดว่าเป็นความท้าทาย

การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย เช่น การศึกษา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในประเทศจีน จำนวน 232 ราย พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio = 1.22, 95% CI = 1.08-1.37) (Yue et al., 2015) และการศึกษาผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ในฮ่องกง ที่มีหรือเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lo et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al. (2006) ที่ศึกษาผู้หญิงเกาหลีอายุ 40 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 61.3-67.8 ปี) ที่มีภาวะข้อเสื่อมและกระดูกพรุน จำนวน 154 ราย พบความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังมีการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 202 รายในเกาหลี

พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .602, p < .001$) (Lim et al., 2015)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Jianvitayakit et al. (2014) ที่พบว่า กลุ่มผู้ชายไทยอายุ 32-67 ปี ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 280 ราย ในกรุงเทพฯ ที่เลิกบุหรี่ได้จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีการศึกษาของ สายทอง ภูเม่นเขียน (2556) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงระหว่างการรับรู้ความสามารถในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ($r = .836, p < .01$)

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013)

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงระดับความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการที่จะส่งเสริมสุขภาพ และมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเพื่อที่จะพัฒนาสุขภาพทั้งของตนเองและชุมชน ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 1998) ซึ่งในปี ค.ศ. 2000 Nutbeam ได้แบ่งความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/ Functional) 2) ความรอบรู้สุขภาพที่เกี่ยวกับการสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ Interactive) และ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับคิดวิเคราะห์ (Critical)

ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะการอ่านและเขียน รวมทั้งการมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกี่ยวกับการสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะทางสังคม และการสื่อสารเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลที่มีอยู่การค้นหาข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยของตนเอง ในขณะที่ความรอบรู้ระดับคิดวิเคราะห์จะเป็นทักษะการคิด และทักษะทางสังคมในระดับที่สูงขึ้นที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ และการเจ็บป่วยต่าง ๆ เพื่อควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ โดยที่ความรอบรู้ทางสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 2000)

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในคนญี่ปุ่นอายุระหว่าง 20-64 ปี โดยศึกษาในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

จำนวน 94 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,218 ราย (Suka et al., 2015) และการศึกษาผู้สูงอายุ ชาวจีน จำนวน 1,396 ราย พบความเกี่ยวข้องระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related behaviors) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น กลุ่มที่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ จะมีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ และ/ หรือ ไม่ดื่มสุรา กลุ่มที่ ออกกำลังกาย และไปตรวจสุขภาพเป็นประจำจะมีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพมากกว่า (Liu et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .462, p < .01$) ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศไทย โดยศึกษาในผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 129 ราย (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558)

การประเมินความรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบประเมิน All Aspects of Health Literacy Scale [AAHLS] ของ Chinn and McCarthy (2013) ที่พัฒนาแบบประเมินดังกล่าวตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่แบ่งความรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/ Functional) ความรู้สุขภาพ ที่เกี่ยวกับการสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ Interactive) และความรู้ทางสุขภาพระดับคิดวิเคราะห์

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีไม่มาก และยังไม่พบการศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล โดยการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ รวมทั้งภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยประยุกต์ใช้ปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และปัจจัยความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งการประยุกต์ใช้อธิบายแนะนำในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดี ของ American Heart Association [AHA] ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ทราบว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดี/ ไม่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยสามารถนำไปข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโดยความร่วมมือระหว่าง IDF และ AHA/ NHLBI (Alberti et al., 2009) คือ การมี 3 องค์ประกอบ จาก 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง 2) ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด 3) เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 40 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร ในเพศชาย หรือ < 50 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร ในเพศหญิง หรือใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ 4) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร > 100 มิลลิกรัม/ เดซิลิตรหรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบางพลี ในจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโดยความร่วมมือระหว่าง IDF และ AHA/ NHLBI ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และเป็นผู้ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และมีความสามารถในการสื่อสาร รวมทั้งไม่มีความบกพร่องในการรับรู้บุคคล วัน เวลาและสถานที่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากโปรแกรม G* power version 3. 1.9.2 สำหรับ Correlation: Bivariate normal model (กำหนดระดับนัยสำคัญ (α error) = 0.05, $(1-\beta) = 0.90$, Correlation ρ $H_0 = 0$, $H_1 = 0.30$, One-tailed) การกำหนด effect size เป็นค่าระดับปานกลาง และงานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีค่า effect size < 0.30 (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2553) ส่วนค่า $1-\beta = 0.90$ เนื่องจากมีจำนวนหลายการศึกษาที่ยืนยันความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .01 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 92 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเสนอต่อสาธารณสุขอำเภอบางพลีเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. สุ่มตัวอย่างแบบ Cluster random sampling เพื่อลดความแตกต่างของบริบทในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็น Cluster โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้
 - 2.1 กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดของอำเภอบางพลี จำนวน 8 แห่ง เป็น 8 Cluster
 - 2.2 สุ่มเลือกโดยการจับสลากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมา 1 แห่ง โดยสุ่มได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ
 - 2.3 หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และขออนุญาตเข้าถึงทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 178 ราย
 - 2.4 เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล ตามแบบคัดกรองภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้แก่
 - 1) การถูกวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงหรือการได้รับยาลดความดันโลหิตหรือความดันโลหิตในปัจจุบัน
 - 2) การถูกวินิจฉัยโรคเบาหวานหรือการได้รับยาเบาหวานหรือค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในปัจจุบัน
 - 3) ค่าความยาวเส้นรอบเอว
 - 4) ค่าไตรกลีเซอไรด์และคอเลสเตอรอล
 หรือประวัติการรับยารักษาไขมันในเลือดผิดปกติ มีผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 143 ราย และเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์จนครบ 92 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบคัดกรองภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นแบบคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยเมตาบอลิกซินโดรม (Alberti et al., 2009) ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

1.1 การได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงหรือการได้รับยาลดความดันโลหิตหรือค่าความดันโลหิตในปัจจุบัน

1.2 การได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานหรือการได้รับยาเบาหวานหรือค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในปัจจุบัน

1.3 ความยาวเส้นรอบเอว

1.4 ค่าไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอลคอเลสเตอรอลหรือประวัติการรับยารักษาไขมันในเลือดผิดปกติ

โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม คือ การมี 3 จาก 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง 2) ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด 3) เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศชาย หรือ < 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศหญิง หรือใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ 4) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร > 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013) ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางด้านร่างกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมความดันโลหิต น้ำหนักหรือรอบเอว ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด) และการจัดการความเครียดลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย จำนวน 15 ข้อ (ข้อ 6, 7, 8, 10, 14 และ 15 เป็นข้อความทางลบ) และมีความหมายเป็นคะแนน 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ และมีการแปลความหมาย คือ คะแนนมาก หมายถึง การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม ดังนี้ (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น โดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
3.01-4.00	มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระดับดี
2.01-3.00	มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง
1.00-2.00	มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

และข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความหมายเป็นคะแนน 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ และมีการแปลความหมาย คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความหมายเป็นคะแนน 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ มีการแปลความหมาย คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความหมายเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ มีการแปลความหมาย คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association [AHA] (2013) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจพอประมาณ มั่นใจบ้าง และไม่มั่นใจเลย มีความหมายเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ มีการแปลความหมาย คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ได้รับการแปลโดยผู้วิจัยจากแบบประเมิน All Aspects of Health Literacy Scale [AAHLS] ของ Chinn and McCarthy (2013) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam (2000) มีจำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-3 เป็นข้อความทางลบ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ บ่อย ๆ บางครั้ง และนาน ๆ ครั้ง การแปลความหมาย คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมาก ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัย ในการแปล และดัดแปลงเครื่องมือวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back translation) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปล โดยอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล และรวบรวมเป็นต้นฉบับ สำหรับการแปลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ (Backward translation) จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้แปลย้อนกลับ คือ ผู้ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดีซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่จบการศึกษาระดับคุณวุฒิบัณฑิตสาขาการพยาบาลจากมหาวิทยาลัยในอังกฤษ

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลที่ย้อนกลับ โดยผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทั้งภาษา และวัฒนธรรม ผลการพิจารณา ข้อคำถามที่แปลย้อนกลับพบว่า ข้อคำถามมีความหมายใกล้เคียงกับต้นฉบับ จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือ ทั้งสองฉบับ มีความหมายเหมือนกัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์ ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างใหม่ และปรับปรุงตัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์เดิม โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์ ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไปตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือด หัวใจ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ที่ได้ผลเป็นค่าความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ดังตารางที่ 4 โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแบบสัมภาษณ์การรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์ ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านเกณฑ์คะแนน CVI

นำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางโจลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 คน ได้ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์	Content validity index	Cronbach's alpha coefficient
1. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.80	.70
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.90	.74
3. การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.00	.95
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.80	.77
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.90	.70
6. ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.90	.74

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสรับรองจริยธรรมการวิจัย 11-01-2561 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูลของโครงการวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และสามารถ

สอบถามผู้ศึกษาหากมีข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และไม่มีความเสี่ยงใดที่จะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริง รวมทั้งนำเสนอในภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ภายหลังจากได้รับคำอธิบายแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบ สัมภาษณ์ด้วยตัวผู้วิจัยเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียม

1.1 ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ผู้วิจัยนำหนังสือ จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง สาธารณสุขอำเภอบางพลี เพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดกรองภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามการนัดติดตามการรักษาของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล หลังจากแนะนำตัวและให้ข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ในวันที่ผู้ป่วยมาตามกำหนดนัดของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไปสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แล้วจึงหยุดพักสักครู่ จึงสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องและลงรหัสข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์สถิติเบื้องต้น ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สอดคล้องกับระดับของข้อมูล

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเพื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วย สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient

ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) พบว่า ข้อมูลทุกชุดเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 92 ราย เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 เดือนมีนาคม พ.ศ. 256-วันที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล แสดงไว้ในตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะเมตาบอลิกซินโดรม แสดงไว้ในตารางที่ 6

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงไว้ในตารางที่ 7

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงไว้ในตารางที่ 8

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ($n = 92$)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	28	30.43
	หญิง	64	69.57
อายุ	ค่าเฉลี่ย 69.62 ปี, Min-Max = 61-85 ปี		
	60-64 ปี	26	28.26
	65-69 ปี	23	25.00
	70-74 ปี	21	22.83
	75-79 ปี	13	14.13
	80 ปี ขึ้นไป	9	9.78
สถานภาพสมรส	โสด	2	2.17
	คู่	64	69.57
	หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	26	28.26
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	13.04
	ประถมศึกษา	73	79.35
	มัธยมศึกษา	7	7.61
โรคประจำตัว (โดยการวินิจฉัยของแพทย์ตาม ICD-10)	ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ	39	42.39
	ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ	33	35.87
	ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	12	13.04
	เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ	4	4.35
	ความดันโลหิตสูง	4	4.35

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.57) มีอายุระหว่าง 61-64 ปี (ร้อยละ 28.26) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 65-69 ปี (ร้อยละ 25.00) สถานภาพสมรสคู่

(ร้อยละ 69.57) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.35) และมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 42.39) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 35.87)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ข้อมูลการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นจำนวน และร้อยละของจำนวนองค์ประกอบที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของจำนวนองค์ประกอบที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ($n = 92$)

จำนวนองค์ประกอบของการวินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ
3 องค์ประกอบ	38	41.30
4 องค์ประกอบ	42	45.65
5 องค์ประกอบ	12	13.04

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนองค์ประกอบของการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 4 องค์ประกอบ (ร้อยละ 45.65) และรองลงมา คือ 3 องค์ประกอบ (ร้อยละ 42.30)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง แสดงเป็นช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n = 92$)

พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>)	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน (<i>SD</i>)	ระดับ พฤติกรรม
	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด			
	ด้านโภชนาการ	1	4	1.63			
การมีกิจกรรม ทางด้านร่างกาย	1	4	1.00	4.00	2.77	0.80	ปานกลาง
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1	4	2.20	4.00	3.39	0.44	ดี
รวม	1	4	2.20	4.00	2.94	0.32	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.94$, $SD = 0.32$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.70$, $SD = 0.38$, $M = 2.77$, $SD = 0.80$ ตามลำดับ) และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี ($M = 3.39$, $SD = 0.44$)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ นำเสนอด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่า p -value แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่า p -value แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n = 92$)

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	
	r	p -value
1. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.568	< .001
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.562	< .001
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.252	.015
4. การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.116	.273
5. ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.112	.288

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.569$, $p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .562$, $p < .001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252$, $p = .015$)

ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .116$, $p = .273$) และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .112, p = .288$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ต่อการมี การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 92 ราย สุ่มตัวอย่างแบบ Cluster random sampling เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบคัดกรองภาวะเมตาบอลิกซินโดรม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สรุปผลการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.57) มีอายุระหว่าง 61-64 ปี (ร้อยละ 28.26) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 65-69 ปี (ร้อยละ 25.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.57) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.35) มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงร่วมและไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 42.39) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 35.87) จำนวนองค์ประกอบของการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 4 องค์ประกอบ (ร้อยละ 45.65) และรองลงมา คือ 3 องค์ประกอบ (ร้อยละ 42.30)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.94, SD = 0.32$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.70, SD = 0.38, M = 2.77, SD = 0.80$ ตามลำดับ) และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี ($M = 3.39, SD = 0.44$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p = .015, r = -.569, p < .001, r = .562, p < .001$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.94, SD = 0.32$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.70, SD = 0.38, M = 2.77, SD = 0.80$ ตามลำดับ) และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี ($M = 3.39, SD = 0.44$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ดื่มหมหรือข้าวไม่ขัดสี (ข้าวกล้อง) เป็นประจำจึงทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นวิถีการดำเนินชีวิตปกติของผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มหม รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวไม่มีใครต้องการกินข้าวไม่ขัดสีได้ นอกจากนี้ร้อยละ 95.65 มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ และได้รับการเฝ้าระวังติดตามผลการรักษาโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิดทุกครั้ง ที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางการดำเนินงานที่มีชื่อว่า “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” โดยให้กลุ่มที่ป่วยสามารถลดระดับความรุนแรงจากระดับ 3 (สีแดง) เป็นระดับ 2 (ส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) โดยใช้หลักปฏิบัติ “3อ.” คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.56 ไม่ได้ออกกำลังกาย และร้อยละ 15.21 ที่มีกิจกรรมที่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ บ่อย ๆ จนถึงเป็นประจำ จึงส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.57) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.30) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 86.96) ซึ่งโดยทั่วไปเพศหญิงจะไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 42.39 ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และร้อยละ 40.22 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และยังพบ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.43 สามารถควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และร้อยละ 60.87 สามารถคุมระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้

ผลของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของการศึกษารุ่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังหลายโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.9) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง ภูแมนเขียน (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p = .015$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากจะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาก ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นความเชื่อหรือความรู้ลึกของบุคคลถึงความเสี่ยงของความเจ็บป่วยที่สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงเมื่อรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงมากน้อยอย่างไร (Rosenstock, 1974; Janz & Becker, 1984) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นการสะท้อนถึงความร้ายแรงของภาวะที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ และการที่ผู้สูงอายุนับว่าโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้นเท่าใดก็จะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yue et al. (2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในจีน จำนวน 232 ราย พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่รับประทานยามากจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่รับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio = 1.82, 95% CI = 1.20-2.76) และสรุปผลการศึกษาว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะสามารถทำให้บุคคลสามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.569, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มากของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จะส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้สิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากในการปฏิบัติ การเสียเวลา การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคมาก ๆ จะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (Rosenstock, 1974; Janz & Becker, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carpenter (2010) ที่ศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อถักเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lo et al. (2015) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18-65 ปี และ/ หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในฮ่องกง ซึ่งพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Shin et al. (2006) ศึกษาในผู้หญิงเกาหลีอายุ 40 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 61.3-67.8 ปี) ที่มีภาวะข้อเสื่อม และกระดูกพรุน พบการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Horwood et al. (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจในนิวซีแลนด์ที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะเข้าร่วม โปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคมาก และการศึกษาของ Yue et al. (2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อายุเฉลี่ย 64.1 ปี) ในประเทศจีน พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคมากในการรับประทานยาความดันโลหิต จะรับประทานยาความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio = 0.62, 95% CI = 0.50-0.78) การศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อถักของ กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ (2553) โดยรวบรวมการศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 ในประเทศไทย พบการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Moschny et al., (2011) จากโครงการ The “German epidemiological trial on ankle brachial index” [GetABI] ในเยอรมัน ที่ติดตามผู้สูงอายุ จำนวน 1,937 ราย เป็นระยะเวลา 7 ปี พบกลุ่มตัวอย่าง 286 ราย เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยมีสาเหตุจากการมีอุปสรรคต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพไม่ดีร้อยละ 57.7 ไม่มีเพื่อน ร้อยละ 43.0 และไม่สนใจจะมีกิจกรรม ร้อยละ 36.7 ไม่มีโอกาสที่จะเล่นกีฬาหรือมีกิจกรรม ร้อยละ 30.3 และไม่มีเวลา ร้อยละ 16.4

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .562, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

โดยที่การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นความรู้สึกถึงความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง หรือความเชื่อมั่นในการกำหนดการแสดงออกหรือพฤติกรรมของตนเอง เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะรู้สึก คิด ให้แรงบันดาลใจแก่ตนเองหรือจะมีพฤติกรรมอย่างไร บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนมากจะประสบความสำเร็จในหลาย ๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต สามารถที่จะทำในสิ่งที่ยาก ๆ โดยคิดว่าเป็นความท้าทาย มากกว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือต้องหลีกเลี่ยงที่จะทำได้ ทำหรือเผชิญกับความล้มเหลวได้ และสามารถตั้งหลักหลังจากพบกับความล้มเหลวได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura, 1989) การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นองค์ประกอบที่เพิ่มเข้ามาในรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพแล้ว พบว่า มีอำนาจในการอธิบายหรือทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ได้มากขึ้น โดยเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการที่จะมีพฤติกรรมจะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคได้ (Rosenstock et al., 1988) ในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างความเชื่อมั่นพร้อมกับการมีทัศนคติเชิงบวกและความรู้สึกที่ดีต่อการมีพฤติกรรมที่ดี โดยไม่ได้เน้นไปที่การสร้างความรู้สึกกลัวหรือการรับรู้ถึงอันตราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yue et al. (2015) ที่พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยา ความดันโลหิตมาก จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al. (2006) ที่พบความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim et al. (2015) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิกานต์ ทิมุลนีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .116, p = .273, r = .112, p = .288$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย นั้นแสดงว่า การรับรู้ประโยชน์ที่มากขึ้นจะไม่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มากขึ้นไปด้วย ถึงแม้ว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลถึงประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง และเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายของภาวะที่เป็นอยู่ของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้

จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อช่วยควบคุมโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง จากนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นให้ใช้กระบวนการสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่อาจจะไม่สามารถประยุกต์การรับรู้ดังกล่าวไปสู่การมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิमानที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ Carpenter (2010) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมาก นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง ภูแมนเทียน (2556) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .524, p < .01$)

สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง ไม่มีความสามารถในการอ่านและเขียน คือ ร้อยละ 13.4 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เรียนหนังสือ แสดงว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/ Functional) (Nutbeam, 2000) ในระดับต่ำ และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.6) จะจบระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป แต่ก็พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาสายตาทำให้ไม่สามารถอ่านหนังสือ ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของการสูงอายุหรือการได้รับข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นเอกสารได้ นอกจากนี้ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคล และความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเพื่อที่จะพัฒนาสุขภาพทั้งของตนเอง และชุมชนความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 1998)

ผู้สูงอายุในการศึกษารุ่นนี้มีโรคประจำตัว และเรื้อรังระยะหนึ่งจึงทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนหรือมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่าไม่รู้จักโรคหลอดเลือดหัวใจ และไม่เคยก้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่พฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติอยู่เป็นการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และเป็นการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยที่ไม่ได้มุ่งเน้นที่จะป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งการศึกษาดังกล่าวศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Suka et al. (2015) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในคนญี่ปุ่น อายุระหว่าง 20-64 ปี โดยที่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 94 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,218 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมทุกกลุ่มอายุไม่ได้วิเคราะห์เฉพาะผู้สูงอายุ

สรุปจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำข้อมูลระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมไปดำเนินการส่งเสริมหรือกระตุ้นให้กลุ่มดังกล่าวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

1.2 พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยเน้นให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น
ร่วมกับการลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้นำทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูล
กำหนดให้มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนหรือออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่จะเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีการรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งการจัดการความรู้สึก และการสนับสนุนทรัพยากร
ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สามารถลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไปได้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลอ้างอิง
ประกอบการค้นคว้าเพิ่มเติมในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง
รวมทั้ง สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบ
การสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม

4. ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทาง
ในการพัฒนาการวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลและนักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนา
รูปแบบหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มี
ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม
โดยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งการจัดการความรู้สึก
และสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สามารถลดการรับรู้
อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อจำกัดการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจมีข้อจำกัดเนื่องจาก
ผู้สูงอายุนับว่า การเจ็บป่วยของตนเองเป็นเพียงโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือไขมันในเลือด
ผิดปกติเท่านั้น แต่ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือด

หัวใจ เมื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามอาจทำให้ข้อความบางข้อที่ผู้สูงอายุอาจตอบได้ไม่ตรงกับ การรับรู้ของผู้สูงอายุ รวมทั้งพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่แนะนำโดย American Heart Association [AHA] ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมินอาจจะไม่เหมาะสม กับผู้สูงอายุคนไทย

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพเป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลมาจากภาษาต่างประเทศ อาจจะยังไม่เหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุคนไทย

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). ความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 21(2), 21-30.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2556). ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. เข้าถึงได้จาก <http://www.bed.go.th/>
- กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(3), 60-68.
- นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิษชุดา เจริญกิจการ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(2), 236-248.
- บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, ขวัญใจ สิทธินอก, พรณวดี พุฒวัฒนะ และฉัตรประอร งามอุโฆษ. (2554). ความชุกและองค์ประกอบของกลุ่มอาการเมตาบอลิกของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสภากาพยาบาล*, 26(4), 137-148.
- เมธีกานต์ ทิมูณีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดก่อนหมดประจำเดือน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(4), 118-132.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยและการแปลความหมาย. *ข่าวสารวิจัยทางการศึกษา*, 18(3), 8-11.
- สายทอง ภูแมนเขียน. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษานในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา และวิภาวี คงอินทร์. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(5), 379-388.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์ และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/>
- Alberti, K. G. M. M., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleman, J. I., Donato, K. A., Fruchart, J. C., James, W. P., Loria, C. M., & Smith, S. C. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome. *Circulation*, 120(16), 1640-1645.
- Alberti, K. G., Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). The metabolic syndrome a new worldwide definition: A consensus statement from the international diabetes federation. *Diabetic Medicine*, 23(5), 469-480.
- American Heart Association [AHA]. (2013). *Lifestyle changes*. Retrieved from <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Heart>
- Arai, H., Yamamoto, A., Matsuzawa, Y., Saito, Y., Yamada, N., Oikawa, S., Mabushi, H., Teramoto, T., Sasaki, J., Nakaya, N., Itakura, H., Hikawa, Y., Ouchi, Y., Horibe, H., & Kita, T. (2010). Prevalence of the metabolic syndrome in elderly, and middle-aged Japanese. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 1(2), 42-47.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Butler, J., Rodondi, N., Zhu, Y., Figaro, K., Fazio, S., Vaughan, D. E., Satterfield, S., Newman, A. B., Goodpaster, B., Bauer, D. C., Holvoet, P., Harris, T. B., De Rekeneire, N., Rubin, S., Ding, J., & Kritchevsky, S. B. (2006). Metabolic syndrome and the risk of cardiovascular disease in older adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(8), 1595-1602.
- Carpenter, C. J., (2010). A meta-analysis of effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661-669.

- Cheng, H. T., Huang, J. W., Chiang, C. K., Yen, C. J., Hung, K. Y., & Wu, K. D. (2012). Metabolic syndrome and insulin resistance as risk factors for development of chronic kidney disease and rapid decline in renal function in elderly. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *97*(4), 1268-1267.
- Chinn, D., & McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale [AAHLS]: Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling*, *90*(2), 247-253.
- Dussaillant, C., Echeverría, G., Villarroel, L., Yu, C., Rigotti, A., & Marin, P. (2016). Metabolic syndrome prevalence is not associated with diet quality in the Chilean elderly population: A cross sectional analysis from the National Health Survey 2009-2010. *Journal of Aging Research & Clinical Practice*, *5*(3), 132-138.
- Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Daniels, S. R., Donato, K. A., Eckel, R. H., Franklin, B. A., Gordon, D. J., Krauss, R. M., Savage, P. J., Smith, S. C., Spertus, J. A., & Costa, F. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome. *Circulation*, *112*(17), 2735-2752.
- Health Grove by Graphiq. (2017). *Ischemic heart disease in Thailand*. Retrieved from <http://global-disease-burden.healthgrove.com/1/42144/Ischemic-Heart-Disease-in-Thailand>
- Hildrum, B., Mykletun, A., Hole, T., Midthjell, K., & Dahl, A. A. (2007). Age-specific prevalence of the metabolic syndrome defined by the international diabetes federation and the national cholesterol education program: The Norwegian HUNT 2 study. *BMC Public Health*, *7*(220), 1-9.
- Horwood, H., Williams, M. J., & Mandic, S. (2015). Examining motivations and barriers for attending maintenance community-based cardiac rehabilitation using the health-belief model. *Heart, Lung and Circulation*, *24*(10), 980-987.
- Jackson, C. F., Nanette, K., & Wenger, K. (2011). Cardiovascular disease in the elderly. *enfermedad cardiovascular en el anciano. Revista Espanola de Cardiologia (English Edition)*, *64*(8), 697-712.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, *11*(1), 1-47.

- Jianvitayakit, S., Panpakdee, O., Malathum, P., & Duffy, S. A. (2014). Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 18*(2), 100-110.
- Kaewtrakulpong, L. (2008). Metabolic syndrome: Prevalence in Si Chiang Mai District, Nong Khai Province, Thailand. *Journal of Tropical Medicine & Parasitology, 31*(1), 41-47.
- Khanam, M. A., Qiu, C., Lindeboom, W., Streatfield, P. K., Kabir, Z. N., & Wahlin, A. (2012). The metabolic syndrome: Prevalence, associated factors, and impact on survival among older persons in rural Bangladesh. *Public Library of Science One, 6*(6), 202-259.
- Kiatchoosakun, S., Sutra, S., & Thepsuthammarat, K. (2012). Coronary artery disease in the Thai population: Data from health situation analysis 2010. *Journal of the Medical Association of Thailand, 95*(7), 149-155.
- Laudisio, A., Bandinelli, S., Gemma, A., Ferrucci, L., & Incalzi, R. A. (2014). Metabolic syndrome and functional ability in older age: The in CHIANTI study. *Clinical Nutrition, 33*(4), 626-633.
- Lim, E. J., Noh, J. H., & Kim, E. Y. (2015). A study of factors affecting health-promoting behaviors to young-elderly adults in urban and rural communities. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology, 7*(5), 367-374.
- Lin, Y. H., Chang, H. T., Tseng, Y. H., Lin, M. H., Chen, Y. C., Yang, H. W., Chen, T. J., & Hwang, S. J. (2013). Characteristics and health behavior of newly developed metabolic syndrome among community-dwelling elderly in Taiwan. *International Journal of Gerontology, 7*(2), 90-96.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12*(8), 9714-9725.
- Lo, S. W., Chair, S. Y., & Lee, F. K. (2015). Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nursing Research, 28*(2), 197-201.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: A cross-sectional study. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(121), 1-10.
- Mozaffarian, D., Kamineni, A., Prineas, R. J., & Siskovick, D. S. (2008). Metabolic syndrome and mortality in older adults: The cardiovascular health study. *Archives of Internal Medicine*, 168(9), 969-978.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2016). *What is metabolic syndrome?*. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/ms>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). New York: Upper Saddle River.
- Perk, J., Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, W. M., & Cifkova, R. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(4), 403-488.
- Pongchaiyakul, C., Nguyen, T. V., Wanothayaroj, E., Karusan, N., & Klungboonkrong, V. (2007). Prevalence of metabolic syndrome and its relationship to weight in the Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(3), 459-467.
- Pradeepa, S., Surendar, J., Indulekha, K., Chella, S., Anjana, R. M., & Mohan, V. (2016). Prevalence of metabolic syndrome and its association with coronary artery disease among an urban elderly south Indian population (CURES 145). *Journal of the Association of Physicians of India*, 64(5), 20-25.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-83.
- Saad, M. A. N., Cardoso, G. P., Martins, W. D. A., Velarde, L. G. C., & Filho, R. A. D. (2013). Prevalence of metabolic syndrome in elderly and agreement among four diagnostic criteria. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 102(3), 263-269.

- Scuteri, A., Najjar, S. S., Morrell, C. H., & Lakatta, E. G. (2005). The metabolic syndrome in older individuals: prevalence and prediction of cardiovascular events. *Diabetes Care*, 28(4), 882-887.
- Shin, Y. H., Hur, H. K., Pender, N. J., Jang, H. J., & Kim, M. S. (2006). Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *Journal of Nursing Studies*, 43(1), 3-10.
- Stott, D. J., & Quinn, T. J. (2012). *Cardiac ageing and systemic disorders. Cardiovascular disease and health in the older patient: Expanded from 'Pathy's principles and practice of geriatric medicine* (5th ed.). New York: Upper Saddle River.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., Yamamoto, M., Nakayamam ,T., & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660-668.
- Tsou, M. T., & Chang, B. C. C. (2013). Sex differences in metabolic syndrome of metropolitan elderly people in Northern Taiwan. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 4(2), 42-50.
- Van Putten, E. G., Akbulut, D., Bertolotti, J., Vos, W. L., Lagendijk, A., & Mosk, A. P. (2011). *Scattering lens resolves sub-100 nm structures with visible light*. Retrieved from <https://journals.aps.org/prl/abstract/10.1103/PhysRevLett.106.193905>
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossary*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547178_eng.pdf
- Yue, Z., Li, C., Weilin, Q., & Bin, W. (2015). Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 669-680.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
Factors Related to Preventive Behaviors Regarding Coronary Artery Disease among Elderly with Metabolic Syndrome

ชื่อนิติ นายพนันธุ์ จำปาเทศ

รหัสประจำตัวนิติ 56920200 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ


คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 01 - 2561
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 92 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 13 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

รหัสจริยธรรมการวิจัย 11-01-2561

ชื่อผู้วิจัย นายพนัญ จำปาเทศ

การวิจัยครั้งนี้จัดทำเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพกับการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการศึกษานี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับโครงการ โดยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน และมีองค์ประกอบที่เข้าได้กับการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ การตอบตามแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง โดยมีแบบสัมภาษณ์ 7 ชุด คือ

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา
 - 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 3) แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 4) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 5) แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 6) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 7) แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัย

จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นายณพนธ์ จำปาเทศ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8607857 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102852

นายณพนธ์ จำปาเทศ

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม การวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์.....

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียนหนังสือ

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

สูงกว่ามัธยมศึกษา

4. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย/ หย่า/ แยก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
เมื่อผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้ฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านได้กระทำสม่ำเสมอหรือทำทุกวัน
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านได้กระทำเป็นส่วนใหญ่
หรือประมาณ 3-6 วันต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านได้กระทำเป็นครั้งคราว
หรือประมาณ 1-2 วันต่อสัปดาห์
- ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านไม่ได้กระทำเลยหรือน้อยกว่า
1-2 วันต่อสัปดาห์

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		เป็นประจำ (4)	บ่อยครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)
1.	ท่านรับประทานผัก (ยกเว้น ผักประเภทหัว เช่น เผือก มัน)				
2.	ท่านรับประทานผลไม้ (ยกเว้น ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน)				
3.	ท่านรับประทานปลา				
4.	ท่านดื่มนมไขมันต่ำหรือพร่องมันเนย				
5.				
....				
....				
15	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง: การสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเลย

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ท่านคิดว่าท่านมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ.....					
1.	ถ้าท่านมีบุคคลในครอบครัว เป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ				
2.	ถ้าท่านมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน				
3.	ถ้าท่านมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง				
4.	ถ้าท่านมีไขมันในเลือดผิดปกติ				
5.				
16.	ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต น้ำตาลหรือไขมันในเลือดให้ปกติ				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง: การสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังแล้วขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกหรือเชื่อว่า พฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างยิ่ง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกหรือเชื่อว่า พฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกหรือเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านรู้สึกหรือเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นไม่เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด (4)	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
ท่านรู้สึกหรือเชื่อว่า.....เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ					
1.	การรับประทานผัก (ยกเว้น ผักประเภทหัว เช่น เผือก มัน)				
2.	การรับประทานผลไม้ (ยกเว้น ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทูเรียน ขนุน)				
3.	การรับประทานปลา				
4.	การดื่มนมไขมันต่ำหรือพร่องมันเนย				
5.				
15.	การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง: การสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเลย

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
การมีพฤติกรรมในแต่ละข้อ ท่านรู้สึกอย่างไรอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ยาก/ เสียเวลา/ ทำไม่ได้/ ไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน/ ไม่มีผู้สนับสนุน/ ไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำ/ มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม)						
1.	การรับประทานผัก (ยกเว้น ผักประเภทหัว เช่น เผือก มัน)					
2.	การรับประทานผลไม้ (ยกเว้น ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน)					
3.	การรับประทานปลา					
4.					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
15.	การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง: การสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวการเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นท่านรู้สึกหรือมีความมั่นใจในระดับมากที่สุดว่าสามารถปฏิบัติได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นท่านรู้สึกหรือมีความมั่นใจในระดับมากกว่าสามารถปฏิบัติได้
มั่นใจพอประมาณ	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นท่านรู้สึกหรือมีความมั่นใจในระดับปานกลางว่าสามารถปฏิบัติได้
มั่นใจบ้าง	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นท่านรู้สึกหรือมีความมั่นใจในระดับน้อยกว่าสามารถปฏิบัติได้
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	พฤติกรรมนั้นท่านรู้สึกหรือมีความมั่นใจว่าไม่สามารถปฏิบัติได้

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความมั่นใจ				
		มั่นใจมากที่สุด (5)	มั่นใจมาก (4)	มั่นใจพอประมาณ (3)	มั่นใจบ้าง (2)	ไม่มั่นใจเลย (1)
ท่านเชื่อมั่น/ มั่นใจว่าการ.....						
1.	รับประทานผักเป็นประจำ (ยกเว้นผักประเภทหัว เช่น เผือก มัน)					
2.	รับประทานผลไม้เป็นประจำ (ยกเว้น ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน)					
3.	รับประทานปลาเป็นประจำ					
4.					
15.	การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง: การสัมภาษณ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกรของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

บ่อย ๆ หมายถึง ทุก ๆ ครั้ง que ไปรับบริการในโรงพยาบาล

บางครั้ง หมายถึง ส่วนใหญ่ของการไปรับบริการในโรงพยาบาล

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง จำนวนน้อยครั้งของการไปรับบริการในโรงพยาบาล

ข้อที่	ข้อความ	ความถี่		
		บ่อย ๆ (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)
1.	บ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านต้องการผู้ช่วยอ่านเอกสาร ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้จากแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร รวมทั้ง เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการตรวจ หรือคัดกรอง			
2.	ท่านต้องการคนช่วยในการบันทึกข้อมูลในเอกสาร เมื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด			
3.	ท่านต้องการความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลกับ แพทย์หรือพยาบาลเมื่อไปรับการรักษา ที่โรงพยาบาลตามนัด			
4.	ท่านได้ถามสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจจากแพทย์และพยาบาลที่ดูแล ท่าน			
5.	ท่านได้ขอให้แพทย์ และพยาบาลได้อธิบายสิ่งที่ท่าน ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ			
6.			
9.	ท่านเคยถามแพทย์หรือพยาบาลในข้อมูลทางสุขภาพ ที่ท่านค้นหา			

ภาคผนวก ง
หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๑๔๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นายพนันธุ์ จำปาเทศ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก ดร.สุธีวา วิชัยกุล บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการแปลเครื่องมือการวิจัยกลับ คือ แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือเพื่อการวิจัยจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
สำเนาเรียน ดร.สุธีวา วิชัยกุล

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๐๑๒



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ด้วย นายพนันธุ์ จำปาเทศ รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๒๐๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครง
วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
เมตาบอลิกซินโดรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชนานต์
ทรงไทย บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวอย่างยิ่ง คณะฯ จึงขอ
อนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชนานต์ ทรงไทย

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๐๑๔



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ด้วย นายพนัญช์ จำปาเทศ รหัสประจำตัว ๕๖๙๒๐๒๐๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครง
วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
เมตาบอลิกซินโดรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีย์ กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก พว.อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์
บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวอย่างดียิ่ง คณะฯ จึงขออนุญาต
เชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

สำเนาเรียน พว.อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์

ที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๔๕๕



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย
เรียน สาธารณสุขอำเภอบางพลี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นายพนันธุ์ จำปาเทศ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ - ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

๒.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไฉลง จำนวน ๕๐ ราย ระหว่างวันที่ ๖ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ จำนวน ๔๒ ราย ระหว่างวันที่ ๖ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๘๖๐-๗๘๕๗

ภาคผนวก จ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือเพื่อการวิจัย
และแปลเครื่องมือเพื่อการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือเพื่อการวิจัย
และแปลเครื่องมือเพื่อการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือเพื่อการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิชกานต์ ทรงไทย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยรังสิต
3. พว.อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ชลบุรี

รายนามผู้เชี่ยวชาญแปลย้อนกลับเครื่องมือเพื่อการวิจัย

- ดร.สุชีวา วิชัยกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นพรัตน์วัชร

ภาคผนวก จ

คะแนน และระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์
การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพ
ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 9 คะแนน และระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	1	4	1.81	3.94	2.88	0.54
2. การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1	4	1.73	4.00	3.48	0.51	มาก
3. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1	4	0.80	2.67	1.55	0.49	น้อย
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1	4	2.13	4.00	3.22	0.50	มาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	5. ความรอบรู้ ทางสุขภาพต่อ การมีพฤติกรรม ป้องกัน โรคหลอดเลือด หัวใจ	1	4	1.63	3.56	2.23	

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.88, SD = 0.54$ และ $M = 2.23, SD = 0.38$ ตามลำดับ) การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับมาก ($M = 3.48, SD = 0.51$ และ $M = 3.22, SD = 0.50$ ตามลำดับ) และมีการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.55, SD = 0.4$)