



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF PERCEPTION AND HEALTH BEHAVIOR
OF OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

พรรณพัชร สกุททรงเดช

มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ



พรรณพัชร สกุทองเดช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF PERCEPTION AND HEALTH BEHAVIOR
OF OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE



PANNAPHAT SAKUNSONGDAJ

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พรรณพัชร สกุลทรงเดช ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วิศิชา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื้อ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วิศิชา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายฝน ม่วงคุ้ม)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

59920414: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ปัจจัย, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดหัวใจ

พรรณพัชร สกุลทรงเดช : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. (RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF PERCEPTION AND HEALTH BEHAVIOR OF OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, Ph.D., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. ปี พ.ศ. 2564.

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 ราย ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากผู้สูงอายุที่รับบริการสุขภาพที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ของ Stretcher and Rosenstock (1997) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .96, .94, .98, .96, 1.00, .98 และ .98 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .725, .785, .932, .705, .844, .743 และ .889 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อตัดกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนน outlier เหลือจำนวน 110 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.1) มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 53.67, SD = 4.64$) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r_s = .811, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง ($r_s = -.811, p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .359, p < .001$) กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_{ps} = .200, p < .05$) กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสมต่อไป

59920414: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FACTORS, HEALTH BELIEF, OLDER ADULTS, CORONARY ARTERY DISEASE

PANNAPHAT SAKUNSONGDAJ : RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF PERCEPTION AND HEALTH BEHAVIOR OF OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE. ADVISORY COMMITTEE: NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D., PORNCHAI JULLAMATE, Ph.D. 2021.

Suitable health behavior can control coronary artery disease (CAD) and reduce dangerous complications. This descriptive correlational research aimed to study health behavior of older adults with CAD and the relationship between health belief perception and health behavior of older adults with CAD. The 113 subjects, who attended the medicine clinic outpatient department at Chonburi hospital, were selected by simple random sampling. The research instruments were a demographic interview, the health beliefs perception interview with 6 aspects (Stretcher & Rosenstock, 1997) and the health behavior interview of the older adults with CAD. Content validity index scores were .96, .94, .98, .96, 1.00, .98 and .98, respectively. Cronbach's alpha coefficients were .725, .785, .932, .705, .844, .743 and .889, respectively.

The researchers eliminated 3 subjects because of outlier traits. Data analysis of the remaining 110 subjects found that nearly all (99.1%) had a high level of health behaviors ($\bar{x} = 53.67$, $SD = 4.64$). Analysis by Pearson's product moment correlation coefficient and Spearman rank correlation coefficient showed that perceived self-efficacy had a positive and high relationship ($r_s = .811$, $p < .001$), perceived barriers had a negative and high relationship ($r_s = -.811$, $p < .001$), perceived benefit had a positive and moderate relationship ($r_s = .359$, $p < .001$) and perceived severity of CAD had a low positive correlation ($r_{ps} = .200$, $p < .05$) with health behavior of the older adults with CAD. There were no significant relationships ($p < .05$) between perceived susceptibility and health behavior of older adults with CAD, or between perceived cues to action and health behavior of older adults with CAD.

To promote suitable health behavior of older adults with CAD, nurses can use these research findings as a basis for improving nursing practice by increasing perceived self-efficacy, perceived benefit and perceived severity, and by reducing perceived barriers.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ และคำปรึกษา ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เสมอมา ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้สอนเนื้อหาวิชาต่าง ๆ ให้ผู้วิจัยได้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น

ขอขอบพระคุณ Professor Dr. Ed Rosenberg จาก Department of Sociology, Appalachian State University ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ทุนบางส่วนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณสถานที่ฝึกประสบการณ์ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยสูงอายุ ผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง ที่เป็นกรณีศึกษาให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ และมีความเข้าใจการพยาบาลผู้สูงอายุมากขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่กรุณาเสียสละเวลามาตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่มีคุณค่าในงานวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว สามี เพื่อน และที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามอย่างครบถ้วนในที่นี้ ที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือทุกอย่าง ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

พรรณพัชร สกุลทรงเดช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ฅ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ	14
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	24
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ	30
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจ.....	41
การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	59
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 4 ผลการวิจัย	64
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	71
สรุปผลการวิจัย	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	82
ข้อจำกัดของงานวิจัย.....	83
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก.....	96
ภาคผนวก ข	102
ภาคผนวก ค.....	105
ภาคผนวก ง	107
ประวัติย่อของผู้วิจัย	120

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)	65
ตารางที่ 2 ระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 110)	68
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 110)	69



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
ภาพที่ 2 องค์ประกอบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) .	26



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease [CAD]) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขอันดับหนึ่งในหลายประเทศทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบประชากรเจ็บป่วยโรคนี้ 17.7 ล้านคน ซึ่งพบมีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 31 (World Health Organization [WHO], 2017b) และในชาวอเมริกัน พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 23.4 (Centers for Disease Control [CDC], 2016) ส่วนในประเทศไทยอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2558 เป็นจำนวน 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการรายงานอัตราการป่วยตายต่อแสนประชากร ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปีงบประมาณ 2561 ในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นจำนวน 36.89 ต่อประชากรแสนคน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งอัตราการตายด้วยโรคนี้ ในเขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดชลบุรีพบมากที่สุด 33.98 ต่อประชากรแสนคน (คณะกรรมการพัฒนาศาสตร์เขตสุขภาพที่ 6, 2559) ทั้งนี้ โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary care) และจากการทบทวนเวชระเบียนของ สถิติโรงพยาบาลชลบุรี (2559) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าพักรักษาตัว 4 ปีย้อนหลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2559 มีจำนวน 777, 815, 739, 845 รายต่อปีตามลำดับ และโรงพยาบาลชลบุรีได้มีนโยบาย กล่าวถึง เข็มมุ่งในปี พ.ศ. 2561 ว่าด้วยเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับการลดอัตราการตาย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง (High risk group)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย เกิดพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม เจ็บหน้าอก ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเล็กน้อยไปจนถึงระดับที่รุนแรงขึ้นเสียชีวิต (WHO, 2017) จากผลกระทบข้างต้นทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจตามมา คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดความวิตกกังวล กลัวความไม่แน่นอนของโรค กลัวตาย ก่อให้เกิดความเครียดของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลของผู้สูงอายุได้ (นิตยา ฤทธิเพชร, นุชนารถ ร่วมทอง, คารุณี ทับวิเศษ และชนพร แยมสุดา, 2558) จึงส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคม ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีข้อจำกัดในการทำ

กิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนไป ถูกจำกัดสถานภาพ เกิดความเบื่อหน่าย ทำให้ต้องพึ่งพา หรือเป็นภาระผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล (เอมอร์ แสงศิริ, ดวงกมล วัตราคุลย์ และสุธานิธิ กาญจนกุล, 2558) รวมถึงค่าใช้จ่ายของรัฐที่เพิ่มสูงขึ้น จากการรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ประมาณการว่า มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในปี ค.ศ. 2016 จำนวน 89 ล้านเหรียญสหรัฐ และในปี ค.ศ. 2035 จะมีค่าใช้จ่ายด้วยโรคนี้ถึง 215 ล้านเหรียญสหรัฐ (American heart association [AHA], 2017 a) นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุจำนวนไว้อีก เช่น ค่าใช้จ่ายชีวิตประจำวัน การลาออกจากงาน และค่าเดินทาง (สรพิศ พรหมผิว, ชวนพิศ ทำนอง, สุพร วงศ์ประทุม และไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร, 2558) บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา, 2555) โดยภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ด้านการควบคุมอาหาร เช่น เติมน้ำตาลที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบค่อนข้างมากในอาหาร ได้แก่ น้ำปลา ปลาร้า และเกลือ ซึ่งทำให้เกิดความเค็มขึ้น เมื่อไม่เค็มทำให้รู้สึกว่ารสชาติไม่อร่อย โดยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chiou et al. (2009) ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง และหากมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Acute myocardial infarction [AMI]) (Blaha, Ketlogetswe, Ndumele, Gluckman, & Blumenthal, 2011) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การควบคุมอาหาร (กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน, 2560) 2) การรับประทานยา (Smith et al., 2011; ฟ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) 3) งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (WHO, 2017; ฟ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; วิวรรณ ทังสุขบุตร, 2556) 4) การออกกำลังกาย 5) การจัดการความเครียด (Chiou et al., 2009) จะช่วยให้สามารถควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีขึ้น อีกทั้งสามารถป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะเกิดตามมาด้วย

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลต่อการควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model [HBM]) เป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลของ Stretcher and Rosenstock (1997) ทั้งนี้เนื่องจาก ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว ซึ่งประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เชื่อมั่นว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงนำมาศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นความเชื่อ หรือความคิดเห็นว่าตนมีโอกาสรiskต่าง ๆ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และเชื้อชาติ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และ วาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการไม่จำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ($r = 0.361, p = .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (ชญัญญา นุชไพรวงษ์, วรรณัญ สัตยวงศ์ทิพย์ และภุณรินทร์ สีกุล, 2560; ณัฐพร อยู่ปาน, พัชรดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล, 2558; วาสนา ศรีหามาตร์, สุพัตรา บัวทิ และสุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2558; Kamran, Sadeghieh, Biria, Malepour, and Heydari, 2014) แตกต่างจากการศึกษาของ คำธมมูทะสิน (2559) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการศึกษาส่วนมากศึกษาในวัยผู้ใหญ่ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อตนเองในด้านการเจ็บป่วย ความปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต รวมถึงการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย

จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรคหัวใจล้มเหลว ($r = 0.227, p = .016$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chiou et al. (2009) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ จากการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง และจิตติมา กัตติญญ (2558) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่มีประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของตน ซึ่งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงผลดี และผลเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) เสาวลักษณ์ ท่ามาก, อรสา พันธุ์ภักดี, กุสุมา คุ้มวัฒนสัมฤทธิ์ และพิศสมัย อรทัย (2552) Chiou et al. (2009) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (ซัชรินทร์ ภูเมาะ และรุ่งนภา จันทรา, 2558; ชัญญาณัฐ ไพรวงษ์ และคณะ, 2560; ฉัฐพร อยู่ปาน และคณะ, 2558; กทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี, 2558; วาสนา ศรีหามาตร์ และคณะ, 2558; Kamran et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาในวัยผู้สูงอายุของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรค

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558; คำธณ มุทะสิน, 2559; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553; สุมาลี วัจนนา, ชูติมา ผาดิดำรงกุล และปราณี คำจันทร์, 2551) ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบ หรือข้อขวางพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อาจเกิดขึ้นตามมาหลังจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความอับอาย เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiou et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) เสาวลักษณ์ ทำมาก และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558; ชัยรินทร์ ภูมา และรุ่งนภา จันทรา, 2558; ชัญญา นุช ไพรวงษ์ และคณะ, 2560; ณัฐพร อยู่ปาน และคณะ, 2558; วาสนา ศรีหามาตร์ และคณะ, 2558; สุมาลี วัจนนา และคณะ, 2551; Kamran et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาในวัยผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2560) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้อุปสรรคในโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (คำธณ มุทะสิน, 2559; ภทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี, 2558; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553) จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรคของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของเหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่กระตุ้น หรือเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และรักษาโรค ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่กระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพึงพอใจ

ที่ยอมรับคำแนะนำ อาการเดือนไม่สุขสบาย การได้รับความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพทางบวก และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอก ได้แก่ คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข่าวสาร ดังการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้สิ่งชักนำในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (คำธณ มุทะสิน, 2559; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา (2560) ที่พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiou et al. (2009) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ยังไม่พบการศึกษาการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล ร่วมกับปัจจัยในการรับรู้ต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยทางบวก ส่งผลให้แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำได้อย่างดีมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ทามาก และคณะ (2552) กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) Chiou et al. (2009) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (ภทรพรรณ อุณาภคม และขวัญชัย รัตนมณี, 2558; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553 และ Kamran et al. (2014) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่พบการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการรับรู้ตามแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ระดับ ตติยภูมิ และตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรค หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาวิจัย และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความเชื่อ และความคิดเห็นของ ผู้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

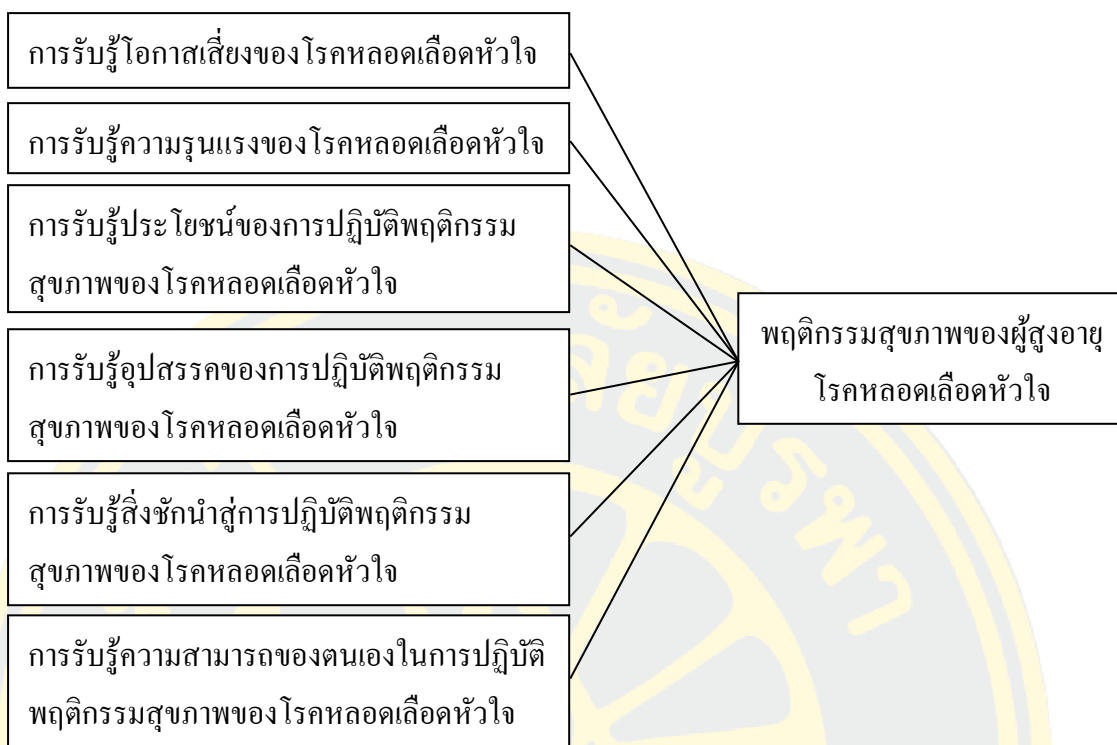
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
5. การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
6. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนที่เกิดจากการรับรู้ของบุคคลในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในด้านสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของโรคนั้น ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ทั้ง 6 มิติ ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ของบุคคล ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน โดยพิจารณาถึงผลกระทบที่ตามมา เกี่ยวกับอันตราย ความรุนแรงของโรค ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ 3) การรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการที่บุคคลรู้ว่า มีผลดี และมีประโยชน์ จะทำให้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่จะมาขัดขวาง หรือจากการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอาย มีความลำบากใจ 5) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจ ซึ่งผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การควบคุมอาหาร 2) การรับประทานยา 3) งดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 4) การออกกำลังกาย 5) การจัดการความเครียด จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรในกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 113 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้

ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็น
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และ
ไม่ได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค
หลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของ Stretcher and
Rosenstock (1997)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็น
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับอันตราย ความรุนแรงของโรค ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย
จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด
หัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock
(1997)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง
ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับผลดี และมีประโยชน์
ในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา งดสูบบุหรี่และ
เสี่ยงควันบุหรี่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
การทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง
ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ
ที่ไม่สุขสบายกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรค
ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรม และแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997)

การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง
ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจ ผลักดัน
ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย สิ่งชักนำภายใน เช่น การห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ
ของตนเอง และภายนอกบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาล ประเมินได้จาก

แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งหมด 5 ด้าน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.2 พยาธิสภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.4 อาการ อาการแสดง และความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.5 ผลกระทบของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.6 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.7 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลชลบุรี
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 4.5 การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 4.6 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ
5. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคที่เกิดจากการตีบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (WHO, 2017)

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ที่เกิดจากการอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารี ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งพบในโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (American Heart Association, 2017b)

โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบ หรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ (ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, 2553)

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารี มีการตีบแคบมากกว่า ร้อยละ 50 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่มามีการทำงานเพิ่มขึ้นได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

สำหรับในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ให้นิยามศัพท์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่หลอดเลือดโคโรนารี มีการตีบแคบ หรืออุดตัน เกิดจากไขมัน ทำให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น มีผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จนกระทั่งกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พยาธิสภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงทางสรีระในทางที่เสื่อมลง (Schoen & Mitchell, 2015) จากลักษณะทางกายภาพ เช่น ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นกว่าวัยอื่น (Chiou et al., 2009; WHO, 2017) เมื่อเกิดขบวนการสูงอายุ (Aging process) จะทำให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ คอลลาเจนไฟบริล (Collagen fibrils) และไฟเบอร์ (Fiber) ยืดหยุ่นจะค่อย ๆ ขยาย และเคลื่อนไปสู่ชั้นใน ทำให้ผนังชั้นในหนาตัว และเป็นโครงสร้างรอยของอเธอโรสเคอโรติก (Atherosclerosis lesion) (Blaha et al., 2011) รวมถึงระบบไหลเวียนเลือดโดยมีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ มีลักษณะตีบแคบลงจากภาวะหลอดเลือดแข็ง และอุดตันจากการมีโคเลสเตอรอลไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีแคลเซียมมาเกาะ

มีเชื้อฟังสิด ไชมัน และสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) สะสมมีการเปลี่ยนแปลง และเพิ่มขึ้นของคอลลาเจน มีผลทำให้ความสามารถในการหด และคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยและช้าลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) เกิดเป็นภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแข็ง (Atherosclerosis) โดยเกิดจากการสะสมของคราบไขมัน (Plaques) ที่ใช้เวลาเป็นปี ๆ และจะค่อย ๆ พอกพูนขึ้น จนทำให้โพรงหลอดเลือดเกิดการตีบแคบหรือเกิดการอุดตัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในทางที่เสื่อมลงของหลอดเลือด ทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งพบว่า การตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารี ร้อยละ 50 หรือมากกว่า เป็นอาการสำคัญบ่งบอกถึงความรุนแรงของการตีบแคบของหลอดเลือด ที่พบบ่อย ทำให้ได้รับออกซิเจน และสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จึงเกิดอาการ เช่น อาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลม หหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; สุทธิชัย สิทธิสุข, 2557; Vinay, Abul, & Jon, 2015) และหากมีการตีบแคบของหลอดเลือด ร้อยละ 70 เป็นความรุนแรงของการตีบของหลอดเลือด ทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกขณะพัก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) เมื่อการอุดตันเพิ่มขึ้นจนมากกว่า 90% จะมีอาการแม้ในขณะที่พัก ซึ่งการที่กล้ามเนื้ออยู่ในสภาพขาดเลือดแบบเรื้อรัง ทำให้การทำงานของหัวใจอาจพัฒนาไปเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Chronic ischemic heart disease with heart failure หรือ Ischemic cardiomyopathy) (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม และหมดสติ (Fleg et al., 2013)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; หัสยา ประสิทธิ์ดำรง, 2553; อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2553; American Heart Association, 2017b; Charles & Nanette, 2011; Emily, 2014; Fleg et al., 2013; Kang, Yang, & Kim, 2010; Sharifzadeh, Moodi, Majd, & Musae, 2017) ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หมายถึง ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เป็นมาแต่กำเนิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดความรุนแรง เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้หญิงมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันเป็น 2 เท่าของชาย

1.2 เพศ ผู้ชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมมากกว่าผู้หญิง แม้กระทั่งในวัยหมดประจำเดือน พบว่า จำนวนผู้หญิงอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากโรคหัวใจ แต่ข้งน้อยกว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ชาย

1.3 พันธุกรรมและเชื้อชาติ ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า คนผิวขาวเป็นโรคนี้มากกว่าคนผิวอื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มเชื้อชาติที่มีโรคอ้วนและเบาหวานสูง ความเสี่ยงจะพบสูงขึ้นประมาณ 1.3 เท่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติญาติผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 55 ปี และมีประวัติญาติผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 65 ปี

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ เพื่อลดความเสี่ยงให้ลดลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การควบคุมอาหาร โดยลดอาหารที่มีไขมันสูง รสเค็ม รสหวาน (ต้นสนีย์ คำรังสิต, พรรณวดี พุชวิฒนะ และกุสุมา คุววิฒนสัมฤทธิ์, 2560) ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจมีผลกระทบในระยะยาว คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุมาจากความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะไต ประกอบกับมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกในร่างกายจึงเกิดการชดเชยส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น (Schwarzer, 1994 อ้างถึงใน อรรวรณยา ภูมิศรีแก้ว, 2555) ซึ่งในเพศชาย อายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 2,200 กิโลแคลอรี/วัน ส่วนในเพศหญิงอายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานประมาณ 1,850 กิโลแคลอรี/วัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงานลดลงไปอีกร้อยละ 10-12 จึงควรรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะที่มีไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและบริโภคไขมันชนิดที่ไม่อิ่มตัวมาก จะเป็นสาเหตุให้มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระตุ้นให้เกิดการจับตัวของเลือด ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ไขมันในเลือดที่มีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดปัญหาของหลอดเลือดหัวใจ จำแนกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.2.1 ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein [LDL]) = “bad cholesterol” เป็นไขมันที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง มีการสะสมของไขมันจับตัวอยู่ตามผนังหลอดเลือด ซึ่งพบว่า การลดไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ ให้ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจได้

2.2.2 ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein [HDL]) = “good cholesterol” เป็นไขมันดี มีหน้าที่นำโคเลสเตอรอลที่ติดตามผนังหลอดเลือดให้หลุดออกไปจึงช่วย

ลดการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งมีการศึกษา พบว่า การเพิ่มไขมันที่มีความหนาแน่นสูงให้สูงกว่า 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2.2 การรับประทานยา ควรปฏิบัติไปคู่ควบกับการส่งเสริมด้านโภชนาการที่เหมาะสม (นพวรรณ บุญบำรุง, 2558) และรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (ศันสนีย์ คำรังสีศิลป และคณะ, 2560)

2.3 งดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงวันบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวน/ วัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 6.5 เท่า ซึ่งสารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกิดหลอดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย นอกจากนี้ยัง พบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูงในเลือดลดลง

2.4 การออกกำลังกาย ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะการไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย 1.9 เท่า พบว่าการมีกิจกรรมทางกายในระดับหนักปานกลางสะสมอย่างน้อย 30 นาที ในแต่ละวัน เช่น การเดิน การเดินเร็ว จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จากการศึกษาการลดความดันโลหิตด้วยการออกกำลังกายแบบบีบมือเกร็งค้าง ของ เสาวนีย์ นาคมะเร็ง, ลักษณะ มาทอ, ทวีศักดิ์ จรรยาเจริญ, ปณิศา ธรรมนิธิส และเพียงดาว อาจชัยธร (2559) เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ง่าย ใช้ระยะเวลาสั้น ให้ผลในการควบคุมความดันโลหิต โดยออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคหัวใจ เพราะค่าแรงบีบมือมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายในผู้สูงอายุ แต่ถ้าขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ส่งผลให้สร้างภาระให้กับหัวใจ (Bangalore et al., 2017) กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนัก เพื่อทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินพอดีหรือเกิดมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ และพบว่า ผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า การกระจายไขมันส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบสัดส่วนของส่วนเอว และสะโพกที่เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคในผู้หญิงสูงอายุ

2.4.1 ความดันโลหิตสูง เมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน แรงดันที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดแรงกระแทก ทำให้หลอดเลือดมีการฉีกขาด และเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี กระตุ้นให้กระบวนการสะสมไขมันที่ผนังหลอดเลือดเกิดได้เร็วขึ้น

หลอดเลือดตีบแคบลงทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดในที่สุด ซึ่งพบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า ส่วนในผู้สูงอายุกำหนดให้รักษาความดันโลหิตไว้ไม่ให้เกิน 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท และ อายุมากกว่า 80 ปี กำหนดไม่ให้เกิน 150/ 90 มิลลิเมตรปรอท

2.4.2 โรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มขึ้นกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-8 เท่า โดยร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตด้วยหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเกิดจากมีอาการเรื้อรังนาน ๆ จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังของหลอดเลือดขนาดเล็ก มีการแข็ง และเปราะ ผนังหลอดเลือดแดงมีการฉีกขาดได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะคืออินซูลิน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจึงเพิ่มขึ้น จึงมีการเปลี่ยนเป็นไกลโคเจน และไขมันสูงขึ้น

2.5 การจัดการความเครียด เป็นตัวกระตุ้นสำคัญ ที่จะทำให้เกิดอาการแอนจินาเพคทอริสได้ เช่น เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ซึ่งเมื่อมีอารมณ์เครียดร่างกายจะหลั่งสารแคทีโคลามีนออกมามาก หัวใจจึงเต้นเร็ว ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจจึงสูงขึ้น และ ภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้จากปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งความเครียดส่วนใหญ่มาจาก ที่ทำงาน ครอบครัว การเงิน เหตุการณ์สำคัญในชีวิต และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะเครียดในระดับสูง จึงทำให้รับประทานอาหาร สูบบุหรี่มากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

อาการ และอาการแสดงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการแบ่งลักษณะอาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ (วรมนต บำรุงสุข, 2548; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2552; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2548; อุไร ศรีแก้ว, 2543; Schwartz & Zipes, 2008; Tully, 2002) ได้ดังนี้

1. อาการแสดงที่จำเพาะกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อาการเจ็บแน่นอก ซึ่งเกิดจากการตีบแคบหรือตัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และพบว่า อาการเจ็บหน้าอก แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 การเจ็บหน้าอกอย่างสม่ำเสมอ (Stable angina) หมายถึง เจ็บหน้าอกลักษณะเดียวกัน เป็นเรื้อรังนานกว่า 2 เดือนขึ้นไป เช่น เจ็บเหมือนมีคนมาบีบหน้าอก แน่นอึดอัด เหมือนมีของหนักมากดทับ เจ็บบริเวณเดียวกัน เช่น บริเวณสะบักขวาไปแขนซ้าย หรือ แขนขวา ไปที่ คอ คาง ไหล่ ขากรรไกร และ กรามล่าง ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บประมาณ 2-15 นาที โดยมีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดมีอาการ เช่น การออกกำลังกาย เจ็บขณะเดินขึ้นบันได เป็นต้น

1.2 การเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอก เกิดอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรก (New-onset angina) ซึ่งไม่มีสาเหตุมาชักนำ เช่น เกิดในขณะที่นอนพักผ่อน (Rest angina) โดยเป็นต่อเนื่องนานกว่า 20 นาที อาการเจ็บหน้าอกจะมีอาการมากขึ้น (Crescendo angina) ซึ่งอาการเจ็บนั้นจะรุนแรงขึ้น มีความถี่ขึ้น และเป็นนานขึ้น

1.3 การเจ็บหน้าอกขณะพักผ่อน (Variant หรือ Prinzmetal's angina) หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะขณะเวลาพักผ่อนนอนหลับ หรือในเวลาใกล้ตื่นเช้า โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นการออกกำลังกาย หรือการมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง

2. อาการแสดงอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ หายใจไม่อิ่ม เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว หรือช้ากว่าปกติ ปวดบริเวณท้องมากกว่าการปวดเจ็บบริเวณปวดไหล่ หรือปวดหลัง และหมดสติ โดยจะเกิดขึ้นขณะมีการพัก หรือเมื่อเกิดความเครียด

3. ไม่มีอาการและอาการแสดงใด ๆ (Silent ischemia) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามหลัก ICD-10-TM

บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International classification of diseases [ICD]) สำหรับประเทศไทย ICD-10-TM (TM ย่อมาจาก Thai modification) ในปี พ.ศ. 2554 เพื่อให้ได้มีรหัสที่มีความเหมาะสมสำหรับการใช้งานในประเทศไทย ซึ่งในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจใช้รหัสโรค ICD-10-TM คือ I20-I25 ตามลักษณะอาการการเจ็บแน่นหน้าอกแบบ angina และการตรวจพบความผิดปกติในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Q wave ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวินิจฉัยโรคจากรหัส ICD-10-TM คือ I251 (Coronary artery disease/ Atherosclerotic heart disease), I252 (Old myocardial infarction), และ I259 (Chronic ischaemic heart disease, unspecified) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว มักนิยมแบ่งตามระดับสมรรถภาพของหัวใจและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) เป็น 4 ระดับ (New York Heart Association, 1994 cited in Davis, Davies, & Lip, 2006) โดยผู้วิจัยได้นำมาใช้เพื่อเป็นเกณฑ์ในการแบ่งความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมสามารถทำกิจกรรมทั่วไป โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดของกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้ แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกถึงแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก และเมื่อได้พักอาการหายใจ หอบเหนื่อยจะดีขึ้น

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่ายหรือเจ็บหน้าอกแม้ในขณะพัก

ผลกระทบโรคหลอดเลือดหัวใจต่อผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เรื้อรัง ต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งไม่สามารถให้รักษาได้หายขาดได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดจากพยาธิสภาพในระบบหลอดเลือดหัวใจ มีการตีบแคบ ส่งผลให้ความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงแสดงถึงอาการอ่อนเพลีย สับสน มีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บไหล่ และหลัง อาจมีอาการแน่นอึดอัดท้อง และแน่นหน้าอก หดสติ จะแสดงอาการทันทีทันใด หรือขณะทำกิจกรรม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; Alcaino & Lama, 2011; Charles & Nanette, 2011) รวมถึงพบมีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 31 (World Health Organization [WHO], 2017a) และ จากการรายงานอัตราการป่วยตายต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปีงบประมาณ 2561 ในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นจำนวน 36.89 ต่อประชากรแสนคน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทหน้าที่ลดลง กลัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อมีอาการที่รุนแรงขึ้น เกิดความรู้สึกกลัว รู้สึกว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาครอบครัว และเป็นภาระแก่ครอบครัวมากขึ้น จึงเกิดความรู้สึกด้อยค่า สูญเสียสมรรถภาพ กลัวเสียชีวิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ (กอบกานต์ สวัสดิศิริชัย, วารี กังใจ, ชมนาด สุ่มเงิน, 2560; นิตยา ฤทธิเพชร, 2556) ส่งผลต่อในด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความกังวล และความพร่องในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ขาดแรงจูงใจ และขาดทักษะในการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย (เอมอร แสงศิริ และคณะ, 2558)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุต้องดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังไปตลอดชีวิต ทำให้แบบแผน และบทบาทในการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนไป ถูกจำกัดสถานภาพ และบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ในด้านใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ในค่าใช้จ่ายของรัฐ

1.5 ยาต้านแคลเซียม (Calcium-channel blockers) เป็นยาที่ลดปริมาณของแคลเซียมที่จะเข้าสู่เซลล์หัวใจและหลอดเลือด (American Heart Association, 2017c) ยามีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีขยายโดยตรง จึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง เพิ่มการไหลเวียนเลือดของหัวใจ (Fleg et al., 2013)

2. การรักษาด้วยการเปิดขยายหลอดเลือดมีหลายวิธี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; เอมอร แสงศิริ และคณะ, 2558; Charles & Nanette, 2011) ดังต่อไปนี้

2.1 การขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน (Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA]) โดยอาศัยหลักการของการสวนหัวใจ ไปยังบริเวณที่มีหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการตีบแคบ และใส่ขยายบอลลูนดันให้ไปยึดหลอดเลือดขยายออก ทำให้คราบไขมันแบนลง รูของหลอดเลือดจะขยายออก ส่งผลให้การตีบแคบของหลอดเลือดลดลงร้อยละ 20 วิธีที่มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้เร็ว ทำให้หายจากการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว และลดอัตราการเสียชีวิต มีผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

2.2 การใส่โครงตาข่าย (Coronary stents) วิธีนี้จะคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน แต่แตกต่างกันที่ฝังโครงตาข่ายที่ในหลอดเลือดแดง เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือด และต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด ร่วมกับ อัตราการอุดตันซ้ำของหลอดเลือด พบได้ร้อยละ 14-26

2.3 การตัดเอาคราบไขมันออก ทำให้สิ่งอุดตันถูกปั่นเป็นอนุภาคเล็กๆ แล้วหลุดไปตามกระแสเลือด แบบมีดโกน (Directional coronary atherectomy) ใบมีดที่เก็บอยู่ในสายสวนจะตัดและโกยสิ่งอุดตันที่หลุดออกแล้วดูดเข้าไปเก็บไว้ในสายสวนหลังจากนั้นจะหลุดออกมาตามสายเมื่อดึงสายสวนออก และแบบตัดแยก (Extraction atherectomy) ใบมีดจะเขาส่งสิ่งอุดตันออกจากหลอดเลือด แล้วสิ่งอุดตันจะถูกเก็บไว้ในปล้องที่หุ้มใบมีดโกนโดยใช้อุปกรณ์ในการตัดคราบไขมันซึ่งมีหลายชนิด เช่น แบบหัวกรอ (Rotational atherectomy) โดยหัวกรอจะหมุนด้วยความเร็วสูง และเมื่อเทียบกับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน พบว่า การตัดเอาคราบไขมันออกมีโอกาสเกิดการแตกของหลอดเลือดได้น้อยกว่า การตัดคราบไขมันนี้จะมีข้อจำกัดคือ สามารถทำในหลอดเลือดที่อยู่ส่วนต้นและกลางเท่านั้น โดยต้องมีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 3 มิลลิเมตร ต้องมีการอุดตันของเส้นเลือดยาวที่ไม่เกิน 15 มิลลิเมตร และต้องไม่มีคราบแคลเซียมเกาะมากนัก

2.4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting) โดยเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง ได้ผลทันที แต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และต้องมี

ความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ รวมถึงสถานที่ ซึ่งการพิจารณาผ่าตัดต้องคำนึงข้อบ่งชี้ โดยผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้าย มากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น อย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง มากกว่าร้อยละ 70 และมีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัล หรือเอออร์ติกร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีอัตราการรอดชีวิต ในระยะ 5 ปี แรกสูงถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 80 พบว่า มีอาการเจ็บหน้าอกน้อยมาก หรือไม่มีเลย ในระยะ 7-10 ปี

3. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการให้ความรู้ดูแลตนเองหลังรักษาด้วยฉีดสีสวนหัวใจ (Coronary angiogram [CAG]) หรือการเปิดขยายหลอดเลือดเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ตามหลัก DMETHOD โดยครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้ (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วบุญญ และ ณฤทัย นฤมาน โภคิน , 2562)

3.1 การประเมินความต้องการในการวางแผนจำหน่ายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติ

3.2 การให้ความรู้ และความเข้าใจที่เพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้าน

3.3 การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และญาติแต่ละราย

3.4 ประเมินผลการให้ความรู้ และทักษะการดูแลของผู้ป่วย และญาติ

3.5 รับฟังความกังวล และนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลชลบุรี

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ต้องผ่านการคัดกรองจากพยาบาลทุกราย ในรายชื่อเร่งด่วนถูกนำส่งห้องฉุกเฉินทันที ส่วนในรายชื่อไม่เร่งด่วนได้รับการตรวจโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioner [GP]) หากตรวจพบหรือคาดว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการตรวจกับแพทย์เฉพาะทางโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งโรงพยาบาลชลบุรี ได้มีอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ซึ่งมีคลินิกประจักษ์ใจมีเครื่องมือเฉพาะทางในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หากพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบแคบหรืออุดตัน เกิดจากคราบไขมันสะสมในหลอดเลือด ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ทำงานได้อย่างปกติ ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจติดขัด อาการดังกล่าวพยาบาลคัดกรองแบ่งตามความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามเกณฑ์ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA) ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการดังกล่าวได้รับการรักษาด้วยยา ถ้ารุนแรงขึ้นแพทย์เป็นผู้ประเมินทำการรักษาแบบนัดให้ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล (Elective case) หรือ แบบฉุกเฉิน (Emergency case) ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำการดูแลปฏิบัติตนก่อนการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูน (Percutaneous coronary

intervention [PCI]) และหากไม่สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูนได้ แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดบายพาสหัวใจ (Coronary artery bypass grafting [CABG]) ซึ่งโรงพยาบาลชลบุรีมีเตียงรองรับการทำหัตถการดังกล่าวโดยเฉพาะ ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำ รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และได้รับใบนัดเพื่อติดตามอาการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาตรวจตามนัด ผ่านการคัดกรอง ชักประวัติ รวมถึงดูแลด้านจิตใจพร้อมได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนอย่างครอบคลุมจากพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่อายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มการดูแลพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากปัญหารวมถึงผลกระทบต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดหัวใจที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเหตุผลสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model [HBM]) มาประยุกต์ใช้ ดังต่อไปนี้

1. ประวัติแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

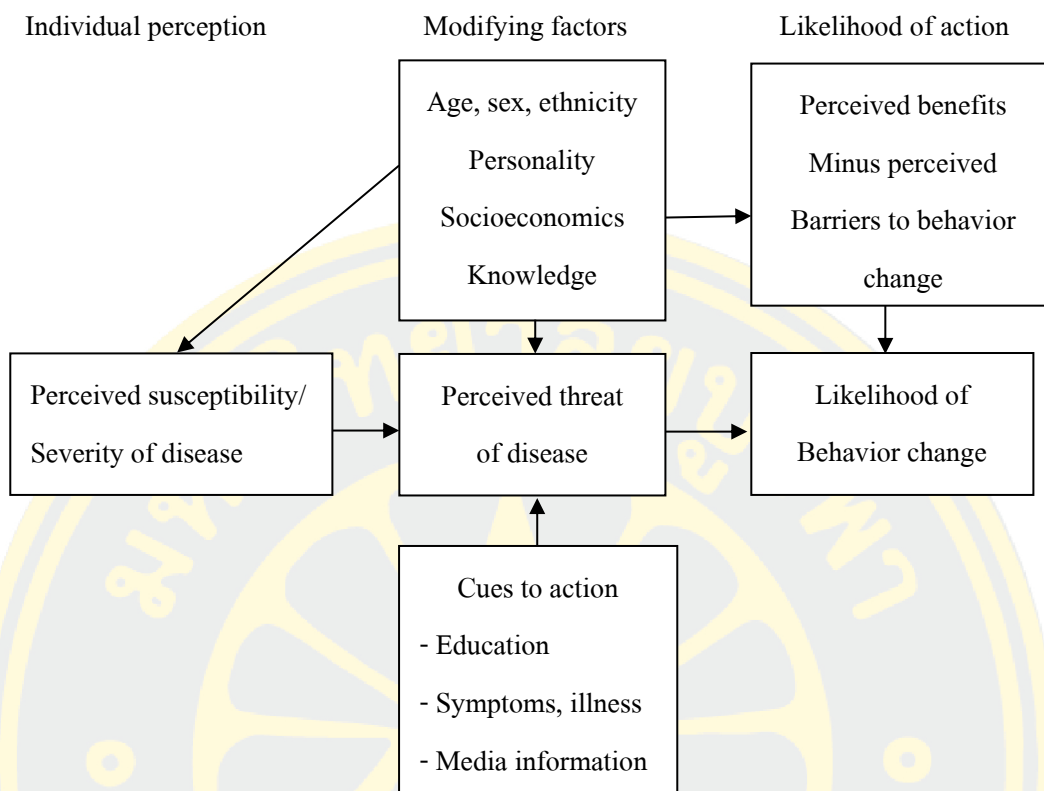
แนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model [HBM])

ในเริ่มแรกอยู่ในช่วง ค.ศ. 1950-1960 จากทฤษฎีด้านจิตสังคม ต่อมามีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นครั้งแรกของ Kurt Lewin โดย Hochbaum (1958) กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่ตนเองเชื่อถือ แม้ว่าสิ่งนั้นไม่ถูกต้องก็ตาม ถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นประสบปัญหาการจัดบริการด้านสุขภาพ ประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อย ทั้งที่บริการที่จัดให้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมาก ปัญหาดังกล่าว นักจิตวิทยา สังคมจึงได้เสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Rosenstock, 1974)

Rosenstock (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ต้องมีความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคล โรคนั้นต้องมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อดำรงชีวิต ซึ่งในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะส่งผลดีต่อการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางในการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก

ความเจ็บป่วย และความอาย เป็นต้น ซึ่ง Becker (1974) พบว่า ปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นปัจจัยในแบบแผนด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ส่วนในการอธิบาย ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้เพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ โดยจากการศึกษาของ Bandura (1988) เสนอให้เพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยยังคงองค์ประกอบที่มีอยู่เดิมไว้ทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อขยายขอบเขตการใช้ประโยชน์ของแบบจำลองเดิมที่จำกัดอยู่เพียงพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคให้สามารถนำไปปรับใช้กับพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยประเด็นตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค รวมทั้ง 2 ตัวแปรเข้าไว้ด้วยกัน เพราะเชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบระหว่างผลดี และผลเสียของพฤติกรรม นำไปสู่การตัดสินใจเลือกการกระทำของตนเอง

Stretcher and Rosenstock (1997) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า พฤติกรรมในการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 6 มิติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความพร้อมของบุคคลให้มีการตัดสินใจ รวมถึงให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 องค์ประกอบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997)

2. องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่นค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย โดยความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจจะนำมาศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อ หรือความคิดเห็น ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่าง ๆ ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และเชื้อชาติ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา งดสูบบุหรี่และเลิกจวันบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

ดังนั้นการรับรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ เมื่อบุคคลใดรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของการรับรู้ของการเกิดโรค เช่นการศึกษาของ ชาญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .427, p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ($r_s = .40$)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการรับรู้ความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ ที่มีต่อด้านสุขภาพ และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะสามารถประเมินว่าความรุนแรงอยู่ในระดับใด ความรุนแรงของโรคนำไปสู่การเสียชีวิตได้หรือไม่ นำไปสู่ความพิการถาวรได้หรือไม่หรือความรุนแรงมีผลต่อการดำเนินชีวิต ต่อสมาชิกในครอบครัว ต่อบทบาททางสังคมของตนเองความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .431, p = .000$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา (2560) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ($r_s = .33$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กาญจนา ลีอมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวจากการไม่จำกัดเกลือ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจำกัดเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .227, p = .016$) ผลของการศึกษานี้บ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำกว่าจะมีการจำกัดเกลือดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูงกว่า

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefits) หมายถึงความเชื่อ หรือความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับผลดี และมีประโยชน์ต่อตนเอง เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือรักษาโรค เช่น เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง การลดความรุนแรงของโรค โดยสามารถลดผลกระทบทางสุขภาพ และทางเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .515, p = .000$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ท่ามาก และคณะ (2552) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีภาวะหัวใจ ล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.324$) สอดคล้องกับการศึกษา กาญจนา ลือ มงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการจำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมจำกัดเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .314, p = .001$)

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของ บุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของ บุคคลในทางลบ ในด้านความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความอาย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา ราชวัณ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และอรสา พันธุ์ภักดี (2559) ที่พบว่า ควรให้ผู้ป่วยคำนึงถึงการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อใช้ในการ ประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการจำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจำกัด เกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.251, p = .007$) เช่นเดียวกับการศึกษา ของ เสาวลักษณ์ ท่ามาก และคณะ (2552) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.205$)

5. การรับรู้สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Cues to action) หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็น ที่มีผลต่อการชักนำ เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจ ทั้งสิ่งเร้าภายใน และภายนอก สิ่งเร้า ภายใน ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพึงพอใจที่ยอมรับคำแนะนำ การได้รับความ ร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ คำแนะนำ ของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข่าวสาร เช่นการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมของการจำกัดเกลือ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.314, p = .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบล วงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา (2560) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า

การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสิ่งชักนำ หรือแรงจูงใจทางบวก ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคอย่างยั่งยืน

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในด้านความรู้ อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งจากภายใน และภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เพื่อบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การศึกษาของ ซนิตา รำขวัญ และคณะ (2559) ที่พบว่า พยาบาลควรคำนึงถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคหัวใจ และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจได้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.371, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจำกัดเกลือมาก ทำให้มีพฤติกรรมการจำกัดเกลือมาก เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.29$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน และวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ มีนักวิชาการหลายคนให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2543) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

อังสินันท์ อินทรกำแหง (2552) กล่าวว่า การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และทำที่ที่จะกระทำซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้น ไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

กองสุขศึกษา (2556) กล่าวว่า การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง อาจมาจากปัจจัยด้านพุทธิพิสัย เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ด้านเจตพิสัย เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็น และด้านทักษะพิสัย เช่น ความสามารถหรือความชำนาญในการกระทำ หรือการปฏิบัติ

อุไรรัชต์ บุญแท้ (2557) กล่าวว่า การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพและการงดเว้นไม่กระทำหรือไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจเจตคติและการปฏิบัติที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560) กล่าวว่า การกระทำ หรือการงดเว้นการกระทำใด ๆ ทั้งที่มีผลดี และผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งได้อิทธิพลจากปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ พุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม

สมคิด สนวนศรี, ปราจิต ทิพย์โอสถ และพนิดา ต้นสิน (2560) กล่าวว่า การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรค โดยคาดหวังให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีนั่นเอง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

สุภัชญา ยศประกอบ และพินัญดา อภัยฤทธิ์ (2562) กล่าวว่า บุคคลที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

สรุป พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลทั้งที่มีผลดีหรือผลเสีย ในด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็น ความสามารถ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพในฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมป้องกันโรค

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องซับซ้อน และค่อนข้างยาก จึงต้องใช้การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบที่แตกต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การควบคุมอาหาร

การเลือกรับประทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้สถานะโรคของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ (นพวรรณ บุญบำรุง, 2558) จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายเหมาะสมกับวัย และ ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน (อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, 2560) รวมถึงการรับประทานอาหาร โดยลดอาหารที่มีไขมันสูง รสเค็ม รสหวาน (สันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ, 2560) และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น (Schwarzer, 1994 อ้างถึงใน อรรวรรณยา ภูมิศรีแก้ว, 2555)

ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะขาดสารอาหารบางชนิด เช่น การขาดแคลเซียม และเหล็ก รวมถึงการขาดวิตามิน ตรงกันข้ามถ้าหากได้รับสารอาหารมากเกินไป อาจเกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะชะลอ หรือป้องกันได้ ถ้าเอาใจใส่เกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุจึงต้องมีการควบคุมการบริโภคอาหาร เนื่องจากมีการทำกิจกรรมลดลง และร่างกายมีการทำงานลดน้อยลง มีผลให้ความต้องการพลังงานลดลงร้อยละ 20-30 เมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาว ซึ่งในเพศชาย อายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 2,200 กิโลแคลอรี/วัน ส่วนในเพศหญิงอายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานประมาณ 1,850 กิโลแคลอรี/วัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงานลดลงไปอีกร้อยละ 10-12 จึงควรรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง (4-5 มื้อ) หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส และท้องผูก และเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับวัย นอกจากการลดปริมาณไขมัน และคาร์โบไฮเดรตแล้ว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ก็จะช่วยให้พลังงานลดลงได้อีกด้วย ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามินพืชผัก วิตามินผลไม้ และไขมัน ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้ (ศรีนวล สติจิตวิทยานันท์, 2560; Katz, 2008; Kontogianni, 2010)

1.1 การเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม

1.1.1 ควบคุม หรือจำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันสัตว์ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น (ทัศนาวุฒรรชณะปรกรณ์, พิกุล ดินามาส และศิริรัตน์ ปานอุทัน, 2551)

1.1.1.1 เลือกอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว ได้แก่ อาหารที่มีส่วนประกอบของกรดไลโนเลอิก และกรดไขมันโอเมก้า 3 ซึ่งมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดยจะช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Maron, Grundy, Ridker, & Pearson, 2004) ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ดังนั้นควรบริโภคโภชนาการประเภทไขมันอิ่มตัว ลำดับของอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงในปริมาณน้ำหนัก 100 กรัม ของอาหารแต่ละชนิด มีลำดับดังนี้

ไขมันกระเทียม	3,640	มิลลิกรัม
สมองหมู	3,100	มิลลิกรัม
สมองวัว	2,300	มิลลิกรัม
ไข่แดง(ไก่)	1,480-2,000	มิลลิกรัม
ไข่แดง(เป็ด)	1,120	มิลลิกรัม
ปลาหมึกใหญ่	1,170	มิลลิกรัม
ปลาหมึกเล็ก	348	มิลลิกรัม
ตับอ่อนหมู	466	มิลลิกรัม
ตับหมู	420	มิลลิกรัม
ไตหมู	380	มิลลิกรัม
หอยนางรม	230-470	มิลลิกรัม
ครีม	400	มิลลิกรัม
เนยเหลว	110-250	มิลลิกรัม
ไข่ทั้งลูก	450-504	มิลลิกรัม
ไข่ปลา	300	มิลลิกรัม
กุ้ง	150-154	มิลลิกรัม
เนยแข็ง	90-140	มิลลิกรัม
น้ำมันหมู	90-170	มิลลิกรัม
ชีโรรรม	105	มิลลิกรัม
เปิดไข่	60-90	มิลลิกรัม

* มาการีน (เนยเทียม) และไข่ขาว ไม่มีโคเลสเตอรอล

1.1.2 เลือกโปรตีนที่มีคุณภาพที่ดี ย่อยง่าย ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ วันละ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เนื้อสัตว์ทั่วไปมีไขมันแทรกอยู่ ร้อยละ 30-50 ถ้าต้องการควบคุมไขมัน ให้รับประทานไข่ขาว และถั่วต่าง ๆ นมพร่องไขมัน หรือเนื้อสัตว์ประมาณ 120-160 กรัม (โปรตีน 15-20 กรัมต่อ 100 กรัม) ต่อวัน หรือเนื้อสัตว์ 100 กรัม ไข่ 1 ฟอง นม 1 แก้ว บางคนดื่มนมอาจทำให้ท้องเสีย ควรดื่มนมถั่วเหลืองแทน ประมาณ 12-15% ของพลังงานทั้งหมดอาหารที่ให้พลังงาน ดังนั้นการเลือกบริโภคอาหารประเภทโปรตีน ควรเลือกในกลุ่มที่มีปริมาณไขมันต่ำ เช่น การเลือก

รับประทานปลา หรือเนื้อในส่วนที่ไม่ติดมัน (ทัศนาศูววรรณะปกรณ, พิภูล ดินามาส และ ศิริรัตน์ ปานอุทัน, 2551) งดการทานเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ถั่วรับประทานนม ควรเลือกนมพร่องมันเนย หรืออาจเลือกรับประทานโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วประเภทต่าง ๆ (ศรีนวล สถิตวิทยานันท์, 2560)

1.1.3 เลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เพราะเป็นแหล่งที่ให้พลังงาน และเส้นใยอาหารแก่ร่างกาย และควรลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตลงโดยเฉพาะน้ำตาล (ทัศนาศูววรรณะปกรณ และคณะ, 2551) ได้แก่ ถั่วเขียว ขนมอบึง บะหมี่ ข้าวโพด เผือก มัน ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ลูกเดือย รวมถึงให้เพิ่มกากใย เช่น ผักหรือสิ่งที่ช่วยลดการดูดซึมน้ำตาล และโคเลสเตอรอล เช่น ยาซิลเลียม (Metamucil) (อาจใช้เมล็ดแมงลักแทน) มีการศึกษาพบว่า การรับประทานโดยเพิ่มน้ำมันถั่วเหลือง ถั่ว ผัก ผลไม้ และธัญพืช ทำให้สามารถลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ (Singh, Dubnov, & Niaz, 2002)

1.1.4 เลือกรับประทานผัก และผลไม้ ซึ่งเป็นอาหารที่มีวิตามิน และเกลือแร่หลายชนิดที่จำเป็นสำหรับร่างกาย วิตามินที่ผู้สูงวัยมักได้รับไม่เพียงพอ ได้แก่ A, B1, B2, B6, B12, กรดโฟลิก และวิตามินซี ดังนั้นในแต่ละวัน ผู้สูงอายุควรรับประทานผัก และผลไม้ให้เพียงพอ

วิตามินผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ผักเขียว มะเขือ ถั่วแขก ถั่วฝักยาว แดงกวา ผักที่มีสีเหลือง หรือแดง เช่น ฟักทอง พริกหวาน ผู้สูงอายุรับประทานได้มาก ผักที่มีโปแตสเซียมสูง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงไม่รับประทาน หรือรับประทานแต่น้อย ได้แก่ เห็ด หน่อไม้ฝรั่ง ดอกกะหล่ำ แครอท บรอกโคลี ผักโขม ผักบุ้ง คะน้า กวางตุ้ง ใบแค ถั่วฝักยาว สะเดา ฟักทอง ข้าวโพด มันเทศ มันฝรั่ง น้ำผัก ผักแก้ว ผักหวาน หัวปลี และเพื่อให้เกิดการดูดซึมดีขึ้น ควรรับประทานผักสด

วิตามินผลไม้ ได้แก่ วิตามิน C และวิตามิน A ควรรับประทานผลไม้เป็นประจำ อย่างน้อยวันละ 3 ชนิด หรือมื้อละ 1 จานเล็ก ๆ ผู้สูงอายุรับประทานผลไม้ได้ทุกชนิด ช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ เช่น ส้ม กล้วย องุ่น กะล่ำ เป็นต้น สามารถชะลอกระบวนการเสื่อมโทรม และปกป้องเซลล์ร่างกายจากโรคที่เกิดจากความเสื่อมต่าง ๆ และเป็นแหล่งเส้นใยอาหาร ที่ช่วยในการลดการดูดซึมกลูโคสและคอเลสเตอรอลเข้าสู่กระแสเลือด (ทัศนาศูววรรณะปกรณ และคณะ, 2551) ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า เพราะจะทำให้อ้วน และระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ นอกจากนี้ ผลไม้ส่วนใหญ่มีโปแตสเซียมสูง ผู้สูงอายุที่มีไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายต้องรับประทานน้อยลง และถ้ามีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง ควรงดผลไม้ทุกชนิด ผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ทูเรียน กล้วย ฝรั่ง

ส่วนแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการ ได้แก่ ธาตุเหล็ก ประมาณวันละ 6 มิลลิกรัม ซึ่งพบมากใน ผักบุ้ง คะน้า ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และแคลเซียม แร่ธาตุอีกชนิดหนึ่งที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีความ

ต้องการ ควรได้รับแคลเซียมวันละ 800 มิลลิกรัม เพื่อลดปัญหาจากโรคกระดูกพรุน ซึ่งพบมากใน นม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง ผักใบเขียวเข้ม เป็นต้น เลือกรับประทานข้าวหรือผลิตภัณฑ์จากข้าว ที่ไม่ได้ขัดสีเอารำออก (Whole grain) อาทิ ขนมปังโฮลวีท ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ซึ่งอาหารเหล่านี้ มีเส้นใยอาหาร และยังมีวิตามินเกลือแร่หลายชนิดอีกด้วย

1.1.5 หลีกเลี้ยงหรือจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงได้แก่ ปลาเค็ม ปลาร้า น้ำปูเค็ม อาหารกระป๋อง เครื่องปรุงต่าง ๆ เต้าเจี้ยว ซอสถั่วเหลือง กะปิ เป็นต้น (ศรีนวล สถิติวิทยานันท์, 2560) ส่งผลในระยะยาว คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุมาจากความสามารถ ในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะไต ประกอบกับมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ร่างกายจึงเกิดการชดเชย ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทนซิน-อัลโดสเทโรน ทำให้เกิดการ คั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย (Joelza, Graziella, Raquel, & Eneida, 2010)

1.1.6 เมื่อไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ควรเลือกอาหารประเภทแกงจืด ยำ ต้ม มากกว่าอาหารทอดหรือผัด (ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ และคณะ, 2551)

1.2 การเตรียมหรือปรุงอาหารที่เหมาะสม

1.2.1 ปรุงอาหารด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น ต้ม นึ่ง ย่าง อบ เป็นต้น

1.2.2 หลีกเลี้ยงการปรุงอาหารด้วยการทอดหรือผัด และหากจะทอดหรือผัดไม่ ควรปรุงโดยใช้น้ำมันที่ทำมาจากไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันหนังกไก่ เป็นต้น และน้ำมันพืช บางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เป็นต้น (คณินญา พรนริศ, 2546)

1.2.3 หลีกเลี้ยงการปรุงอาหารด้วยกะทิ หากต้องการปรุงอาหารคาวหวาน ด้วยกะทิ ควรดัดแปลงการปรุงอาหาร โดยใช้นมพร่องมันเนย นมขาดไขมัน กะทิเทียม แทนการใช้ กะทิ (คณินญา พรนริศ, 2546)

ดังนั้นผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน ไม่ควรบริโภคอาหารมากเกินไป ควรให้พอเหมาะกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน จะช่วยป้องกันการ เก็บพลังงานที่เกินในรูปของไขมัน อันจะทำให้เกิดโรคอ้วน ที่เป็นอันตราย ส่งผลให้เกิดโรค หลอดเลือดหัวใจตามมา นอกจากอาหาร 5 หมู่ ที่ต้องรับประทานเป็นประจำควดื่มน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจาก น้ำมีความสำคัญต่อร่างกาย ช่วยการย่อยอาหาร และขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนมากดื่มน้ำไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้วทุกวัน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย หรือเป็นโรคหัวใจล้มเหลว มีอาการบวม ควรจำกัดน้ำดื่มและอาหารที่มีน้ำมาก ตลอดจนหลีกเลี้ยงอาหารรสเค็ม และอาหารรสจัด เนื่องจากทำให้กระหายน้ำและดื่มน้ำมากขึ้น

2. การรับประทานยา

การรับประทานยา ควรรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (สันสนีย์ คำรังสีปล และคณะ, 2560) ยารักษาโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถจัดเป็นหมวดหมู่ได้ 6 กลุ่ม ดังนี้ (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2560)

2.1 ยาต้านเกร็ดเลือด ยาชนิดแรกที่แพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยมากที่สุด คือ ยาแอสไพริน (Aspirin) เป็นยาขับยั้งการเกาะตัวของเกล็ดเลือดบริเวณที่หลอดเลือดขรุขระ หรือมีรอยตีบ มีข้อบ่งชี้ให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งในรายที่เป็นเฉียบพลัน และเรื้อรัง หรือในรายที่ได้รับการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด และใส่ขดลวดค้ำยันจะต้องรับประทานยา Aspirin ร่วมกับยาต้านเกล็ดเลือดอีกหนึ่งตัว คือ โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) รับประทานคู่กันเป็นเวลา 1 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี แล้วแต่ชนิดขดลวดที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ยาทั้ง 2 ชนิดนี้มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารทั้งคู่ จึงควรรับประทานหลังอาหารทันที ในส่วนของยากลุ่มนี้ผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะต้านยา Clopidogrel ได้ จะใช้ Ticagrelor หรือ Prasugrel แทน

2.2 กลุ่มยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2.1 ยาขับปัสสาวะ จะทำให้ปัสสาวะออกมาก เพื่อต้องการขับน้ำและเกลือ เมื่อรับประทานยานี้ อาจจะต้องตรวจระดับเกลือแร่ เพราะอาจจะมีภาวะเกลือแร่ต่ำได้

2.2.2 ยาขยายเส้นเลือด ชนิดยาด้านแคลเซียม จะขยายหลอดเลือดแดง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงของยา อาจจะมีอาการบวมตรงหลังเท้า เวลาที่ยืนหรือนั่งนาน ๆ

2.2.3 ยาด้านเบต้า (Beta-blocker) ออกฤทธิ์ทำให้หัวใจเต้นช้า ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิตได้แต่ไม่คึก มักจะถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว หรือมีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อให้หัวใจเต้นช้าลงมีการใช้เลือดน้อยลง ทำให้ไม่เจ็บหน้าอก

2.3 ยากลุ่มไนเตรด (Nitrate) เป็นยาขยายเส้นเลือดหัวใจ มีหลายรูปแบบ มีแบบอมใต้ลิ้น ใช้ในกรณีที่มีอาการเฉียบพลัน แบบสเปรย์ และแบบรับประทานก่อนอาหาร ยาดังกล่าวมีผลข้างเคียง ทำให้ปวดศีรษะ และความดันโลหิตต่ำได้ ดังนั้น เมื่อใช้ยากลุ่มนี้ โดยเฉพาะแบบอมใต้ลิ้น ควรจะนั่งพักประมาณ 15-20 นาที ไม่ลุกขึ้นยืนทันที เพราะอาจจะทำให้วูบ และเป็นลมได้ ยากลุ่มนี้ห้ามใช้ร่วมกับยาที่รักษาสมรรถภาพทางเพศเสื่อมชนิด ยาซิลเดนาฟิล (Sildenafil) เนื่องจากจะเสริมฤทธิ์ ทำให้ความดันโลหิตต่ำ ทำให้เกิดภาวะช็อก หหมดสติ และเสียชีวิตได้

2.4 ยาลด หรือควบคุมระดับไขมันในเลือด ที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่

2.4.1 สแตติน (Statin) เป็นยาที่มีมาประมาณ 30 ปี ใช้ในการลดระดับ Cholesterol ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบ โดยตัวยาคจะควบคุมระดับไขมัน

ทำให้ไขมันลดลง โดยเฉพาะ LDL Cholesterol รวมทั้งลดการอักเสบของหลอดเลือด ในบริเวณที่ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้ไขมันเกาะแน่นขึ้น ไม่ร่อนหลุด ถ้ามีการร่อนหลุดของตะกรัน คราบไขมัน หรือพังผืด ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้

2.4.2 ยากลุ่มไฟเบรต (Fibrate) เป็นยาลดระดับไขมันชนิด Triglyceride ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของภาวะหลอดเลือดตีบ ในกรณีที่ใช้คู่กับ Statin ต้องตรวจเลือดดูการทำงานของตับเป็นครั้งคราว ตามแพทย์แนะนำ

2.5 ยารักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้แก่

2.5.1 ยาติจิตาลิส เป็นยาเก่าแก่ ใช้มานานสำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation [AF]) เพื่อควบคุมให้หัวใจเต้นไม่เร็ว ยาดังกล่าวอาจเกิดพิษจากยาได้ ถ้าให้ขนาดสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคไต ดังนั้นควรใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์เท่านั้น

2.5.2 ยาคควบคุมระดับการเต้นของหัวใจชนิดอื่น ๆ จะพิจารณาให้ยาแล้วแต่ชนิดของโรคที่เป็น เช่น ยาด้านเบต้า (Beta-blocker) ยา Amiodarone และยา Verapamil เป็นต้น

2.6. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation [AF]) หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดในช่องหัวใจ เป็นยาป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดใหม่ที่หลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่สมองทำให้เกิดอัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้ ที่ใช้ในการรักษา มี 2 ชนิด ได้แก่

2.6.1 Warfarin เป็นยาคั้งเดิม ป้องกันการแข็งตัวของเลือด ถ้าได้ยากลุ่มนี้จะต้องมาตรวจเลือดดูระดับของยา ทุก 1-3 เดือน เนื่องจากระดับยาน้อยไม่ได้ผล ถ้าระดับมากทำให้เกิดภาวะเลือดออก

2.6.2 ยากลุ่ม NOAC (New oral anticoagulant drugs) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ ซึ่งมีข้อดี คือ การให้ยาไม่ต้องปรับขนาดยามากนัก กำลังเป็นที่นิยมใช้แต่มีราคาค่อนข้างสูง ต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ ที่มีใช้ในไทยได้แก่ ยา Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban และ Edoxaban ซึ่งยากลุ่มนี้อาจจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้เช่นกัน ต้องใช้อย่างระมัดระวัง แต่พบภาวะเลือดออกน้อยกว่ายา Warfarin

ยาโรคหัวใจทั้ง 6 กลุ่ม 12 ชนิดนี้ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และคอยสังเกตผลข้างเคียงของยา บอกให้แพทย์ที่ตรวจรักษาทราบ โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

3. การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างสูง และทำให้ปริมาณคราบไขมันอิสระในพลาสมาเพิ่มขึ้น การจับกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของบุหรี่ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ยิ่งสูบบุหรี่นานเท่าไรก็จะยิ่งทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจสูงมากขึ้น ในกรณีที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และยังไม่เลิกสูบบุหรี่ นอกจากทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบแล้ว ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแดงส่วนปลายเกิดการอักเสบ และอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ เช่น ขา แขน มีอาการเจ็บปวด จนกระทั่งต้องตัดสูญเสียอวัยวะ รวมถึงไม่ว่าสูบบุหรี่โดยตรง หรือทางอ้อม (Passive smoker) สารนิโคติน และ คาร์บอนมอนนอกไซด์ที่เกิดจากบุหรี่จำทำลายผนังหลอดเลือดด้านใน ส่งผลให้เกิดภาวะ Atherosclerosis (หัตยา ประสิทธิ์ดำรง, 2553; AHA, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ (2560) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ คำรงค์ศิลป และคณะ (2560) พบว่า การเลิกบุหรี่ และไม่อยู่ในที่มีควันบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

4. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การประกอบกิจกรรมใด ๆ ที่ทำให้ร่างกาย หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเคลื่อนไหว โดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เคลื่อนไหวซ้ำ ๆ อย่างมีแบบแผน และมีจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เพื่อสมรรถภาพของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ส่วนรูปแบบของกิจกรรมอาจจะเป็นกิจกรรมในเวลาว่าง งานอาชีพ การกีฬา เป็นต้น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นประจำ เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน น้ำหนักตัวมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพชีวิต ซึ่งภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ได้มีการแบ่งเกณฑ์ค่าระดับดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน โดยค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ ตารางเมตร และขนาดเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 40 นิ้ว ในผู้ชาย และ มากกว่าหรือเท่ากับ 35 นิ้วในผู้หญิง แสดงว่า เริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน (Blaha et al., 2011) ส่วนประชากรในเอเชีย ค่าดัชนีมวลกายที่ 30 กิโลกรัม/ ตารางเมตร และขนาดเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 36 นิ้ว ในผู้ชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 32 นิ้วในผู้หญิง หมายถึง อ้วน (WHO, 2018) ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ ควรทำในกิจกรรมที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น ออกกำลังกายมากกว่า 30-40 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; ศันสนีย์ คำรงค์ศิลป และคณะ, 2560) สามารถป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจจึงควรวางแผนเพื่อ

ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งการพักผ่อนอย่างเพียงพอมีประโยชน์ทั้งในด้านการเสริมสุขภาพ และ การออกกำลังกาย เป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และจิตใจ เป็นการเสริมสมรรถภาพของร่างกายให้แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานในระบบต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือด ช่วยเรื่องความดันโลหิต ไชมันในเลือดลดลง ทำงานได้ดีขึ้น สมนึก แก้ววิไล (2552) อ้างถึงใน แววจี พันภัย และอมร ไกรดิษฐ์ (2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีพิศ พรหมผิว และคณะ (2558) กล่าวว่า การออกกำลังกายต้องออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สามารถช่วยลดระดับ ไชมันในเลือดได้ รวมถึงลดการเกิดผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญศรี นุเกตุ และ ปาลีรัตน์ พรทวีภักธา (2550) ที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เหมาะสมเป็นสิ่งที่จำเป็น และเป็นพฤติกรรมที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ

หลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) ได้เสนอหลักการออกกำลังกายโดยใช้หลักเกณฑ์ฟิตท์ (Frequency intensity time type enjoyment [FITTE]) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise: F) เป็นการกำหนดจำนวนครั้งในการออกกำลังกาย ซึ่งควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ความหนักเบาของการออกกำลังกาย (Intensity of exercise: I) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ควรมีความหนักเบาโดยพิจารณาจากอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในหนึ่งนาทีของผู้สูงอายุเท่ากับ 220- อายุ ผู้สูงอายุจึงควรออกกำลังกายให้มีความหนักเบาเท่ากับร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ซึ่งถือว่าเป็นอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมาย

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Time or duration of exercise: T) เป็นช่วงเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง โดยทำติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ระยะ

3.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm-up period) เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายให้มีความพร้อมสำหรับการออกกำลังกายขั้นต่อไป เพื่อให้การหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อมีการประสานงานกัน ควรใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3.2 ระยะออกกำลังกาย (Exercise period) เป็นการออกกำลังกายจริง ในระยะแรกควรออกกำลังกายด้วยความหนักเบาในระดับต่ำและค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ควรใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

3.3 ระยะผ่อนคลาย (Cool-down) เป็นช่วงหลังออกกำลังกาย โดยค่อย ๆ ลดความหนักเบาของการออกกำลังกายลงทีละน้อย เพื่อให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

4. ชนิดของการออกกำลังกาย (Type of exercise: T) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมี 3 ประเภท ดังนี้

4.1 การออกกำลังกายที่เพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ เช่น การเดิน การวิ่ง การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น

4.2 การออกกำลังกายที่มีแรงต้าน เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ ได้แก่ การดึงข้อ เกร็งกล้ามเนื้อยกน้ำหนัก

4.3 การออกกำลังกายที่เพิ่มความยืดหยุ่น เช่นการรำมวยจีน ไทเก๊ก ไทจีชี่กง โยคะ เป็นต้น

5. ความสนุกสนาน (Enjoyment: E) การออกกำลังกายควรมีความสนุกสนาน และมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ซึ่งเป็นการออกกำลังกายประเภทหนึ่งของแอโรบิก มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง หรือร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด นานอย่างน้อย 30-40 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้กำหนดให้ประเภทการออกกำลังกายเป็นการเดิน ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่ดี ปลอดภัยหรือมีอันตรายน้อย และเหมาะสมกับวัยสูงอายุ (Ebersole, Hess, Touhy, & Jett, 2005; ACSM, 2006 อ้างถึงใน จิรพร แอชตัน, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2551)

การออกกำลังกายโดยการเดิน เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

หัวใจ เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ไม่ต้องอาศัยความชำนาญพิเศษ สะดวก สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ซึ่งการเดินนั้นมีหลักการ หรือขั้นตอน (อัญชลี กลิ่นอวล, 2544 และ Seiger & Hesson, 1990 อ้างถึงใน จิรพร แอชตัน และคณะ, 2551) ดังต่อไปนี้ สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย และยังเป็น การออกกำลังกายที่ปลอดภัย

1. ท่าทางและการทรงตัว (Posture and alignment) เริ่มต้นด้วยท่าทางสบาย ๆ ทรงตัวในลักษณะศีรษะ ลำตัวและหลังตรง สายตามองตรงไปด้านหน้า ยืดไหล่ หน้าอกผายในท่าที่ผ่อนคลายเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องและก้นให้เบนราบ ปล่อยแขนตามสบายข้างลำตัว งอข้อศอก ทำมุม 90 องศา กำมือหลวม ๆ ในท่าผ่อนคลาย

2. ส้นเท้าแตะพื้น (Heel contact) เมื่อท่าทางที่ถูกต้อง ก้าวเท้าข้างหนึ่งไปข้างหน้าโดยวางส้นเท้าแตะพื้นก่อนเบา ๆ ห้ามกระแทกส้นเท้า
3. วางเท้าราบกับพื้น (Heel-to-toe roll) เมื่อส้นเท้าแตะพื้น โดยที่มุมของข้อเท้าทำมุมกับพื้นประมาณ 40 องศา แล้ววางเท้าราบกับพื้น ทิ้งน้ำหนักตัวลงบนส้นเท้าจนกว่าปลายเท้าสัมผัสกับพื้น จากนั้นยกส้นเท้าให้สูงขึ้น โดยพยายามให้เข่าตรงไปด้านหน้าเสมอ ไม่เบะออกด้านข้าง
4. ยกเท้าขึ้น (Push off) เริ่มการเคลื่อนไหวไปด้านหน้า ขณะที่ส้นเท้าลอยสูงขึ้นโดยใช้ปลายเท้าถีบพื้น พยายามให้ส้นเท้าสัมผัสพื้นให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ และให้ปลายเท้าตรงไปด้านหน้าเสมอไม่กางออกด้านข้าง
5. การวางเท้า (Foot placement) ขณะเดินให้วางเท้าแยกจากกันเล็กน้อย ประมาณ 2-4 นิ้ว ปลายเท้าและเข่าตรงไปด้านหน้าเสมอ ซึ่งเป็นการช่วยให้การเดินเป็นแนวตรง
6. การแกว่งแขน (Arm swing) ขณะเดินให้แกว่งข้อศอก 90 องศา กำมือหลวม ๆ อย่างผ่อนคลาย แกว่งแขนไปด้านหน้า และด้านหลัง โดยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เป็นจุดหมุน ขณะแกว่งไปด้านหน้าให้มือสูงขึ้นระดับเดียวกับไหล่ และเมื่อแกว่งไปด้านหลัง
7. การหายใจ (Breathing) โดยปกติการหายใจเป็นไปตามอัตโนมัติ แต่สามารถควบคุมให้เปลี่ยนแปลงไปจากปกติได้ โดยการควบคุมอัตราเร็ว และลักษณะการหายใจลึก ๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น จนเกิดเป็นปกตินิสัยสามารถควบคุมการหายใจด้วยระบบอัตโนมัติ เช่นเดิม เมื่อเดินออกกำลังกาย เริ่มโดยให้มีอัตราเร็วของการเดินเพิ่มขึ้นทีละเล็กทีละน้อย อัตราการหายใจ และลักษณะการหายใจไม่เปลี่ยนแปลง รวมถึงมีการหายใจลึก และอัตราเร็วเท่าเดิม โดยไม่รู้สึเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น ส่วนลักษณะ และจังหวะการหายใจสัมพันธ์กับการแกว่งแขน และขาไม่สามารถระบุได้ว่า เมื่อก้าวขาใดหรือแกว่งแขนข้างใดควรหายใจเข้าหรือหายใจออก แต่ต้องเกิดจากการฝึกฝนให้เกิดความเหมาะสม รู้สึกสบายของแต่ละบุคคล
8. การเคลื่อนไหวข้อสะโพก (Hip movement) เมื่ออัตราเร็วของการเดินเพิ่มขึ้น ต้องเพิ่มความยาวของการก้าวเดินเพิ่มขึ้น เมื่อเพิ่มความยาวของการก้าวเดินก็คือการเคลื่อนไหวข้อสะโพกให้เกิดการเคลื่อนไหว โดยการเคลื่อนไหวข้อสะโพกกับขาด้านหลังอยู่ด้านหลังอย่างกว้าง ๆ และขาด้านหน้าสามารถก้าวไปด้านหน้าได้กว้างขึ้น ให้เท้าด้านหลังแตะพื้นจนกระทั่งเท้ายึดเต็มที่ และนิ้วหัวแม่เท้าจิกพื้น จึงยกเท้าขึ้นไปด้านหน้าเกินกว่าเท้าข้างเดิมอย่างน้อย 8 นิ้ว
9. การงอขา (Leg vault) การงอขาจะเป็นการช่วยในการออกแรงของขา โดยการงอขาข้างหนึ่งแล้วกระดกขาไปข้างหน้าตรง ๆ ให้ยึดอย่างอิสระไม่ต้องเกร็ง โดยจะต้องก้าวให้ยาวที่สุดก่อนที่จะวางส้นเท้าสัมผัสพื้น จากนั้นวางเท้าราบกับพื้นตามหลักการของการเดินก่อนที่จะใช้

เท่ากันเพื่อให้ร่างกายเคลื่อนไหวไปด้านหน้า ซึ่งหลักการนี้จะมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องกันไปตลอดการเดินทางออกกำลังกาย

5. การจัดการความเครียด

ภาวะกดดันหรือความเครียดเป็นตัวกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติส่วนซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ซึ่งร่างกายหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) และคอร์ติซอล (Cortisol) ฮอร์โมนดังกล่าวเพิ่มความดันเลือดในร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และผนังหลอดเลือดหดเกร็งมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Chiou et al., 2009; WHO, 2017)

การจัดการกับความเครียดจะต้องให้ ผู้สูงอายุพูดออกมา อาจอยู่ในรูปของการจัดกลุ่มผู้ป่วยให้ระบายความรู้สึก ฝึกหัดการผ่านคลาย จับความรู้สึก การผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสามารถป้องกันความเครียดที่ไม่รุนแรง วิธีการเช่น ทำสมาธิ การจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายลมหายใจ การออกกำลังกาย การพูดคุย ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ต้องรู้จักปรับการรับรู้ความเครียด พิจารณาใคร่ครวญ มองโลกในหลายแง่มุมเพื่อลดความเครียด

สรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยน หรือส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดิน การบริหารร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การรำมวยจีน ไทเก๊ก ไทจี่ซิงก โยคะ ลีลาศ และต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยควบคุมน้ำหนักให้อยู่ตามเกณฑ์ รวมถึงการจัดการความเครียด ผ่อนคลาย

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ Individual perceptions, modifying, factors, and Likelihood of action โดยเริ่มที่ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ เศรษฐกิจสังคม ความรู้ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลในเรื่องของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการปฏิบัตินั้นสามารถเกิดผลดีได้ ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งนี้ขึ้นกับ Cues to action การรับรู้สิ่งชักนำ รวมถึง Bandura (1988) ได้นำ Self-efficacy เข้ามาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งการรับรู้จะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องมีสิ่งกระตุ้น และความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่นการศึกษาของ Chiou et al. (2009) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวีดวงแก้ว (2550) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และจากการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่าปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวสามารถจำแนกเป็นรายด้าน คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยชักนำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ คือ การรับรู้อุปสรรค

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) มาใช้ในการศึกษา ที่บุคคลเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การให้เกิดรับรู้ประโยชน์ ซึ่งการรับรู้นี้สามารถผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงต่อภาวะคุกคามของโรค และลดการรับรู้อุปสรรค โดยแต่ละมิติจะเกิดขึ้นได้ต้องมีสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งแต่ละบุคคลต้องเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงเกิดแบบแผนความเชื่อที่สมบูรณ์ โรคหลอดเลือดหัวใจที่นำมาศึกษาเป็นปัจจัยประกอบด้วย การรับรู้ทั้ง 6 ด้าน (Stretcher & Rosenstock, 1997)

ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง เป็นความเชื่อ หรือความคิดเห็นว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อปัจจัยต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกัน ทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่างกัน เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยง และแสดงพฤติกรรมป้องกันการเกิดของโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล ช่วยบุคดา (2558) พบว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการปฏิบัติพฤติกรรมดังนี้ 1) รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง 2) การออกกำลังกายแต่ละครั้งให้เหนื่อยพอสมควร 3) รับประทานอาหาร/ขนมที่ปรุงด้วยกะทิ 4) ปรับวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสม 5) ออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน 6) ควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ 7) คลายเครียดด้วยการสูบบุหรี่ 8) กินอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 52 ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการไม่จำกัดเกลือมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดเกลือ ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ($r = 0.361$,

$p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาญญาณุช ไพรวงษ์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .427, p = .000$) รวมถึงการศึกษาของ เกษริน อุบลวงษ์ และ นัยนา พิพัฒน์วิเศษ (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยหรือเชื่อว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม และเชื่อว่าการรับประทานอาหารเค็มหรือมีเกลือมาก การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องเป็นโรคสมองเสื่อม อายุที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้ตนเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม เช่นเดียวกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamran et al. (2014) ชาญญาณุช ไพรวงษ์ (2560) ณัฐพร อยู่ปาน และคณะ (2558) วาสนา ศรีหามาตร์ และคณะ (2558) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แตกต่างจากการศึกษาของ คำรณ มุทะสิน (2559) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = .065$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภทรพรรณ อุณาภาค (2558) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมองว่าหากให้ปรับตัว เพื่อป้องกันโรคสามารถทำได้ แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักหวังพึ่งแพทย์ ยา และญาติมากกว่าพึ่งตนเอง ดังนั้นจึงควรเสริมพลังด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้น

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีโอกาสเสี่ยงจากการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงต้องทำให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพ โรคหลอดเลือดหัวใจ และยังไม่สามารถสรุปได้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตน ในด้านการเจ็บป่วย ความปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต รวมถึงการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับอันตราย ความรุนแรงของโรค ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เมื่อ

บุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่เกิดความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่จำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chiou et al. (2009) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการทบทวนวรรณกรรมการรับรู้ความรุนแรงด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (คำธม มุทะสิน, 2559; ชัยรินทร์ ภูมา และรุ่งนภา จันทรา, 2558; ชัยญานุช ไพรวงษ์ และคณะ, 2560; ฉัฐพร อยู่ปาน และคณะ, 2558; ภัทรพรรณ อุณาภาค, 2558; วาสนาศรีหามาตร์ และคณะ, 2558; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553; Kamran et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือเชื่อว่า โรคสมองเสื่อมจะทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่จากการศึกษาในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558; สุมาลี วังธนา และคณะ, 2551; อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริชากุล, 2560)

เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลว ก็จะเป็นตัวกระตุ้นที่มีประสิทธิภาพ เพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงต้องจำเป็นศึกษาเพิ่มเติม

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นในการรับรู้เกี่ยวกับผลดี และมีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา งดสูบบุหรี่และเลิกจวันบุหรี่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ดังการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ทำมาก และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการจำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของ

Chiou et al. (2009) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมถูกต้องมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี วิงธนา และคณะ (2551) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแล ภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นของการรับประทานยาจากแพทย์ พยาบาลที่ดูแลเมื่อมาตรวจ ที่โรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงบันทึกค่าระดับความดันโลหิตทำให้เห็นการ เปลี่ยนแปลง จึงทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่ใน ระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา ชัญญา นุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .515$, $p = .000$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (ชัชรินทร์ ภูมา และรุ่งนภา จันทรา, 2558; ณัฐพร อยู่ปาน และคณะ, 2558; ภัทรพรธณ อุณาภาค, 2558; วาสนา ศรีหามาตร์ และคณะ, 2558; Kamran et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาในวัยผู้สูงอายุของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้กลุ่ม ตัวอย่างเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการได้รับรู้อาการ และการดำเนินของโรคที่ดีขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมร พรหมพิทักษ์กุล (2553) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ คำธณ มุทะสิน (2559) ที่พบว่า การรับรู้ ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = -0.066$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน ในเรื่องของการป้องกันกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง

ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ และสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ด้านร่างกาย การรับรู้ประโยชน์ด้านจิตใจ การรับรู้ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ และการรับรู้ประโยชน์ ด้านสังคม (Becker, 1974) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ด้านร่างกาย หมายถึง ผลดีที่ส่งประโยชน์ต่อด้านสุขภาพร่างกาย เมื่อมีพฤติกรรมควบคุมสุขภาพที่เหมาะสม

2. การรับรู้ประโยชน์ด้านจิตใจ หมายถึง ได้รับความสุข คลายกังวล การจัดการ ความเครียด ความผาสุก จากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2560; ศันสนีย์ คำรงค์ศิลป และคณะ, 2560)

3. การรับรู้ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายต่อสภาพเศรษฐกิจ ของครอบครัว รวมถึงได้รับผลกระทบต่อรัฐบาล ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในโรงพยาบาล (จิราวรรณ เผื่อแผ่, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวินัส ธิพกุล, 2558; Baghianimoghadam et al., 2012)

4. การรับรู้ประโยชน์ด้านสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับการ ยอมรับจากเพื่อนหรือบุคคลรอบข้าง และ ได้พบเพื่อนใหม่โดยมีเครือข่าย ได้เกิดความช่วยเหลือกัน พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกัน และกัน รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นต่ออุปสรรค เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านลบ หรือ ขัดขวางพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ดังการศึกษาของ Chiou et al. (2009) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1. การรับรู้อุปสรรคภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย

1.1 อุปสรรคข้อจำกัดด้านเวลา ไม่สามารถจัดสรรเวลา เพื่อที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการควบคุมโรคให้เหมาะสมได้

1.2 ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคม ได้แก่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาททาง สังคมลดลง ขาดคนรับ-ส่งเวลาเดินทาง เพื่อไปตรวจสุขภาพร่างกาย จากการศึกษาของ ศันสนีย์ คำรงค์ศิลป และคณะ (2560) พบว่า การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง จะเป็นผลดีกับตัวเราเอง และ การควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือควันบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นแนวทาง การปฏิบัติตน เพื่อป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำ ภายหลังการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

2. การรับรู้อุปสรรคภายในบุคคล ซึ่งเป็นอุปสรรคในตัวบุคคลที่ขัดขวางพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีความบกพร่องของสมองด้านความจำ การใช้ภาษา ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจหรือการมี สมาธิ และ การบริหารจัดการ จะเกิดด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน โดยไม่มีความผิดปกติในการ เข้าสังคม หรือทำงาน ไม่สูญเสียการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ และการใช้เหตุผล อาจพบว่า ผู้สูงอายุ

ชอบถามเรื่องเดิม เล่นเรื่องเดิมหรือบอกข้อมูลซ้ำ ๆ ไม่มีสมาธิขณะสนทนา หรือทำกิจกรรม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการเข้ารับการตรวจรักษา ดังนี้

2.1 ขาดความพร้อมทางด้านร่างกายจากอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุเพิ่มมากขึ้น อาการอ่อนเพลีย ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการควบคุมบริโภคอาหาร พฤติกรรมจัดการความเครียด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายมากไม่ได้ ถ้าวโรคหัวใจกำเริบ พอออกแรงแล้วเดี๋ยวมันจะแน่นอีก (นิทรา กิจธิระวุฒิมงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2559; ศันสนีย์ คำรังสีลป และคณะ, 2560)

2.2 การขาดความรู้ และ ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม จากการศึกษาของ จิราวรรณ อินคุ่ม และคณะ (2542) อ้างถึงใน เกษริน อุบลวงค์ และ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) พบว่า การออกกำลังกายเป็นอุปสรรคของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากได้รับคำแนะนำไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ในโรคหัวใจ

2.3 การมีความเชื่อ และ ทักษะคติที่ไม่ถูกต้อง จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ เชื่อว่า ภาวะหลงลืมเป็นเรื่องปกติเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในผู้สูงอายุ (พัชรวาลัย วงศ์บุญสิน, 2554) จึงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม จึงไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบเป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว

การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็น ที่มีผลต่อการชักนำ เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจ ทั้งสิ่งเร้าภายใน และภายนอก สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพึงพอใจที่ยอมรับคำแนะนำ การได้รับความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข่าวสาร ดังการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้สิ่งชักนำในโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558; คำรณ มุทะสิน, 2559; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

สมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiou et al. (2009) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. บังคับชักนำ หรือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับฟังคำแนะนำ จึงเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. บังคับชักนำ หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก หรือนับถือ เช่น สามเณร ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็น ที่รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง รวมถึงการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของดงการศึกษาดังการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ท่ามาก (2552) กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) Chiou et al. (2009) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (ภทรพรรณ อุณาภคม และขวัญชัย รัตนมณี, 2558; สมพรหมพิทักษ์กุล, 2553; Kamran et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่พบการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ จึงต้องจำเป็นศึกษาเพิ่มเติม

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2541) ดังนี้ การประเมินทางตรง ประกอบด้วย การบันทึก และการสังเกตพฤติกรรมตนเอง ส่วนการประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุ รวมถึงการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยตนเอง ในการสัมภาษณ์ต้องใช้ระดับของเสียงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุของแต่ละคน เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความพร่องของการได้ยิน ผู้วิจัยต้องมั่นใจว่าผู้สูงอายุนั้นได้ยินชัดเจน และเข้าใจความหมายตรงกัน เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ถูกต้องที่สุด เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น สามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ (Zhao, Kelly, Bain, Seubsman, & Sliegh, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงนำแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) และผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาตามหลักการสร้างเครื่องมือวิจัย โดยกำหนดโครงสร้างเครื่องมือจากพิมพ์เขียว (Blueprint) คำนิยามศัพท์ และสัดส่วนของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 มิติ ดังต่อไปนี้

แบบสัมภาษณ์แยกตามรายด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ตามแบบแผนด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มิติละ 10 ข้อ จำนวนทั้งหมด 60 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย มีลักษณะข้อความเชิงบวก แตกต่างจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะข้อความเชิงลบ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งมีข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 14, 15 และข้อ 28 แล้วนำมาตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

สรุป การรับรู้การเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล เกิดจากความเชื่อ และความคิดเห็นที่ต่างต่างกัน บางคนมีการรับรู้ความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยหรือเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม จึงช่วยป้องกัน และลดการ

เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ แต่การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น ต้องมีความเชื่อ และความคิดเห็นที่ถูกต้องว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคนี้ทำให้มีความรุนแรงต่อชีวิตเพิ่มขึ้น ในด้านการเจ็บป่วย ความปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต และการที่บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ เพื่อช่วยลดความรุนแรง ลดความคุกคามของการเกิดโรคที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องเป็นการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรค ส่งผลที่ดี จึงทำให้มีผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งบุคคลมีความเชื่อ และความคิดเห็น ได้สมบูรณ่นั้น ต้องมีสิ่งชักนำหรือแรงจูงใจ เป็นแรงผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำปฏิบัติพฤติกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอาการลดลง จากการศึกษาตัวแปรตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่พบว่า ตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาตัวแปรดังกล่าวที่ผ่านมา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนใหญ่กลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ ยังไม่พบหลักฐานการศึกษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งอาจมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์นั้นมีทิศทางใด ผลของการศึกษาสามารถนำมาเป็นแนวทางในการ ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และได้เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 113 ราย

คุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ระดับ 1-3 ประเมินได้จากแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์การแบ่งระดับสมรรถภาพของโรคหัวใจ ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA, 1994 cited in Davis et al., 2006) ที่แบ่งเป็น 4 ระดับ ทั้งนี้ในการวิจัยนี้ไม่นำโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรุนแรงระดับ 4 มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยแม้ขณะนั่งพัก
2. สามารถได้ยิน และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการตัดสินใจ เป็นปกติ ประเมินได้จากแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test [CMT]) ที่พัฒนาโดย

Jitapunkul, Lailert, Worakul, Srikiatkachorn, and Ebrahim (1996) โดยต้องมีคะแนนตั้งแต่ 15 คะแนน ขึ้นไป

4. ไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ขณะสัมภาษณ์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lung, & Buchner, 2007) กำหนดโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation: Bivariate normal model) ในการทดสอบแบบสองทาง (Two tail) กำหนดค่าความสัมพันธ์ (Correlation p H1) เท่ากับ .26 ตามผลการศึกษาของ Chiou et al. (2009) ที่พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวนเท่ากับ 113 คน (ภาคผนวก ข)

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้บริหาร โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการทำการวิจัย และขออนุมัติการเก็บข้อมูล

2. หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้บริหารจากโรงพยาบาลชลบุรี และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจรักษา ที่มารับตรวจการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ที่เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 4 วัน ได้แก่ วันจันทร์ ถึง วันพุธ และวันศุกร์

3. ในวันที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมารับบริการ ผู้วิจัยคัดกรองระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แล้วประเมินความคิดปกติทางการรับรู้ โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Chula mental test [CMT]) แล้วนำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองทั้งหมดมาทำฉลาก ทำการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลวันละ 5 ราย

4. กรณีที่ผู้สูงอายุไม่อยู่ในบริเวณที่รอตรวจ ผู้วิจัยจับฉลากรายชื่อใหม่จนครบ 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์การแบ่งระดับสมรรถภาพของโรคหัวใจ ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA, 1994 cited in Davis et al., 2006) ที่แบ่งความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมสามารถทำกิจกรรมทั่วไปโดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดของกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้ แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่ายหรือเจ็บหน้าอกถึงแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก และเมื่อได้พักอาการหายใจหอบเหนื่อยจะดีขึ้น

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกแม้ในขณะพัก

2. แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (CMT) เป็นแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พัฒนาโดย Jitapunkul et al. (1996) มีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการตัดสินใจ ผ่านการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 212 คน พบว่า มีค่าความไว (Sensitivity) 100% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) 90% มีความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำด้วยสถิติแคปปา (Test-retest kappa coefficient) เท่ากับ .65 และมีความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal consistency) และคำนวณความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .81 (Jitapunkul et al., 1996)

ประกอบด้วย 13 ข้อคำถามหลัก และ 19 ข้อคำถามย่อย โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาค่าคะแนน คือ หากตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน หากตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน ตามรายละเอียด ดังนี้ (Jitapunkul et al., 1996) น้อยกว่า 15 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิด และ 15 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านการนึกคิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 8 ชุด

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพสมรส การอยู่อาศัย ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) โดยการใช้ปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้
ถ้าเลือกตอบ

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

กำหนดคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยถ้าคะแนนมาก แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมาก ถ้าคะแนนน้อย แสดงว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) โดยใช้ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย อัตราตายเพิ่มขึ้น ระดับความพิการเพิ่มขึ้น มีภาวะพึ่งพิง ด้านจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม บทบาทที่เปลี่ยนแปลง ด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมากที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ถ้าเลือกตอบ

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

กำหนดคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยถ้าคะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมาก ถ้าคะแนนน้อย แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ซึ่งลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมากที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

กำหนดคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยถ้าคะแนนมาก แสดงว่า มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจมาก ถ้าคะแนนน้อย แสดงว่า มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย

5. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อคำถามเป็นทางลบ ทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

กำหนดคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยถ้าคะแนนมาก แสดงว่า มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย ถ้าคะแนนน้อย แสดงว่า มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจมาก

6. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ประกอบด้วยปัจจัยกระตุ้นภายใน ได้แก่ อาการ โรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร ครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และชุมชน แบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรค

หลอดเลือดหัวใจ ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

กำหนดคะแนนการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยถ้าคะแนนมาก แสดงว่า มีการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจมาก และถ้าคะแนนน้อย แสดงว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย

7. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ในด้านความสามารถของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการกระทำกิจกรรมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ (1-4) เกณฑ์ในการตอบคำถาม มีดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความมากที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

กำหนดคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยถ้าคะแนนมาก แสดงว่า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจมาก ถ้าคะแนนน้อยแสดงว่า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย

8. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ สร้างจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา ดูปฏิบัติ และหลีกเลี่ยงวันบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ลักษณะของคำถามแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิด และมีข้อคำถามเป็นทางเลือก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14, 15 และ 28 คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น น้อยกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย
 เกณฑ์การคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนนเท่ากับ	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนนเท่ากับ	0	คะแนน

การแปลผลระดับ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโรคของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ เต็ม โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วง หากค่าพิสัยโดยใช้วิธีนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นได้ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน	41-60	การแปลผล	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง
คะแนน	21-40	การแปลผล	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง
คะแนน	0-20	การแปลผล	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังต่อไปนี้

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

1. การตรวจหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ชำนาญการอายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และประจำศูนย์โรคหัวใจ 1 ท่าน แล้วนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ .96, .94, .98, .96, 1.00, .98 และ .98 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2555)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่สร้างขึ้น นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .725, .785, .932, .705, .844, .743 และ .889 ตามลำดับ ซึ่งกำหนดค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากความเที่ยงของเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาใหม่ควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2555)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการการเก็บข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอ ดังนี้

1. ก่อนดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิจัย และเครื่องมือที่ใช้กับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 06-05-2562 รวมทั้งผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี รหัสโครงการ 91/62/N/q

2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ก่อนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว หลังจากนั้นก็แจ้งเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อต้องการทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยตนเอง ไม่มีการบังคับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูล การวิเคราะห์ผลการวิจัยกระทำในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จนได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ

1.2 ผู้วิจัยขอทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการวิจัย และขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการตรวจรักษาในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แล้วจึงทำแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test [CMT]) หากไม่พบภาวะสมองเสื่อมจึงดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากการประเมิน ไม่พบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่คัดกรองมีภาวะสมองเสื่อม

2.3 ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้สูงอายุที่ตรงตามคุณสมบัติที่คัดเลือกไว้ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ในรายที่ยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

2.4 จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือที่จัดเตรียมประกอบด้วย 8 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 45 นาทีต่อราย โดยมีการแบ่งการสัมภาษณ์เป็น 2 ช่วง ๆ ละ 20 นาที พัก 5 นาที

2.5 เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก การอยู่อาศัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยการทำ Histogram, Stem and Leaf plot, Box plot, Square root, Kalmogorov Smirnov test และค่า Fisher's skewness coefficient พบว่า การกระจายของข้อมูล ไม่เป็น โคนึงปกติ จึงได้พิจารณาตัดข้อมูลที่เป็น Outlier ออกจำนวน 3 ราย พบว่า มีเพียงตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจและตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการกระจายตัวเป็น โคนึงปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สถิติสหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ (Spearman rank-order correlation coefficient) เนื่องจากการกระจายตัวไม่เป็น โคนึงปกติ ($p < .05$) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)
3. การแบ่งระดับความสัมพันธ์ ผู้วิจัยพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ (r) มีเกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
> 0.70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับสูง
มีค่าระหว่าง $0.30-0.70$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
< 0.30	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยนำเสนอผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การอยู่อาศัย ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัวอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การอยู่อาศัย ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัวอื่น ๆ

วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69	56	50.91
70-79	39	35.45
80 ปีขึ้นไป	15	13.64
(\bar{X} = 69.85, SD = 7.29, min = 60, Max = 87)		
เพศ		
หญิง	52	47.27
ชาย	58	52.73
ดัชนีมวลกาย (kg/ m ²)		
< 18.5	5	4.54
18.5-22.99	35	31.82
23-24.99	26	23.64
25-29.99	33	30.00
≥ 30	11	10.00
สถานภาพสมรส		
โสด	4	3.64
คู่	67	60.91
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	39	35.45

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่คนเดียว	16	14.55
อาศัยอยู่กับผู้อื่น เช่น คู่สมรส บุตร และญาติพี่น้อง	94	85.45
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	8.18
ประถมศึกษา	69	62.73
มัธยมศึกษา	16	14.55
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร	6	5.45
ปริญญาตรี	9	8.18
สูงกว่าปริญญาตรี	1	.91
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
0-4,999	26	22.73
5,000-10,000	24	21.82
10,001-15,000	9	8.18
15,001-20,000	21	19.09
20,001-25,000	7	6.36
25,001-30,000	12	10.91
30,001 บาทขึ้นไป	12	10.91
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	88	80.00
ไม่เพียงพอ	22	20.00
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	59	53.64
ปัจจุบันสูบบุหรี่อยู่	6	5.45
เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่	45	40.91

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค		
ระดับ 1	3	2.72
ระดับ 2	92	83.64
ระดับ 3	15	13.64
ระยะเวลาเจ็บป่วย (เดือน)		
1-6	29	26.36
7-12	21	19.09
13-24	8	7.27
25-36	19	17.27
37-48	6	5.46
49-60	10	9.09
61 เดือนขึ้นไป	17	15.46
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	14	12.73
มีโรคประจำตัว	96	87.27
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	20	20.83
2 โรค	32	33.33
3 โรค	34	35.42
4 โรค	9	9.38
5 โรค	1	1.04
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีโรคร่วม ดังนี้ (ระบุได้มากกว่า 1 โรค)		
โรคความดันโลหิตสูง	82	36.12
โรคไขมันในเลือดสูง	63	27.75
โรคเบาหวาน	51	22.47
โรคไตวายเรื้อรัง	13	5.73
โรคเก๊าท์	8	3.53

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคหลอดเลือดสมอง	4	1.76
โรคต่อมลูกหมากโต	4	1.76
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	0.44
โรคไตเรื้อรัง	1	0.44

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 50.91) อายุเฉลี่ย คือ 69.36 ($SD = 9.63$) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.73) คชนิมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปกติ 18.5-22.99 (ร้อยละ 31.82) และ โรคอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 30.00) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.91) อยู่อาศัยกับผู้อื่น เช่น คู่สมรส บุตร และญาติพี่น้อง (ร้อยละ 85.45) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (62.73) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 0-4,999 บาท (ร้อยละ 22.73) ช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 21.82) และ 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 19.09) รายได้ของครอบครัวเพียงพอ (ร้อยละ 80.00) ประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 53.64) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับ 2 (ร้อยละ 83.64) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-6 เดือน (ร้อยละ 26.36) รองลงมา 7-12 เดือน (ร้อยละ 19.09) และ 25-36 เดือน (ร้อยละ 17.37) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.27) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีโรครวมจำนวน 3 โรค (ร้อยละ 35.42) และ 2 โรค (ร้อยละ 33.33) และโรคร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.12) รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.75) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 2 ระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n = 110$)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	21-40	39	1	0.90
ระดับสูง	41-60	41-60	109	99.10

($\bar{X} = 53.67$, $SD = 4.64$, $Min = 39$, $Max = 60$)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.10) มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 110)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า <i>p</i> -value
	สหพันธ์ (<i>r</i>)	
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.811** (<i>r_s</i>)	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.811** (<i>r_s</i>)	< .001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.359** (<i>r_s</i>)	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.200* (<i>r_{ps}</i>)	.036
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.076 (<i>r_s</i>)	.433
การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.058 (<i>r_s</i>)	.551

r_s ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

r_{ps} ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .811, p < .001$)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -.811, p < .001$)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .359, p < .001$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{ps} = .200, p < .05$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .076, p < .05$)

การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .058, p < .05$)

สรุปผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.10) โดยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง รองลงมาการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 113 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผลการตรวจสอบข้อมูล พบว่า มีข้อมูลที่มีค่าแตกต่างจากกลุ่ม (Outlier) จำนวน 3 ราย จึงได้พิจารณาตัดข้อมูลออกจำนวน 3 ราย ดังนั้น ข้อมูลมาวิเคราะห์จำนวน 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .725, .785, .932, .705, .844, .743 และ .889 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน เรนค์ ออเดอร์ (Spearman rank-order correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 50.91) รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มีอายุต่ำสุด คือ 60 ปี สูงสุด คือ 87 ปี และมีอายุเฉลี่ย 69.85 ($SD = 7.29$) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 52.73) และจากการคำนวณค่าระดับดัชนีมวลกายมากที่สุด อยู่ในช่วงปกติ 18.5-22.99 kg/m^2 (ร้อยละ 31.82) รองลงมาช่วง 25-29.99 kg/m^2 เป็นโรคอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 30.00) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.91) และอยู่อาศัยกับผู้อื่น เช่น คู่สมรส บุตร และญาติพี่น้อง (ร้อยละ 85.45) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (62.73) รองลงมา จบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 14.55) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 0-4,999 บาท (ร้อยละ 22.73) อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 21.82) และ อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 19.09) ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วงที่เพียงพอ (ร้อยละ 80.00) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 53.64) รองลงมา เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 40.91) นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 5.45) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับ 2 (ร้อยละ 83.64) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-6 เดือน (ร้อยละ 26.36) รองลงมา 7-12 เดือน (ร้อยละ 19.09) และ 25-36 เดือน (ร้อยละ 17.37) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.27) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีโรคร่วมจำนวน 3 โรค (ร้อยละ 35.42) รองลงมา จำนวน 2 โรค (ร้อยละ 33.33) และโรคร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.12) รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.75) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.47) ตามลำดับ

2. ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับสูง จำนวน 109 ราย (ร้อยละ 99.10) ($\bar{X} = 53.67, SD = 4.64$) รองลงมา ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.90)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .811, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -.811, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .359, p < .001$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{ps} = .200, p < .05$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r_s = .076$ และ $.058$ ตามลำดับ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาใช้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษา ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.10) มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 53.67, SD = 4.64$) โดยพฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การรับประทานยาตามจำนวน ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง และไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จะอมยาใต้ลิ้น 1 เม็ด ซ้ำทุก 5 นาที ไม่เกิน 3 ครั้ง หากอาการไม่ทุเลา จะไปพบแพทย์ทันที มีอาการข้างเคียงของยา เช่น เลือดออกง่าย หรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ จะไปพบแพทย์ทันที กลุ่มตัวอย่างมีวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือทำงานอดิเรก และเมื่อไม่สบายใจ จะปรึกษากับผู้ที่ไว้วางใจ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 50.90) ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ที่ยังมีสภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ อายุจัดเป็นปัจจัยด้านประชากร ที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคล จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Stretcher & Rosenstock, 1997) ร่วมกับ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเจ็บป่วยช่วง 1-6 เดือน (ร้อยละ 26.36) รองลงมา 7-12 เดือน (ร้อยละ 19.09) และ 25-36 เดือน (ร้อยละ 17.27) จึงได้รับประสบการณ์ชีวิต ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม (นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล และวิษชุดา เจริญกิจการ, 2557) ทั้งนี้อายุที่มากขึ้น แสดงถึงวุฒิภาวะในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ร่วมกับในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และได้รับคำแนะนำต่าง ๆ จากทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

และนักโภชนาการ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (นัสรา เกตจินดา, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และสมสมัย รัตนกรีฑากุล, 2561) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.91) อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ พักอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ คือ มีทั้งคู่สมรส บุตร และญาติพี่น้อง (ร้อยละ 85.45) เป็นสิ่งที่พบเห็นเป็นปกติในบริบทวัฒนธรรมของสังคมไทย ที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน รวมถึงความสัมพันธ์กับบุคคลหรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคณคยสนับสนุน ที่พึ่งพา และให้กำลังใจ จึงสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา, 2553)

การศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.64) มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับ 2 กล่าวคือ มีข้อจำกัดของกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย เมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก (NYHA) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการออกกำลังกาย เป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ เป็นการเสริมสมรรถภาพของร่างกายให้แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานในระบบต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือด ช่วยเรื่องความดันโลหิต ไขมันในเลือดลดลง ทำงานได้ดีขึ้น สมนึก แก้ววิไล (2552) อ่างใน แวงใจ พันภัย และอมร ไกรดิษฐ์ (2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีพิศ พรหมผิว และคณะ (2558) กล่าวว่า การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือด ลดการเกิดผลกระทบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีเช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญศรี นุเกต และปาลีรัตน์ พรทวีภักธา (2550) ที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็น และเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.27) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีโรคร่วมจำนวน 3 โรค (ร้อยละ 35.42) และ 2 โรค (ร้อยละ 33.33) และโรคร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.12) รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.75) ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องโรคร่วมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคร่วมที่เหมาะสม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง รองลงมาการรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 38.81, SD = 1.30$) ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.27) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีโรคร่วมจำนวน 3 โรค (ร้อยละ 35.42) และ 2 โรค (ร้อยละ 33.33) และโรคร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.12) จึงเกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์โดยตรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ขอมรับคำแนะนำจากคำสมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่ ข้าราชการที่เผยแพร่ความรู้ในการควบคุมโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปรีชา สุวรรณทอง, กานต์พิชชา เล็กดี, กุริทัต สายชลทรัพย์, ศรีณยู จันทรนิภา, สรिता จินสะ และ กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม, 2562) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 กิจกรรมแรกแรก ดังนี้ 1) ท่านสามารถไปพบแพทย์ก่อนเวลานัด เมื่อมีอาการผิดปกติ ($\bar{X} = 4.00, SD = .00$) 2) ท่านสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง ($\bar{X} = 3.99, SD = .09$) และ 3) ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ($\bar{X} = 3.98, SD = .13$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .811, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผล

คะแนนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจสูง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แสดงว่า การรับรู้ถึงพฤติกรรมควบคุมโรค และวิธีการที่เหมาะสมถูกต้อง ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของบุคคล บุคคลนั้นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยเกิดจากความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) เสาวลักษณ์ ท่ามาก (2552) Chiou et al. (2009) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (ภทรพรรณ อุณาภาคม และขวัญชัย รัตนมณี, 2558; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553; และ Kamran et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 11.96, SD = 1.84$) กิจกรรมแรกที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การรับประทานยาตรงต่อเวลา เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ท่านรู้สึกอายนเวลาที่ต้องออกกำลังกาย และหากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านไม่ทราบว่าจะสอบถามใคร ($\bar{X} = 1.00, SD = .09$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -.811, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายความว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และถ้าหากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากบอกว่า ตั้งแต่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพยายามควบคุมอาหาร โดยเน้นรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ($\bar{X} = 1.52, SD = .57$) และเคยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จึงได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และ/หรือคนสูบบุหรี่ รวมถึงจัดการความเครียด ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ออุปสรรค หรือสิ่งขัดขวางต่ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านลบ เช่น ค่าใช้จ่าย หรือการมารับบริการนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chiou et al. (2009) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการสอดคล้องกับการศึกษาของเกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 39.17, SD = 1.20$) กิจกรรมแรกที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การหยุดยาเอง ทำให้ได้รับอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น และการไม่สูบบุหรี่ และ/หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ($\bar{X} = 4.00, SD = .00$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .359, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายความว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลคะแนนของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจสูง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากแพทย์ และพยาบาลประจำหน้าห้องตรวจ ได้ให้ข้อมูลความรู้ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การเลิกสูบบุหรี่ และ/ หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สามารถช่วยลดการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ รวมถึงสัญญาณเตือนของโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ และผลดีต่อตนเองมากที่สุด โดยทำให้ไม่ป่วยหรือหายจากโรค จากการได้รับให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมหรือรักษาโรค เพื่อลดความรุนแรง และผลกระทบทางสุขภาพ ดังนั้นบุคคลจึงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ทำมาก และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษา กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการจำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจำกัดเกลือ

2.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 35.47, SD = 2.88$) จากคะแนนเต็ม 40 ซึ่งถือว่ามีความรุนแรง คือ 1) การไปพบแพทย์ซ้ำเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำให้เสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 3.99, SD = .09$) 2) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ($\bar{X} = 3.98, SD = .13$) และ 3) เมื่อเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำให้ท่านรู้สึกกลัวการเสียชีวิต ($\bar{X} = 3.96, SD = .18$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{ps} = .200, p = .036$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจสูง

จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตน ในด้านการเจ็บป่วย ความปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต รวมถึงการดำเนินชีวิต เกี่ยวกับอันตราย ความรุนแรงของโรค ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่เกิดความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนา ลือมงคล (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่จำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจำกัดเกลือของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรค (คำธณ มุทสิน, 2559; ชัชรินทร์ กูมาะ และรุ่งนภา จันทรา, 2558; ชัญญาอนุช ไพรวงษ์ และคณะ, 2560; ฌัฐพร อยู่ปาน และคณะ, 2558; กพรพรรณ อุณาภคม, 2558; วาสนา ศรีหามาตร์ และคณะ, 2558; สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553; Kamran et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 38.06$, $SD = 1.66$) 3 กิจกรรมแรก ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ 1) การรับประทานยา ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 3.98$, $SD = .13$) 2) การสูบบุหรี่ และ/หรือได้รับควันบุหรี่ เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 3.94$, $SD = .26$) และ 3) การเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 3.93$, $SD = .28$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .076$, $p = .433$) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนของข้อคำถามรายชื่อที่กล่าวมานั้นมีคะแนนค่อนข้างสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับ 2 (ร้อยละ 83.64) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-6 เดือน (ร้อยละ 26.36) รองลงมา 7-12 เดือน (ร้อยละ 19.09) และ 25-36 เดือน (ร้อยละ 17.37) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า เคยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ และอายุที่เพิ่มมากขึ้นระบบไหลเวียนเลือด ของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ มีลักษณะตีบแคบลงจากภาวะหลอดเลือดแข็ง และอุดตันจากการมีโคเลสเตอรอลไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีแคลเซียมมาเกาะ มีเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) และมีการเพิ่มขึ้นของคอลลาเจน ทำให้ความสามารถในการหด และคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลต่อเลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยและช้าลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) จึงเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแข็ง (Atherosclerosis) โดยเกิดจากการสะสมของคราบไขมัน (Plaques) ที่ใช้เวลาเป็นปี ๆ และจะค่อย ๆ พอกพูนขึ้น จนทำให้โพรงหลอดเลือดเกิดการตีบแคบหรือเกิดการอุดตัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อป้องกันอาการรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

เมื่อได้อธิบายตามแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) เป็นความเชื่อ หรือความคิดเห็น ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่าง ๆ ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และเชื้อชาติ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา งดสูบบุหรี่และเลิกวันบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นการรับรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้นักคิด พฤติกรรมป้องกันโรคได้ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลได้รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของการรับรู้ของการเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาร์ณ มุทะสิน (2559) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ชัญญา นุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .427, p = .000$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม

2.6 การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 39.69 จากคะแนนเต็ม 40 ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนสูงมาก โดยกิจกรรมสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ แพทย์ และพยาบาลให้คำแนะนำ กระตุ้นให้ท่านปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรค

หลอดเลือดหัวใจ การได้รับบัตรนัดตรวจ ทำให้ท่านมาตามแพทย์นัด การได้รับการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถลดการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และการได้รับกำลังใจจากผู้อื่น ช่วยให้คุณควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น ($\bar{X} = 4.00, SD = .00$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .058, p = .551$) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนของข้อคำถามรายชื่อที่กล่าวมานั้นมีคะแนนค่อนข้างสูง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า เคยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้มีประสบการณ์ และมีความรู้เกี่ยวกับ อาการ การรับประทานยา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสัญญาณเตือนอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งโรงพยาบาลชลบุรีได้มีนโยบายกล่าวถึง เข้มมุ่งในปี พ.ศ. 2561 ว่าด้วยเรื่อง โรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับการลดอัตราการตาย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง (High risk group) จึงทำให้มีการประชาสัมพันธ์หลากหลายช่องทาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ในด้านครอบครัวก็มีส่วนคอยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษ พบว่า สถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.91) อยู่อาศัยกับผู้อื่น เช่น คู่สมรส บุตร และญาติพี่น้อง (ร้อยละ 85.45) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแล มีครอบครัวคอยช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทำให้ได้รับกำลังใจจากครอบครัว ช่วยให้ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น

เมื่ออธิบายตามแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock (1997) หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีผลต่อปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคหรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค เช่น สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งแบบแผนเหล่านี้จะพิจารณาจากสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น อาการของปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยอ่อนเพลีย และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การรณรงค์หรือการให้ข่าวสาร โฆษณาผ่านทางสื่อต่าง ๆ การเรียนรู้ที่ได้รับจาก พ่อ แม่ เพื่อน หรือผู้อื่นที่ให้คำแนะนำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chiou et al. (2009) พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) ที่พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหัวใจล้มเหลว

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้สิ่งชักนำในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (สมร พรหมพิทักษ์กุล, 2553; คำรณ มุทะสิน, 2559) และการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจควรให้ความสำคัญนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และวางแผนจัดเวทีเสวนาระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์กับกลุ่มเสี่ยง เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้ความสามารถของตนเอง และรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนและอุปสรรคของการเกิดโรคได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรวางแผนการพยาบาลหรือกำหนดแนวทางการให้การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้ความสามารถของตนเอง และรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดนโยบายให้เพื่อส่งเสริมการรับรู้ และเชื่อมั่นว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งนักวิจัยสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการศึกษา บัณฑิตทำนุการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมการพยาบาล เพื่อควบคุม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ด้านการศึกษากายภาพ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างถูกต้อง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับ 1-3 ในการศึกษานี้ไม่นำระดับ 4 มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยแม้ขณะนั่งพัก
2. การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยพยาบาล ทำให้บางข้อมูลอาจไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง

บรรณานุกรม

- กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา. (2553). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(3), 61-68.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2559). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- กองสุศึกษา. (2556). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกานต์ สวัสดิ์ศรีภย์, วารี กังใจ และชมนาด สุ่มเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1), 40-51.
- กาญจนา ล้อมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 98-110.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี. (2560). *มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ยาชินิรรับประทาน 6 กลุ่ม 12 ชนิดที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiheartfound.org/category/details/food/89>
- เกษริน อุบลวงษ์ และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 14-24.
- กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง และจิตติมา กัตัญญ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. ใน *การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15* (หน้า 13-23). นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- เจมิกา สมบัติโยธา, วิทยา อยู่สุข และนิรุวรรณ เทรินโบล. (2562). พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 38(1), 47-59.

- คณะกรรมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 6. (2559). *แผนปฏิบัติการเขตสุขภาพที่ 6*. เข้าถึงได้จาก http://region6.cbo.moph.go.th/pan_2559
- คณินญา พรนริศ. (2546). *โภชนาการผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- คำรณ มุทะสิน. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารราชชนก*, 13(29), 214-222.
- จิรพร แอชตัน, ทศนา ชูวรรณปะกรณ์ และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 35(3), 84-96.
- จิราวรรณ เผื่อนแผ่, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวินัส ลีพหกุล. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 33(2), 41-50.
- แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ และณฤทัย นฤมาน โภคิน. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 2-14.
- จักรพันธ์ เฟ็ชรภูมิ. (2560). *พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชนิดา ราชวัณ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และอรสา พันธุ์กักดี. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 2-16.
- ชัชรินทร์ ภูมา และรุ่งนภา จันทรา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตระหัก จังหวัดปัตตานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 85-99.
- ชญัญญาช ไพรวงษ์, วรัญญ สัตยวงศ์ทิพย์ และภูรินทร์ ลีกุล. (2560). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 11(1), 107-116.
- ณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. *วารสารไทยเกษตรศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(1), 10-18.

- ทัศนาศูววรรณะปกรณัม, พิกุล ดินามาต และศิริรัตน์ ปานอุทัน. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 35(3), 72-83.
- ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. (2543). *คู่มือการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข*. นนทบุรี: กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- นพวรรณ บุญบำรุง. (2558). การส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด: การกำหนดอาหารสำหรับผู้ป่วยโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน. *วารสารพยาบาลสหภาพไทย*, 8(1), 10-23.
- นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2), 2-16.
- นิตญา ฤทธิเพชร, นุชนารถ ร่วมทอง, ดารุณี ทับวิเศษ และชนพร เข้มสุดา. (2558). การศึกษาความรู้และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจำหน่ายก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. *วารสารแพทยนาวิ*, 42(2), 1-14.
- นิตญา ฤทธิเพชร. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(1), 16-34.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63-74.
- นิรัชรา ช้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิษชุดา เจริญกิจการ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีบตัน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(2), 236-248.
- นันทวี ดวงแก้ว. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัสรา เกตจินดา, สุวรรณ จันท์ประเสริฐ และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(4), 30-39.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: คุณภาพสมมติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศรี นุเกตุ และปาลีรัตน์ พรทวีกันทา. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ยุทธธินทร์การพิมพ์.
- ปรีชา สุวรรณทอง, กานต์พิชชา เลิกดี, ภูริทัต สายชลทรัพย์, ศรีณยู จันทรนิภา, สรिता จินณะ และกมลนันทน์ ม่วงยิ้ม. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(3), 44-56.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ผ่องนภา คิดหา และธีรพรรณ ชีระพงษ์. (2562). ความสุขของผู้สูงวัย: ความหมายจากการทำงาน. *มนุษยศาสตร์สาร*, 20(3), 174-199.
- พัชราวลัย วงศ์บุญสิน. (2554). *การย้ายถิ่นข้ามชาติกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในอาเซียน: นโยบาย และผลกระทบ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภทรพรรณ อุณาภคม และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 44-54.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *จำนวนผู้ป่วยตายโรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Heart Disease) ปีงบประมาณ 2561*. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=e2a5a66dd74fa1252fcf786674f05f02#
- รพีพรรณ อภิรมรัตน์. (2560). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 2-15.

- ดิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาาระบบประสาทและอื่น ๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วาสนา ศรีหามาตร์, สุพัตรา บัวทิ และสุรชาติ สิทธิปกรณ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 21(2), 27-40.
- วิวรรณ ทั้งสุขบุตร. (2556). โรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราอายุศาสตร์ทั่วไป* (หน้า 461-479). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- แววจใจ พันภัย และอมร ไกรดิษฐ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(ฉบับพิเศษ), 180-195.
- วรมนต์ บำรุงสุข. (2548). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี = Cardiac rehabilitation: Coronary artery disease*. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปราณี ฐิติไพเราะ, วันดี โตสุขศรี, และศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 37-39). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ศรีนวล สถิติวิทยานันท์. (2560). *คลังความรู้สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก <http://healthydee.moph.go.th/blog?HTID=75>
- ศรพิศ พรหมผิว, ชวนพิศ ทำนอง, สุพร วงศ์ประทุม และไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร. (2558). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 23-33.
- ศันสนีย์ คำรังสีศิลป, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ และกุสุมา กุวิวัฒน์สัมฤทธิ์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 220-227.
- สถิติโรงพยาบาลชลบุรี. (2559). *เวชระเบียนและงานสถิติโรงพยาบาลชลบุรี*. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.
- สมร พรหมพิทักษ์กุล. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 40(3), 343-355.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ ศรีมหาโชตะ. (2548). แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี ST-Elevate. ใน *วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ). Evidence-base clinical practice guideline ทางอายุรกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 416-426). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภัชญา ศประกอบ และพินัญดา อภัยฤทธิ์. (2562). ประสิทธิภาพและต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาหมู่บ้านบึงกระดาน หมู่ 3 ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม*, 3(6), 78-87.
- สุมาลี วังธนา, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุรพล ช่วยבודה. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 547-560.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุริย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). Chronic atherosclerosis (fixed coronary obstruction). ใน *สุริย์ เลขวรรณวิจิตร (บรรณาธิการ), พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ* (หน้า 129-130). เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมคิด สนวนศรี, ปรานจิต ทิพย์โอสถ และพนิดา ดันสิน. (2560). พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 1(2), 1-37.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ICD-10 –TM Standard coding guidelines 2011*. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- เสาวนีย์ นาคมะเริง, ลักษณ์ มาทอ, ทวีศักดิ์ จรรยาเจริญ, ปณิศา ธรรมนิธิศ และเพ็ญดาว อาจชัยธร.
(2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและค่าความแตกต่างของความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างแขนทั้งสองข้างในอาสาสมัครสุขภาพดี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(4), 53-62.
- เสาวลักษณ์ ทำมาก, อรสา พันธุ์ภักดี, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และพิศสมัย อรทัย. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 20(2), 31-44.
- หัตยา ประสิทธิ์ดำรง. (2553). Pathogenesis and risk factors of coronary artery disease. ใน *ปริษา เอื้อโรจนอังกูร (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด* (หน้า 1-12). กรุงเทพฯ: มิตรสัมพันธ์.
- อภิชาติ สุนทรทรัพย์. (2553). *Coronary artery disease*. เชียงใหม่: ทริค ชิงค์.
- อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์. (2560). ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. *วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข*, 11(3), 345-354.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา: ลิมบราเคอร์การพิมพ์.
- อุไรรัชต์ บุญแท้. (2557). *ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี*. เพชรบุรี: โรงพยาบาลชะอำ.
- เอมอร แสงศิริ, ดวงกมล วัตราคุลย์ และสุธานี กาญจนกุล. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 104-118.
- อังคณา ศรีวิริญ, ชมนาด สุ่มเงิน และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2561). ปัจจัยทำนายความคาดหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 101-112.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิตาคุษฎี ฑุลศิริ และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 52-65.

- อรรรรษา ภูมิศรีแก้ว. (2555). ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วย เบาหวาน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 18(2), 34-47.
- Alcaino, M., & Lama, D. (2011). Coronary artery disease in the elderly. In K. Pesek, (Ed), *Atherosclerotic cardiovascular disease* (pp. 91-106). Shanghai: Intech.
- American College of Sports Medicine [ACSM]. (2006). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Heart Association [AHA]. (2017 a). *Cardiovascular disease: A costly burden for America*. Retrieved from <https://healthmetrics.heart.org/wp-content/uploads/2017/10/Cardiovascular-Disease-A-Costly-Burden.pdf>
- American Heart Association [AHA]. (2017 b). *Causes of heart failure*. Retrieved from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coronary-Artery-Disease---Coronary-Heart-Disease_UCM_436416_Article.jsp#.WceAcsZx2U1
- American Heart Association [AHA]. (2017 c). *Treatments of a heart attack*. Retrieved from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/treatment-of-a-heart-attack>.
- American Heart Association [AHA]. (2018). *Understand your risks to prevent a heart attack*. Retrieved from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/UnderstandYourRiskstoPreventaHeartAttack/Understand-Your-Risks-to-Prevent-a-Heart-Attack_UCM_002040_Article.jsp#
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1(2), 77-98.
- Bangalore, S., Fayyad, R., Laskey, R., Demicco, D. A., Messerli, F. H., & Waters, D. D. (2017). Body-weight fluctuations and outcomes in coronary disease. *The New England Journal of Medicine*, 376(14), 1332-1340.
- Baghianimoghadam, M. H., Shogafard, G., Sanati, H. R., Baghianimoghadam, B., Mazloomi, S. S., & Askarshahi, M. (2012). Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients. *Acta Medica Iranica*, 51(1), 52-58.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.

- Blaha, J. M., Ketlogetswe, K. S., Ndumele, C. E., Gluckman, T. J., & Blumenthal, R. S. (2011). Preventive strategies for coronary heart disease. In V. Fuster, R. A. Walsh, & R. A. Harrington (Eds.), *Hurst's the heart* (pp. 1183-1214). Wong Chuk Hang, Hong Kong: China Translation & Printing Services.
- Charles, F. J., & Nanette, K. W. (2011). Cardiovascular disease in the elderly. *Revista Espanola de Cardiologia*, 64(8), 697-712.
- Centers for Disease Control [CDC]. (2016). *Leading causes of death 2015*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2016.htm#fig08>
- Chiou, A. F., Wang, H. L., Chan, P., Ding, Y. A., Hsu, K. L., & Kao, H. L. (2009). Factors associated with behavior modification for cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in Northern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 17(3), 224-225.
- Cockerham, W. C. (2010). *Sociology of mental disorder* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Davis, R., Davies, M., & Lip, G. (2006). *ABC of heart failure* (2nd ed.). London: Blackwell Publishing/BMJ Books.
- Emily, I. U. (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Shanghai, China: American College of Sports Medicine.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fleg, J. L., Forman, D. E., Berra, K., Bittner, V., Blumenthal, J. A., Chen, M. A., Cheng, S., Kitzman, D. W., Maurer, M. S., Rich, M. W., Shen, W. K., Williams, M. A., & Zieman, S. J. (2013). Secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. *Circulation*, 128(22), 2422-2446.
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programmes: A socio-psychological study*. Washington: Division of Special Health Services, Tuberculosis Program.

- Jitapunkul, S., Lailert, C., Worakul, P., Srikiatkachorn, A., & Ebrahim, S. (1996). Chula mental test: A screening test for elderly people in less developed countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(8), 715-720.
- Joelza, C. L., Graziella, B. A., Raquel, A. C., & Eneida, R. R. (2010). Prescribing and conducting non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(6), 1145-1151.
- Kamran, A., Sadeghieh, A. S., Biriya, M., Malepour, A., & Heydari, H. (2014). Determinants of patient's adherence to hypertension medications: Application of health belief model among rural patients. *Annals of Medical and Health Science Research, 4*(6), 922-927.
- Kang, Y., Yang, I. S., & Kim, N. (2010). Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research, 4*(1), 45-55.
- Katz, D. L. (2008). *Diet, atherosclerosis and ischemic heart disease: Nutrition in clinical practice*. Philadelphia: GGS Book Services.
- Kontogianni, M. (2010). *Hypertention and cardiovascular disease: Clinical nutrition in practice*. Selangor, Malaysia: Vivar Printing Sdn Bhd.
- Maron, D. J., Grundy, S. M., Ridker, P. M. & Pearson, T. A. (2004). Dyslipidemia, other risk factor, and the prevention of coronary heart disease. In Fuster, V., Alexander, R. W., & O'Rourke, R. A. (Eds.), *Hurst's the heart* (11th ed.) (pp.1094-1122). New York: McGraw-Hill.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*, 328-335.
- Schoen, F. J., & Mitchell, R. N. (2015). The heart. In V. Kumar, A. K. Abbas, & J. C. Aster, (Eds.), *Robbins and Cotran pathologic basic of disease* (pp. 523-578). Philadelphia, PA: Saunders.
- Schwartz, J. B., & Zipes, D. P. (2008). Cardiovascular disease in the elderly. In P. Libby, R. O. Bonow, D. L. Mann, & D. P. Zipes (Eds), *Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (8th ed.). (pp. 1,923-1,953). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Sharifzadeh, G., Moodi, M., Majd, H. M., & Musaei, I. (2017). Application of health belief model in predicting preventive behaviors against cardiovascular disease in individuals at risk. *Journal of Health Sciences and Technology, 1*(2), 64-69.

Singh, R. B., Dubnov, G., & Niaz, M. A. (2002). Effect of indo-mediterranean diet on progression of coronary artery disease in high risk patient: A randomized single-blind trial. *Lancet*, 360(9), 1455-1461.

Smith Jr, S. C., Benjamin, E J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., Gibbons, R. J., Grundy, S. M., Hiratzka, L. F., Jones, D. W., Lloyd-Jones, D. M., Minissian, M., Mosca, L., Peterson, E. D., Sacco, R. L., Spertus, J., Stein, J. H., & Taubert, K. A. (2011). AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease. *Circulation*, 124(22), 2458-2473.

Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 31-43). San Francisco: Jossey-Bass.

Tully, K. C. (2002). Advanced practice nursing with older adults clinical guidelines. In V. T. Cotter, & N. E. Strumpf (Eds.), *Cardiovascular disease in older adults* (pp.29-64). New York: McGraw-Hill.

Vinay, K., Abul, K., & Jon, C. A. (2015). *Robbins and Cotran pathologic basis of disease, professional edition E-book*. Philadelphia, United States: Elsevier Saunders.

World Health Organization [WHO]. (2018). *BMI classification*. Retrieved from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

World Health Organization [WHO]. (2017 a). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

World Health Organization [WHO]. (2017 b). *World heart day 2017*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day-2017/en/

Zhao, J., Kelly, M., Bain, C., Seubsman, S. A., & Sliagh, A. (2015). Risk factors for cardiovascular disease mortality among 86866 members of the Thai cohort study, 2005-2010. *Global Journal of Health Science*, 7(1), 107-114.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ไบอินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

Factors Related to Health Behavior of Older Adults with Coronary Artery Disease

ชื่อนิพนธ์ นางสาวพรหมพัชร สฤทธทรงเดช

รหัสประจำตัวนิพนธ์ 59920414 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 05 - 2562

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 113 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการ ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

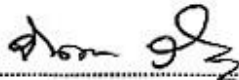
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้กำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 8 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-05-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรรณพัชร สกุลทรงเดช

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ หรือมากกว่า ทั้งเพศชาย และเพศหญิง สามารถได้ยิน และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ระดับ 1-3 โดยมีการแบ่งตามระดับสมรรถภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก และเข้ารับการตรวจรักษาที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ดิฉันจะขออนุญาตชี้แจงจุดประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด จากนั้นลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยดิฉันจะทำการทดสอบการประเมินความผิดปกติทางการรับรู้ก่อน ถ้าผ่านเกณฑ์ดิฉันจะขอเก็บข้อมูล โดยการให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 8 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 45 นาที ทุกราย

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาล หรือโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาจจะเกิดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการไม่สุขสบายขณะสัมภาษณ์ เพื่อลดความเสี่ยงโดยการวิจัยในครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ช่วยดูแลเรื่องคิวขณะรอรับยา และผู้วิจัยจะให้การพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น แบ่งการสัมภาษณ์ เป็น 2 ช่วงตามที่กำหนด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อวิถีชีวิต และการดูแลรักษาพยาบาลของท่าน ท่านมีสิทธิในการถอนตัวหรือยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถือเป็นความลับ ซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อ-สกุลหรือสิ่งใด ๆ ที่ทำให้อ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน แต่จะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงข้อมูลที่รวบรวมจากท่านจะถูกทำลายข้อมูลหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ข้อมูลที่ได้จากท่านในการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

หากท่านมีปัญหาหรือสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวพรรณพัชร สกุลทรงเดช หมายเลขโทรศัพท์ 099-0615914 หรือ อาจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102853

นางสาวพรรณพัชร สกุลทรงเดช

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่าน และทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่านหรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และ
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่
จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

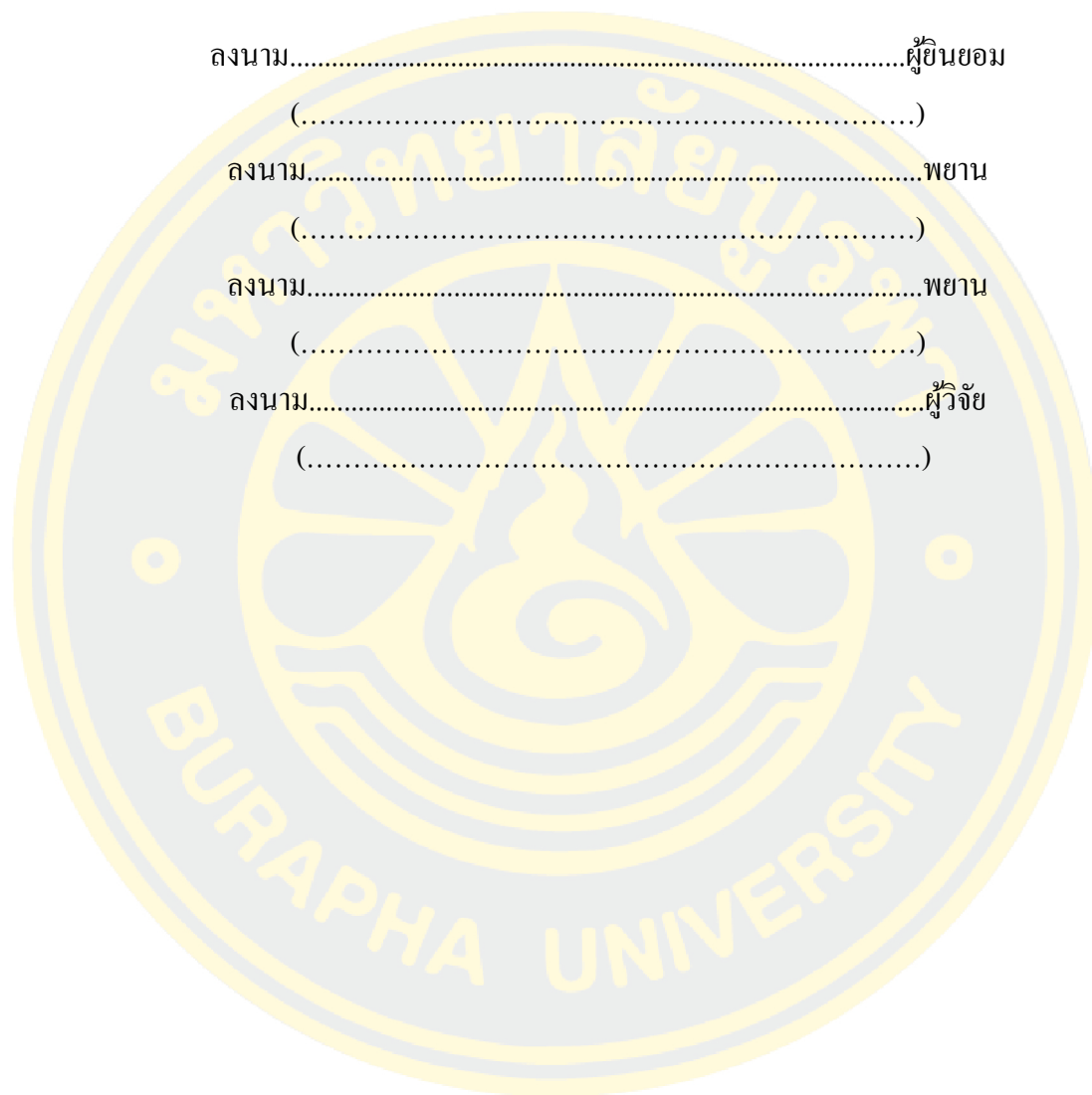
(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

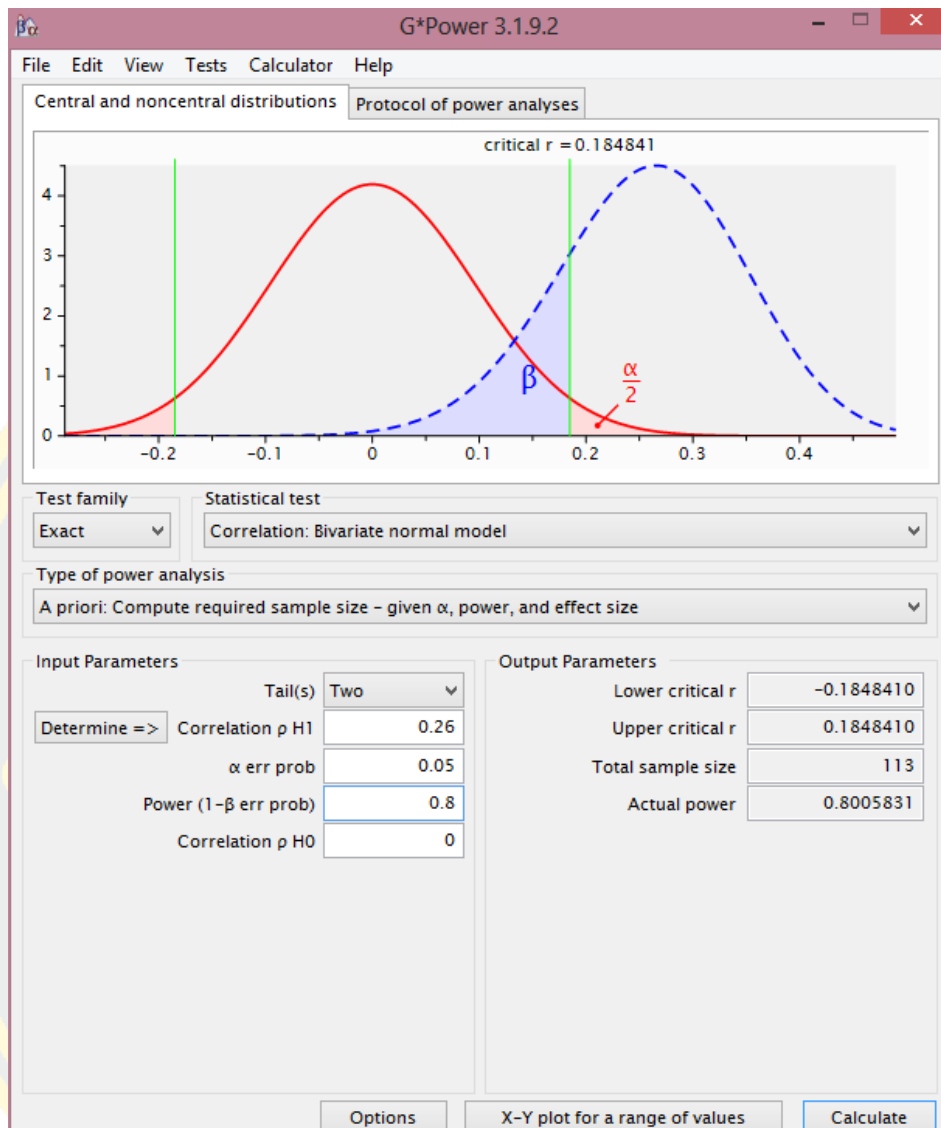
(.....)





ภาคผนวก ข

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



ภาพที่ 3 โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 Correlation ρ H1 (Faul et al., 2007)

ตารางที่ 4 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov test
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.002
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.073
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.005
การรับรู้สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.000



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี

เอกสารเลขที่ ๕๗/๒๕๖๒



รหัสวิจัย ๙๑/๖๒/N/q

ใบรับรองโครงการวิจัย

โดย คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
(Factors related to health behavior of older adults with coronary artery disease)

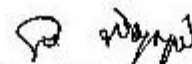
ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวพรรณพัชร สกุศลทรงเดช

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัย
ในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้

ลงนาม

ลงนาม


(แพทย์หญิงอุษา ศิริบุญฤทธิ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย


(ผศ.พิเศษ นายแพทย์สุวรรณค์ ขวัญใจพานิช)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

วันที่รับรอง : ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒

วันหมดอายุ : ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- ๑) โครงการวิจัย
- ๒) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ๓) ผู้วิจัย
- ๔) แบบสอบถาม
- ๕) ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของอาสาสมัคร

กำหนดการส่งรายงานความคืบหน้าการวิจัย

ทุก ๓ เดือน ทุก ๖ เดือน

เงื่อนไข...



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(ตัวอย่าง)
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

- แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test [CMT])

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชุดที่ 8 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 8 ชุด ประกอบด้วย
ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
2. เพศ
 - () หญิง () ชาย
3. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย (BMI) = kg/m² (สำหรับผู้วิจัย)
4. สถานภาพสมรส
 - () โสด () คู่
 - () หม้าย/หย่า/แยกทาง
5. การอยู่อาศัย
 - () คนเดียว
 - () คู่อื่น () คู่สมรส
 - () บุตร
 - () ญาติพี่น้อง
 - () เพื่อน
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ
6. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา /ประกาศนียบัตร
 - ()ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ
7. รายได้ของครอบครัว บาท/เดือน
 - () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
8. ประวัติการสูบบุหรี่
 - () ไม่เคย
 - () ปัจจุบันสูบบุหรี่อยู่
 - ()

9. ระดับความรุนแรงของโรค

- () ท่านไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไป โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก
- () ท่านไม่มีอาการเหนื่อยขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมทั่วไปอาจมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย
- () ท่านจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก ถึงแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก
- () ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือ เจ็บหน้าอก แม้ในขณะพัก

10. ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระบุจำนวน เดือน

11. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวโรคอื่นหรือไม่

- () ไม่มี
- () มี โรคประจำตัวโรค โปรดระบุ.....

(ตัวอย่าง)
แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
.....		
.....		
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ทำให้ท่านมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.93	.28
5. ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ	3.9	.34
6. ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ทำให้ท่านมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ	3.91	.30
7. การรับประทานยา ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ช่วยป้องกันอาการกำเริบของ โรคหลอดเลือดหัวใจ	3.98	.13
8. การสูบบุหรี่ และ/ หรือ ได้รับควันบุหรี่ เป็นความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.94	.26
.....		
.....		

(\bar{X} = 38.06, S.D. = 1.66)

(ตัวอย่าง)
แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. การไม่รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้อายุสั้น	3.87	.33
2. การไปพบแพทย์ช้า เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำให้เสียชีวิตได้	3.99	.09
.....		
4. การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้	3.98	.13
.....		
.....		
7. เมื่อเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำให้ท่านรู้สึกกลัวการเสียชีวิต	3.96	.18
8. โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้การดำเนินชีวิตของท่านยากลำบาก	3.74	.43
.....		
.....		

($\bar{X} = 35.42, SD = 2.88$)

(ตัวอย่าง)

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
.....		
3. การหยุดยาเอง ทำให้ได้รับอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจ มากขึ้น	4	.00
.....		
5. การไม่สูบบุหรี่ และ/ หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ช่วย ลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้	4.00	.00
6. การเลิกสูบบุหรี่ และ/ หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ช่วย ลดการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจได้	3.99	.09
.....		
9. การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิด โมโหง่าย ช่วยลดการกำเริบ ของโรคหลอดเลือดหัวใจได้	3.99	.09
10. การพักผ่อนที่เพียงพอ ช่วยลดการกำเริบของโรคหลอดเลือด หัวใจ	3.99	.09

($\bar{X} = 39.17, SD = 1.2$)

(ตัวอย่าง)

แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. การควบคุมอาหาร ทำให้ขาดความสุขในการรับประทานอาหาร	1.53	.69
2. การรับประทานอาหารตรงต่อเวลาเป็นเรื่องที่ยากลำบาก	1.34	.51
3. การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ท่านมี ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย	1.18	.45
6. การออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ30นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน	1.48	.57
8. ท่านมีงานมากจนไม่มีเวลาออกกำลังกาย	1.17	.37

($\bar{X} = 11.96, SD = 1.84$)

(ตัวอย่าง)

แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ โรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
.....		
.....		
5. แพทย์ และพยาบาลให้คำแนะนำ กระตุ้นให้ท่านปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.00	.00
6. การได้รับบัตรนัดตรวจ ทำให้ท่านมาตามแพทย์นัด	4.00	.00
.....		
.....		
9. การได้รับการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถลดการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจได้	4.00	.00
10. การได้รับกำลังใจจากผู้อื่น ช่วยให้คุณควบคุมโรคหลอดเลือด หัวใจมากขึ้น	4.00	.00

($\bar{X} = 39.69, SD = .72$)

(ตัวอย่าง)
 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
 ของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
.....		
2. ท่านสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ถูกต้อง	3.99	.09
.....		
5. เมื่อมีความเครียด ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้	3.96	.18
6. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อควบคุมโรค หลอดเลือดหัวใจได้	3.96	.18
7. ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือด หัวใจได้	3.98	.13
.....		
10. ท่านสามารถดำรงชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป	3.96	.18

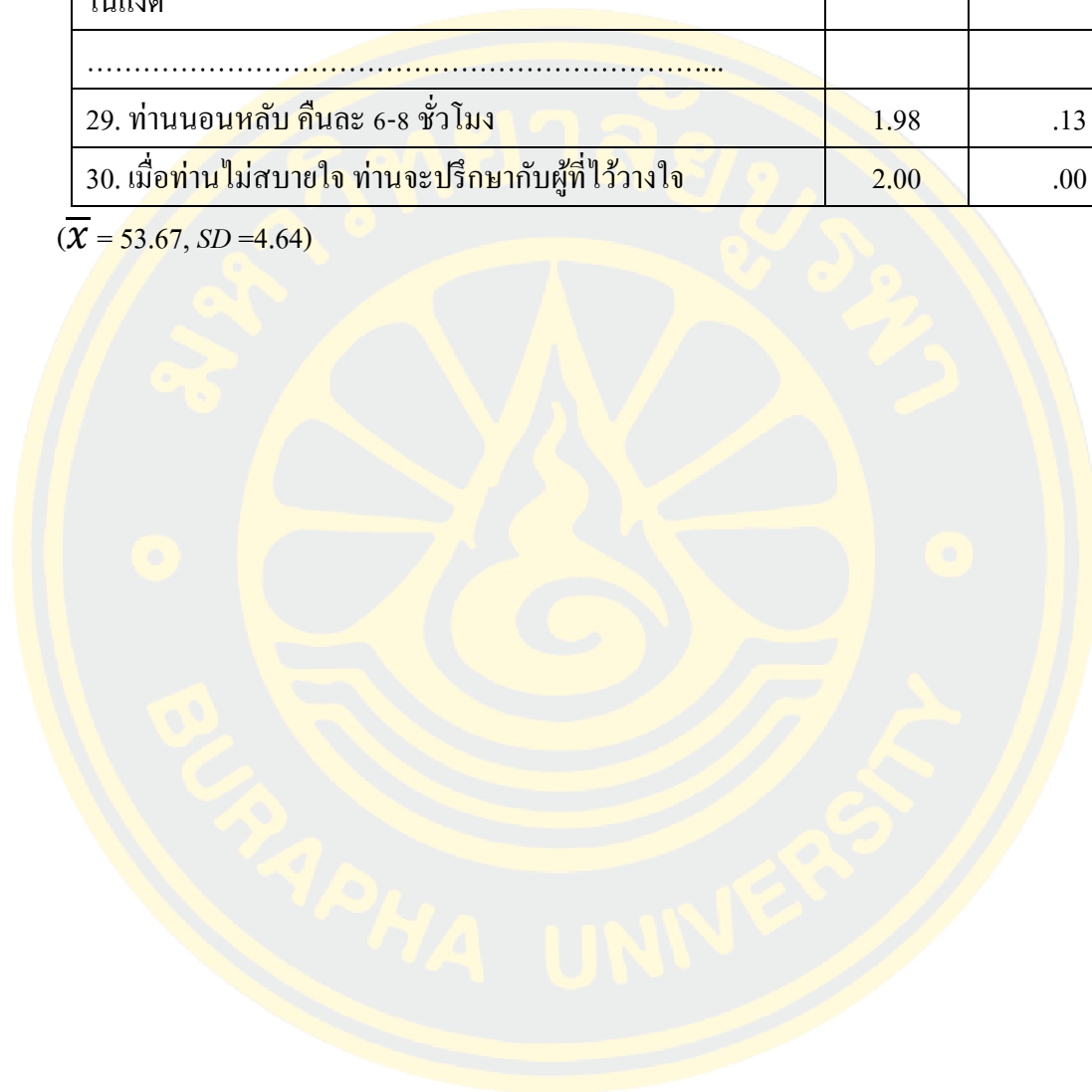
($\bar{X} = 38.81, SD = 1.30$)

(ตัวอย่าง)
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
.....	1.59	.59
.....		
5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มและรสหวาน	1.60	.59
.....		
7. ท่านรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	2.00	.00
.....		
10. เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ท่านอมยาใต้ลิ้น 1 เม็ด ซ้ำทุก 5 นาที ไม่เกิน 3 ครั้ง หากอาการไม่ทุเลา ท่านจะไปพบแพทย์ทันที	2.00	.00
.....		
13. ท่านหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และ/ หรือ คนสูบบุหรี่	1.93	.33
.....		
.....		
16. ท่านออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที	1.46	.56
.....		
20. ท่านหยุดออกกำลังกายทันที เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ตามัว ใจสั่น ตัวเย็น แขนขาอ่อนแรง	1.97	.21
.....		
23. ท่านมีวิธีผ่อนคลาย เมื่อมีความเครียด เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์	2.00	.00
.....		
.....		
.....		

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
26. ท่านมีวิธีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลก ในแง่ดี	1.99	.09
.....		
29. ท่านนอนหลับ ค่อนข้าง 6-8 ชั่วโมง	1.98	.13
30. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะปรึกษากับผู้ที่ไว้วางใจ	2.00	.00

($\bar{X} = 53.67, SD = 4.64$)



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวพรรณพัชร สกุลทรงเดช
วัน เดือน ปี เกิด	12 มกราคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดชลบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 27/ 80 หมู่ 1 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20000
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558-2560 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554-2558 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ. 2559-2563 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา