



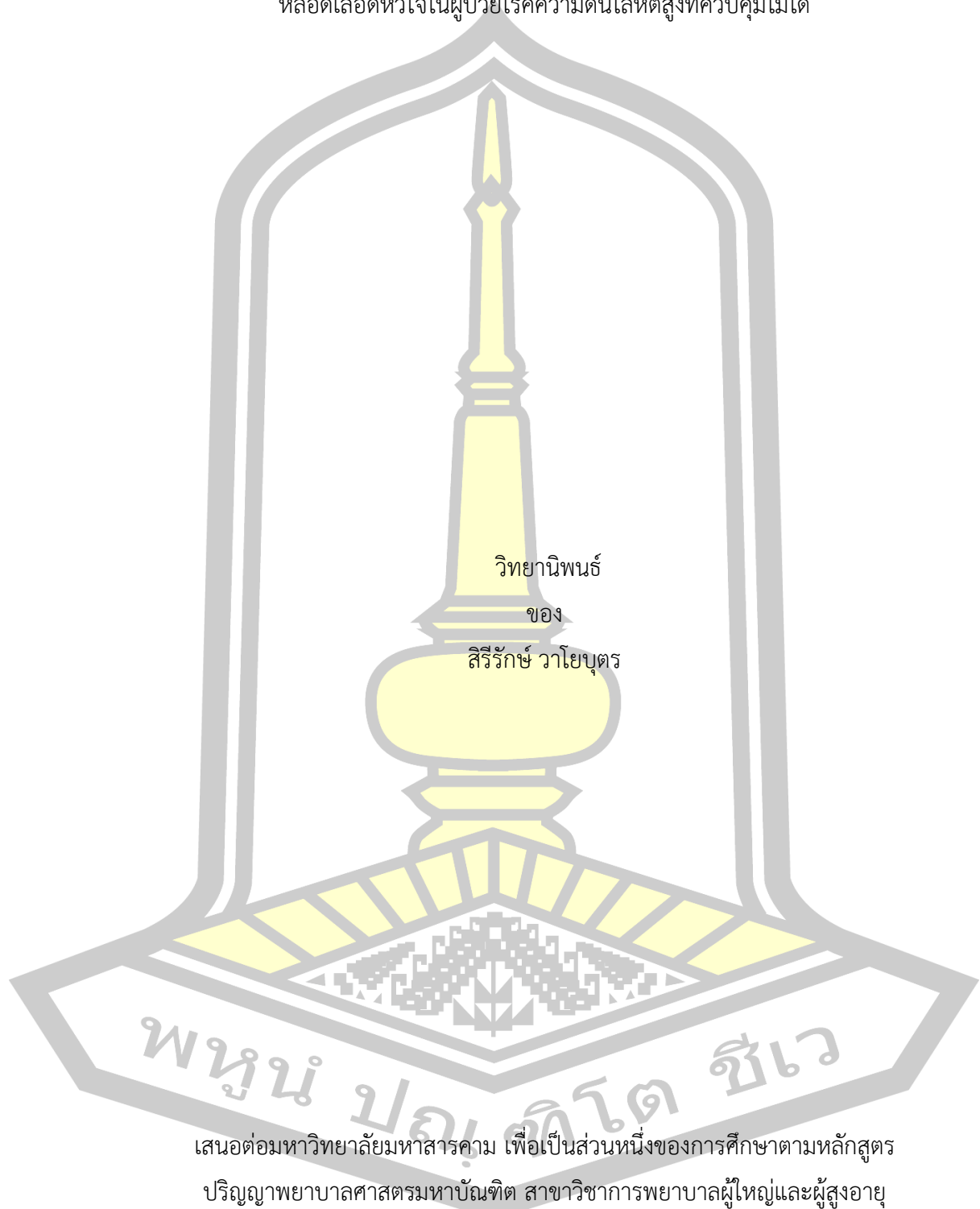
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วิทยานิพนธ์
ของ
สิริรัช วายุบุตร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
กันยายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

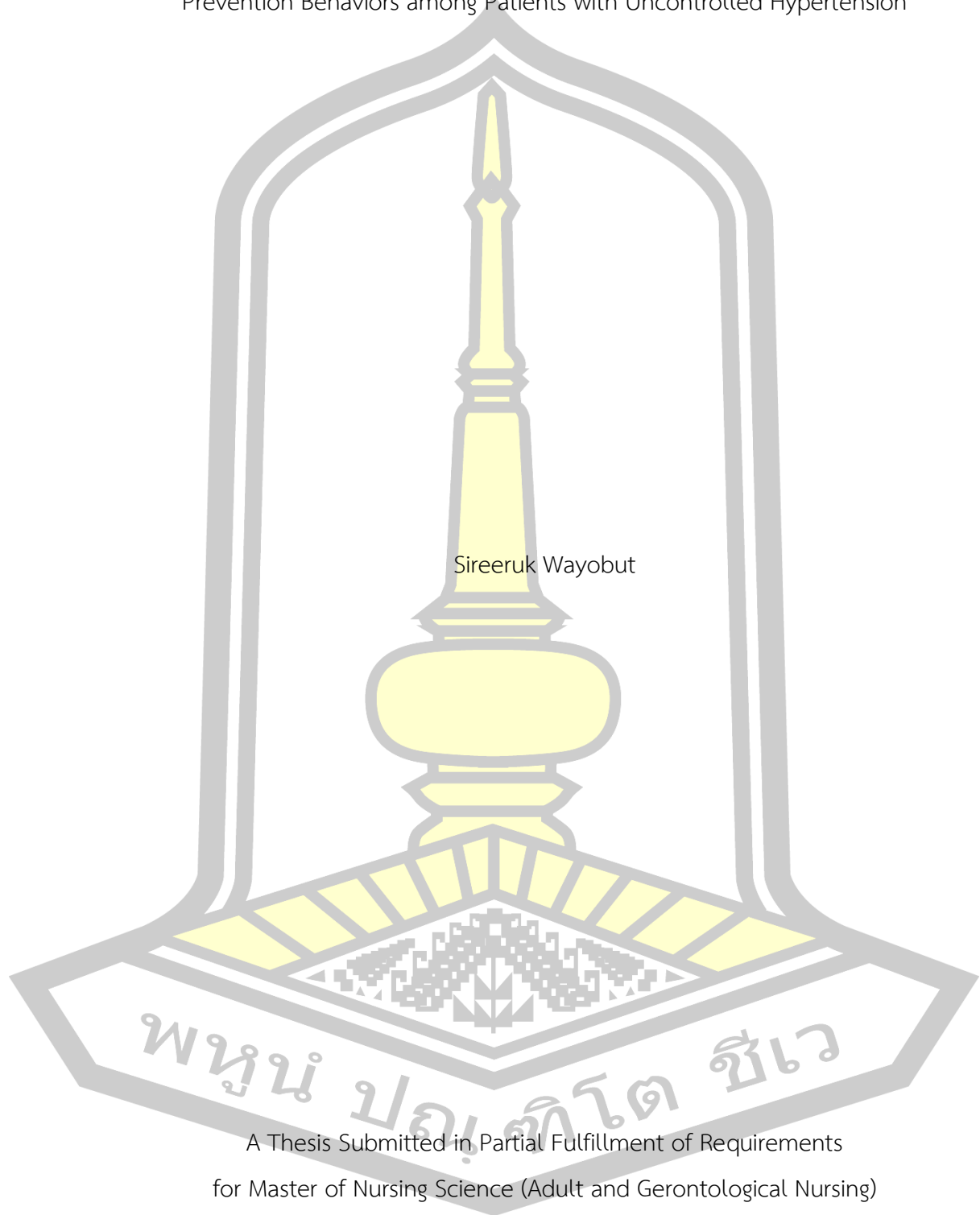


กันยายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Relationships between Health Beliefs, Self- Efficacy and Coronary Heart Disease
Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension

Sireeruk Wayobut



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)

September 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. สุพัตรา บัวที)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. นงเยาว์ มีเทียน)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. วาสนา รวยสูงเนิน)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้		
ผู้วิจัย	สิริรัช วาโยบุตร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจที่สามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 80 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86, .74, .73 และ .71 ตามลำดับ 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปว่า

1. ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19$, $r = .50$, และ $r = .71$) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.59$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ($r = .14$, $p > .05$)

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรหาแนวทางเพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในด้านดังกล่าวและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

พูน ปณ จิต ชีเว

TITLE	The Relationships between Health Beliefs, Self- Efficacy and Coronary Heart Disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension		
AUTHOR	Sireeruk Wayobut		
ADVISORS	Assistant Professor Apinya Wongpiriyayothar , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Adult and Gerontological Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

Hypertension is a major cause of coronary heart disease that can be prevented if the patients have appropriated health behaviors. This descriptive correlation research aimed to examine the relationships between health beliefs about coronary heart disease, perceived self-efficacy in coronary heart disease prevention and coronary heart disease prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension. The sample group consisted of 80 patients who visited the Non-Communicable Disease Clinic, Samakkhi Community Health Center, Maharakham Hospital and were randomly assigned to the study using a table random number. The research instruments included questionnaires of 1) perceived susceptibility of the risk with coronary heart disease, perceived severity of coronary heart disease, perceived benefits of coronary heart disease prevention practices, and perceived barriers of coronary heart disease prevention practices with reliability coefficients of .86, .74, .73, and .71 respectively 2) perceived self-efficacy in coronary heart disease prevention and 3) the coronary heart disease prevention behaviors which had a reliability of .72 and .70 respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and Pearson' product-moment correlation coefficients.

The results showed the following:

1. The patients had mean scores of perceived susceptibilities of the risk with coronary heart disease, perceived severity of coronary heart disease, perceived benefits of coronary heart disease prevention practices, and perceived self-efficacy in coronary heart disease prevention at a moderate level and had mean score of perceived barriers of coronary heart disease prevention practices at a high level.

2. Perceived susceptibility of the risk with coronary heart disease, perceived benefits of coronary heart disease prevention practices, and perceived self-efficacy in coronary heart disease prevention had a positively significantly correlated with coronary heart disease prevention behaviors ($r = .19$, $r = .50$, and $r = .71$ respectively, $p < .05$). Perceived barriers of coronary heart disease prevention practices had a negatively significantly correlated with coronary heart disease prevention behaviors ($r = -.59$, $p < .05$) and perceived severity of coronary heart disease did not correlate with coronary heart disease prevention behaviors ($r = .14$, $p > .05$)

The results of the study indicated that perceived susceptibility of the risk with coronary heart disease, perceived benefits of coronary heart disease prevention practices, perceived barriers of coronary heart disease prevention practices, and perceived self-efficacy in coronary heart disease prevention, were related to coronary heart disease prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension. Therefore, healthcare providers should create strategies to promote health beliefs in the areas mentioned above and self-efficacy for these patients to perform appropriate behaviors to prevent coronary heart disease.

Keyword : Uncontrolled hypertension, Coronary heart disease, Health beliefs, Self-efficacy, Coronary heart disease prevention behaviors

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญา วงศ์พิริโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวทิ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ (ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่ แพทย์หญิงกิตติยา ดิยาภักดิ์ แพทย์ชำนาญเฉพาะทาง สาขา อายุรศาสตร์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมปอง พะมุลิตา อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิภรณ์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นางพุทธกัญญา นารณศิลป์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอภิบาลโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม และ นางรุ่งนภา ธนชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม และ นางรัตนา เสนาหนอก หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม ตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่สำคัญที่สุด ขอขอบพระคุณผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเพื่อเป็นวิทยาทานแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้

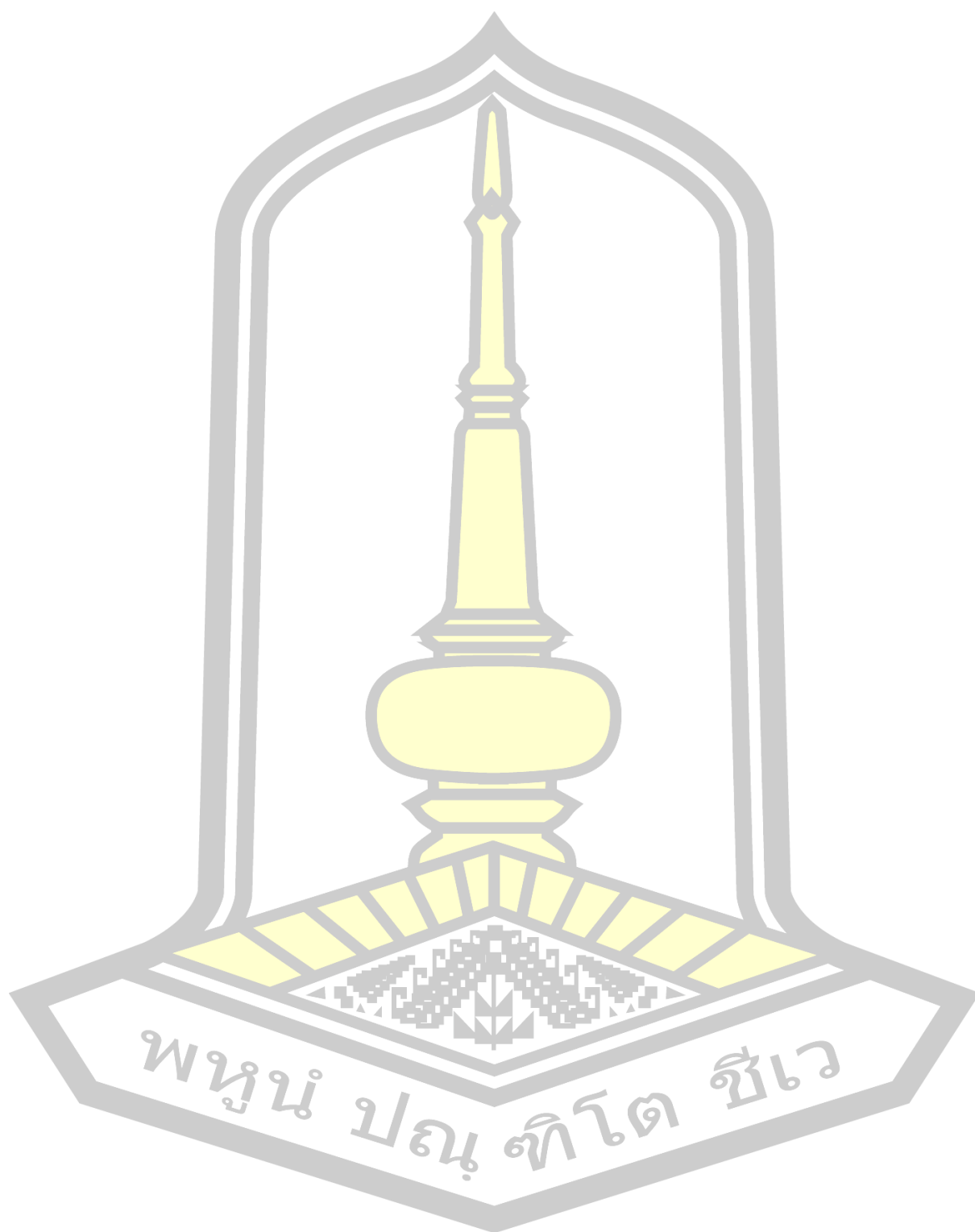
เหนือสิ่งอื่นใด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดาของผู้วิจัยที่ได้ให้ความสนับสนุนเป็นอย่างดีที่เป็นกำลังใจตลอดเวลารวมทั้งครอบครัวที่คอยห่วงใย คุณประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขอมอบให้แด่บุพการี คณาจารย์และท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

สิริรักษ์ วาโยบุตร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3. คำถามการวิจัย.....	6
1.4. สมมุติฐานการวิจัย.....	7
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
1.6 นิยามคำศัพท์.....	8
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
2.1 โรคความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension).....	13
2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease or Coronary artery disease).....	23
2.3 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	28
2.4 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ.....	31
2.5 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	32

2.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	33
2.7 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	41
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
3.1 การออกแบบการวิจัย	49
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	56
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	58
3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	62
4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	62
4.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	65
4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	66
4.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	67
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	68
4.6 อภิปรายผล	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	75
5.1 สรุปผลการวิจัย	75
5.2 ข้อเสนอแนะ	77
5.3 ข้อจำกัด	77
บรรณานุกรม	79



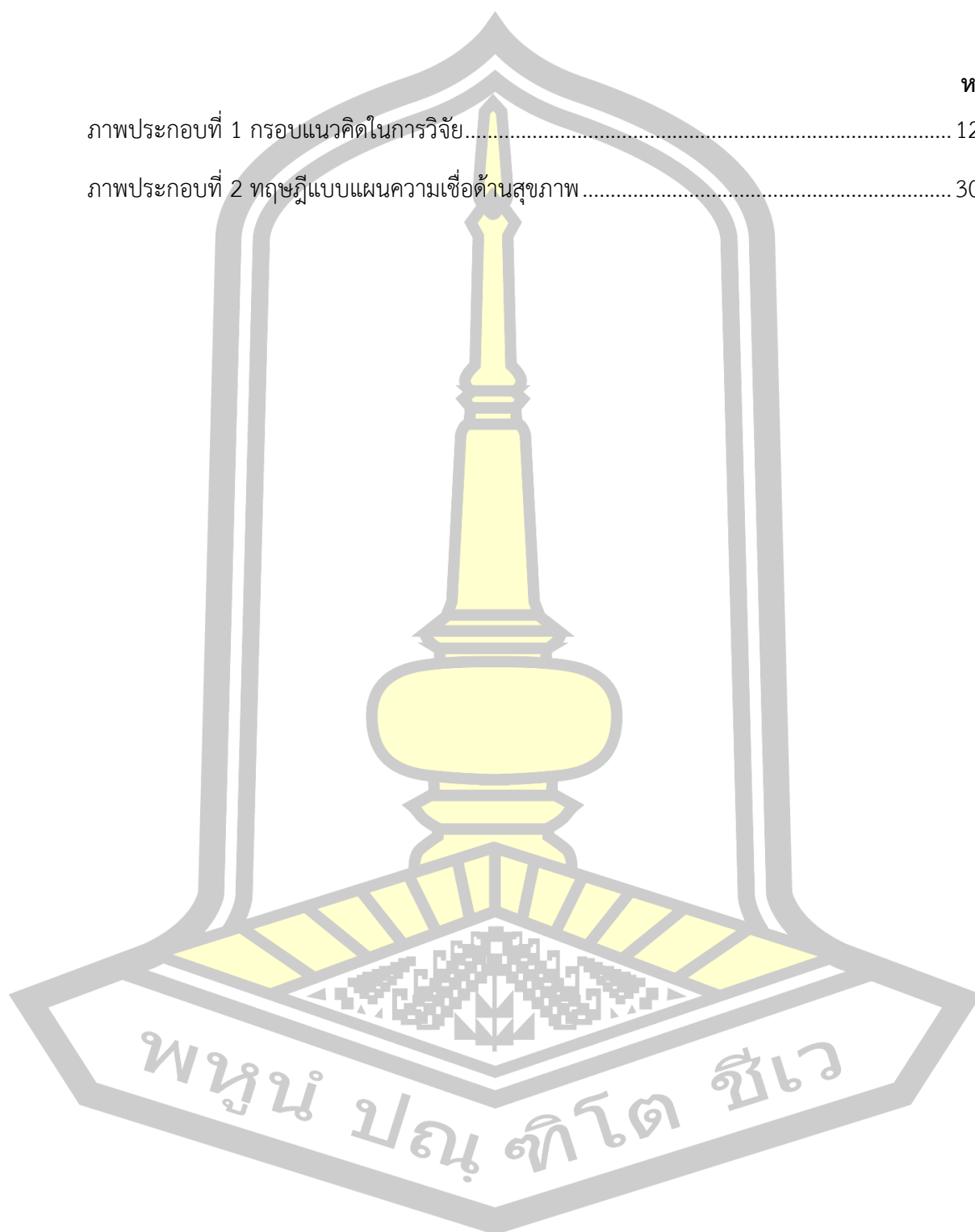
สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำแนกระดับความดันโลหิตในวัยผู้ใหญ่ ตามวิธีของ ISH ปี ค.ศ. 2020.....	16
ตารางที่ 2 จำแนกระดับความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ ตามวิธีของ ESH and ESC (2023) และ วิธีของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562).....	17
ตารางที่ 3 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา	22
ตารางที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	58
ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=80).....	63
ตารางที่ 6 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=80).....	65
ตารางที่ 7 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้รายด้าน (n=80).....	67
ตารางที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยรวมและรายด้าน (n=80).....	68
ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (n=80).....	69

พูน ปณ จิต ชีเว

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
ภาพประกอบที่ 2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	30



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและรุนแรงที่องค์กรอนามัยโลกให้ความสำคัญในการป้องกัน เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการใด ๆ ไม่มีอาการที่ชัดเจนและส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ จึงกลายเป็นพหุฆาตภัยเงียบที่คุกคามชีวิต ในปี ค.ศ. 2021 พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1,280 ล้านคน ผู้ป่วยประมาณ 700 ล้านคนเป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จึงทำให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2021) คาดการณ์ว่า ค.ศ. 2025 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1,560 ล้านคนทั่วโลกหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก ส่วนอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงคาดการณ์ว่าอาจจะเพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2022)

จากสถิติโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปี พ.ศ. 2557 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากร 15 ปี ขึ้นไป เท่ากับ 25.4 และ ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) อัตราป่วยความดันโลหิตสูงภาพรวม 3 ปี ย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,021.66 เป็น 2,276.13 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงของทั้งประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตรา 13.13 เป็น 15.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สถิติโรงพยาบาลมหาสารคาม มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปีและพบอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 จาก 16,882 เป็น 21,011 ราย ตามลำดับ มีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 178 เป็น 299 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า โรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิต ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ข้อมูลจากระบบคลัง

สุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2563-2566 พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,098 ราย เป็น 1,478 ราย และเป็นอันดับ 1 ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 65.49 เป็นร้อยละ 81.81 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ จากเก็บรวบรวมสถิติอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาล มหาสารคาม ระหว่าง พ.ศ. 2563 – 2565 จาก 2,623 เป็น 2,736 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึง สาเหตุอัตราการป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มขึ้น พบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี สาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่าง 822 - 902 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาล มหาสารคาม, 2565)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้น 5 เท่า (Biswas, Singh, & Singh, 2017) การศึกษาของ นฤเบศร์ โกศล และ จอม สุวรรณโณ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนปกติ 9 เท่า และมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การศึกษาของ Cheema et al. (2020) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 46.30 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มากที่สุดอันดับ 1 ซึ่งมากกว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น การ สูบบุหรี่ โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง เมื่อศึกษาการเสียชีวิต พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตร้อยละ 40.6 สูงเป็นอันดับที่ 1 จากการเสียชีวิตด้วย สาเหตุอื่น ๆ (American Heart Association [AHA], 2018)

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจาก เมื่อความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงอักเสบเรื้อรัง เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวจากการไขมันไปสะสมระหว่างชั้นผนังหลอดเลือดแดง เยื่อผนังหลอดเลือด เสื่อมสภาพลง สูญเสียความยืดหยุ่นทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาขึ้น เกิดเป็นตะกรัน (Plaque) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การไหลเวียนเลือดแดงไปเลี้ยงหัวใจจะลดลงเรื่อย ๆ และเมื่อความดัน โลหิตสูงขึ้นจะทำให้ตะกรันแตกตัวหรือปริออกทำให้เกิดลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจ (Harding, M.M, Kwong, J., Hagler, D. & Reinisch, C., 2022)

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มีภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยจะมีการเจ็บ แน่นหน้าอก หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน อาจเสียชีวิตกะทันหัน หากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะ ก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีผลต่อการ ทำงานภายหลังการรักษา ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกายและต้องหยุดงานเป็นเวลา 90 วัน (วีร

นุช เขาวกิจ และ ศุภกร ตุ้ยไตรรัตน์, 2564) และพบว่ามีปัญหาด้านภาวะซึมเศร้า (เกื้อกุล โอฬารวัฒน์ และ ชนกพร จิตปัญญา, 2563)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามแนวทางสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (Whelton et al., 2018) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มชูกำลัง มีการศึกษาผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 17 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ (นฤเบศร์ โกศล และ จอมสุวรรณ์, 2562) 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 3.8 เท่า (พิทยา ธรรมวงศา และ วงศา เล้าหศิริวงศ์, 2561) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 20 (Winzer, Woitex, & Linke, 2018) 3) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ขอรับประทานอาหารรสเค็มหรือรับประทานโซเดียมเกินที่กำหนด มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.69 เท่าของคนปกติ (สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ, สุทัศน์ โชตนะพันธ์ และ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, 2565) 4) พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด การมองโลกในแง่ดี ใจกว้าง ร่าเริง ไม่เคร่งเครียด มีบุคลิกภาพเชิงบวกเป็นปัจจัยป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Sahoo, Padhee, Singla, & Sarkar, 2018) และ 5) พฤติกรรมด้านการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ สามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 10 (Aronow, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เหมาะสมดังนี้ การศึกษาของ กาญจนา มณีทัฬ และ สมจิต แดนสีแก้ว (2018) พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 54 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่สามารถลดการบริโภคเกลือร้อยละ 87 และเป็นผู้ที่พยายามลดการบริโภคเกลือร้อยละ 83 การศึกษาของ สิดาพร ถุงคำ, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 14.80 โดยจำนวนบุหรี่ที่สูบ 1-10 มวนร้อยละ 81.80 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 70.70 โดยดื่ม 3-4 วันต่อสัปดาห์ มีมากถึงร้อยละ 33.80 และดื่มกาแฟและเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ ร้อยละ 32 ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า ออกกำลังกายและมีกิจกรรมเคลื่อนไหวต่าง ๆ เช่น กระโดดเชือก เล่นโยคะ เดินแอโรบิค อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.30 ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น เนื้อติดมัน นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 43.80 ด้านการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับลดยารักษาความดันโลหิตสูงด้วยตนเองเมื่อมีอาการปกติ ร้อยละ 9.80 และรับประทานสมุนไพรร่วมกับยา

ลดความดันโลหิตเป็นประจำ ร้อยละ 9.80 รับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 4.70 และ การศึกษาของ เสียงม จิวประดิษฐ์กุล (2563) ศึกษาในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาไม่สบายใจไม่ค่อยที่จะปรึกษาคนใกล้ชิด ร้อยละ 63.40 หากเกิด ความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ร้อยละ 58.80 และเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นไม่ ค่อยมีวิธีผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 56.70 มาตรวจตามนัดร้อยละ 73.20 และผิदनบางครั้ง ร้อยละ 25.80

ผู้วิจัยได้มีการศึกษานำร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 30 รายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับ บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า มีพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระดับต่ำ ร้อยละ 53.30 และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง ร้อยละ 46.60 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีปัญหาดังต่อไปนี้ 1) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ เช่น ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นประจำมีเพียงร้อยละ 3.30 2) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ เช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสเค็มเป็นประจำ เช่น น้ำปลา ร้า ปลาเค็ม ผักดอง ร้อยละ 50 ผู้ป่วย รับประทานอาหารรสเค็มเป็นบางครั้งร้อยละ 46.70 และพบว่าผู้ป่วยใช้ผงชูรส ผงปรุงรส ในการปรุง อาหารเป็นประจำร้อยละ 80 3) พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ผู้ป่วย รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 40 ผู้ป่วยลืมนรับประทานยาลด ความดันโลหิตเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพ ตรวจสอบยา ก่อน รับประทานปฏิบัติตาม ๑ ร้อยละ 50 4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบุหรื เป็นประจำ ร้อยละ 33.3 และได้รับควันบุหรืเป็นประจำ ร้อยละ 23.30 และ 5) พฤติกรรมการ ควบคุมอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 63.30 ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ ร้อยละ 68

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานำร่องทำให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมี ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม สุขภาพไม่เหมาะสมอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ มีทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อที่ประกอบด้วยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การ รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว ต่อมา Rosenstock, Stretcher, and Backer (1988) ได้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเข้ามาในแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีส่วนร่วมในการกำหนด พฤติกรรมสุขภาพร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพ

จากปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วย 6 ราย ไม่มั่นใจเลยในการออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และผู้ป่วย 4 ราย มั่นใจน้อยในเรื่องการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มั่นใจน้อยในเรื่องวิธีประกอบอาหารโดยการต้ม ตุ่น แทนการทอด และมั่นใจน้อยในเรื่องหลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป อาหารที่มีเครื่องปรุงรส

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัย 4 เรื่องที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การศึกษาของ Idyan and Thato (2017) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนและผู้ที่สูบบุหรี่ ในวัยผู้ใหญ่ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาของ นพนัฐ จำปาเทศ (2561) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่พบว่าการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค การศึกษาของ พรพรรณ คัณมาตย์ และคณะ (2563) ศึกษาในกลุ่มความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค ไม่ได้ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การศึกษาของ ชินาธิป นิสสะ และคณะ (2564) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูงที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยที่กล่าวมาพบว่า ผลการศึกษาวิจัยยังมีความขัดแย้งกันถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (ชินาธิป นิสสะ, วาสนา จันทปัญญา และ นิยม จันทน์นวล, 2564; นพนัฐ จำปาเทศ, วารี กังใจ และ สหทัยา รัตนจรรยา, 2561; ไวรัญญ์ เปรมสุข, รัตน์ศิริ ทาโต และ ระพีณ ผลสุข, 2562; Idyan & Thato, 2017) การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยกลุ่มคนปกติที่ยังไม่มีโรค (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางูร และ รัตน์ศิริ ทาโต, 2560) (Amdemariam, Watumo, Sibamo & Agide, 2022)

ไม่มีการศึกษาในกลุ่มความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มอื่น ๆ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพในที่นี้เป็นความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และการทำวิจัยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.2.6 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.3. คำถามการวิจัย

1.3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นอย่างไร

1.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือไม่อย่างไร

1.3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือไม่อย่างไร

1.3.4 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือไม่อย่างไร

1.3.5 การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือไม่อย่างไร

1.3.6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือไม่อย่างไร

1.4. สมมุติฐานการวิจัย

1.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.4.3 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.4.4 การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.4.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 80 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567

1.6 นิยามคำศัพท์

1.6.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.6.1.1 คำนิยามศัพท์เชิงทฤษฎี ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค การเจ็บป่วย การรักษา ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคต้องเกิดความเชื่อว่าคุณคนนั้นมีโอกาสเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบุคคลต้องเห็นผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าอุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรม ความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อหรือยอมรับในความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพหรือการเกิดโรคของบุคคลนั้น
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ ความเชื่อเกี่ยวกับความร้ายแรงหรืออันตรายที่เกิดจากปัญหาสุขภาพของบุคคลนั้น
- 3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อหรือความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น
- 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดในแง่ลบในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรค ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากความไม่สะดวกความยุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายสูง มีความไม่สุขสบายหรือมีความเจ็บปวดหรือมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ที่รบกวนการคิดอย่างเหตุผลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

1.6.1.2 คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความเชื่อหรือยอมรับในความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความร้ายแรงหรืออันตรายที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีความคิดในแง่ลบในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะเกิดขึ้นที่เกิดจากความไม่สะดวก ความยุ่งยาก การไม่มีเวลา และความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.6.2.1 **คำนิยามศัพท์เชิงทฤษฎี** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura, 1977)

1.6.2.2 **คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมในที่นี้ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ

1.6.3.1 **คำนิยามศัพท์เชิงทฤษฎี พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรครวมถึงการกระทำเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีของตน (Kasl & Cobb, 1966 as cited in Dobe, 2022)

1.6.3.2 **คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ** หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตามคำแนะนำของ American College of Cardiology [ACC] and American Heart Association [AHA] (2018) ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพหรือและดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 4) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด และ 5) พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.4 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1.6.4.1 คำนิยามศัพท์เชิงทฤษฎี องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันซิสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ (WHO, 2021)

1.6.4.2 คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาโดยการให้ยา อย่างน้อย 6 เดือน โดยมีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) โดยพิจารณาจากค่าความดันโลหิตครั้งที่ 1 เมื่อวัด 2 เดือนก่อนวันนัดและค่าความดันโลหิตครั้งที่ 2 วันที่มาตรวจตามนัด ที่มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตรุ่น OMROM HBP-9020 โดยผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทุก 1 ปี

1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) และ Rosenstock et al. (1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดย Rosenstock ได้กล่าวถึงทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า ความเชื่อของบุคคลในปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค การเจ็บป่วย การรักษา การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อถึงความสามารถในการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งผู้วิจัยได้นำความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) มาใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว (Perceived

benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว (Perceived barrier) 5) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และต่อมา Rosenstock et al. (1988) ได้เพิ่ม 6) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self - efficacy) เป็นความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

จากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ (Rosenstock et al., 1988) ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการอธิบายการศึกษาวิจัย ดังนี้ ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เหมาะสม มีงานวิจัยหลายงานวิจัยสนับสนุนว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังแสดงในกรอบแนวคิด ในภาพประกอบ 1



ความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
- การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

หน่วยงานได้ข้อมูลจากการวิจัย เป็นแนวทางในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

พญ. ปณ. จิโต ชีเว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 7 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
- 2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.3 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพ
- 2.4 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.5 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้
- 2.7 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension)

2.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines ปี ค.ศ. 2020 (Unger et al., 2020) ได้ให้ความหมายความดันโลหิตสูงไว้ว่า บุคคลที่มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือค่าความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

World Health Organization (WHO, 2021) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงไว้ว่า ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC) ปี ค.ศ. 2023 (Mancia et al., 2023) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงไว้ว่า เป็นภาวะที่มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตจะลดลงเมื่อได้รับแผนการรักษาที่เป็นประโยชน์

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงไว้ว่าเป็นภาวะที่มีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

2.1.1.1 ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension)

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันซิสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ (WHO, 2021)

International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines ปี ค.ศ. 2020 ให้ความหมายของ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันไดแอสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 18 ปี โดยได้รับการรักษาด้วยยาแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ (Unger et al., 2020)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ค่าความดันซิสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและหรือค่าความดันไดแอสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยได้รับการรักษาด้วยยา แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้มีงานวิจัยที่กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและมาติดตามอาการตามนัดอย่างน้อย 6 เดือน (Gebremichael, Berhe & Zemichael, 2019)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาลดระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 6 เดือน แต่ผู้ป่วยมีค่าความดันซิสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันไดแอสโตลิกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (Sisay et al, 2022)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์และได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตแต่มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Pickering & Hall, 2005 as cited in Tapela & Collister, 2021)

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาโดยใช้ยา อย่างน้อย 6 เดือน โดยมีค่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาโดยใช้ยา อย่างน้อย 6 เดือน โดยมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) โดยพิจารณาจากค่าความดันโลหิตครั้งที่ 1 เมื่อวัด 2 เดือนก่อนวันนัดและค่าความดันโลหิตครั้งที่ 2 วันที่มาตรวจตามนัด ที่มาค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

2.1.2 ประเภทของความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.1.2.1. ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive crisis)

ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive crisis) หมายถึง ภาวะฉุกเฉินความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้มีลักษณะโดยความดันโลหิตสูงขึ้นสูงอย่างเฉียบพลันซึ่งมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/120 มิลลิเมตรปรอท แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

2.1.2.1.1 Hypertensive emergency หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/120 มิลลิเมตรปรอท มักมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ส่งผลอันตรายเฉียบพลันต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย อวัยวะเป้าหมาย (Target organ damage) รวมไปถึง จอประสาทตา สมอ่ง หัวใจ หลอดเลือดแดงใหญ่และไต (Unger et al., 2020)

2.1.2.1.2 Hypertensive urgency หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูง 180/110 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีอาการและอาการแสดงต่ออวัยวะเป้าหมาย (Unger et al., 2020)

2.1.2.2 ความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา (Resistant hypertension)

ความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา (Resistant hypertension) หมายถึง สภาวะที่ไม่สามารถควบคุมให้ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ แม้ว่าผู้ป่วยได้ปรับพฤติกรรม และได้รับยาลดความดันโลหิตในขนาดที่เหมาะสมแล้วอย่างน้อย 3 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้ (Mancia et al., 2023)

- 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้
- 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา ≥ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ยากลุ่มต้านแคลเซียม (Calcium channel blocker) ที่ออกฤทธิ์นาน 2) กลุ่มยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blockers) หรือยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (Angiotensin-converting enzyme inhibitors) และ 3) กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) โดยใช้ปริมาณยาในระดับที่

สูงสุด แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้

3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษา (Resistant hypertension) ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)

สรุปได้ว่า ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มี 2 ประเภท คือ 1) ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้มีลักษณะโดยความดันโลหิตสูงขึ้นสูงอย่างเฉียบพลัน มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/120 มิลลิเมตรปรอท ประกอบไปด้วย Hypertensive emergency คือ ภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/120 มิลลิเมตรปรอท อาการและอาการแสดงต่ออวัยวะเป้าหมาย ส่วน Hypertensive urgency คือภาวะความดันโลหิตสูง 180/110 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีอาการและอาการแสดงต่ออวัยวะเป้าหมาย และ 2) ความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษา หมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถควบคุมให้ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ แม้ว่าผู้ป่วยได้ปรับพฤติกรรม และได้รับยาลดความดันโลหิตในขนาดที่เหมาะสมแล้วอย่างน้อย 3 กลุ่ม ผู้วิจัยนำประเภทของความดันโลหิตสูงฉุกเฉินไปใช้ในเกณฑ์ในการคัดเลือกรวมตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

2.1.3 การแบ่งระดับความดันโลหิต

2.1.3.1 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines ปี ค.ศ. 2020 จำแนกระดับความดันโลหิตในวัยผู้ใหญ่ ไว้ตามตารางที่ 1 ดังนี้ (Unger et al., 2020)

ตารางที่ 1 จำแนกระดับความดันโลหิตในวัยผู้ใหญ่ ตามวิธีของ ISH ปี ค.ศ. 2020

ระดับความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ความดันโลหิตปกติ	<130	และ	< 85
ความดันโลหิตค่อนข้างสูง	130 - 139	และ/	85 - 89
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1	140 - 159	หรือ	
		และ/	90 - 99
		หรือ	
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2	≥ 160	และ/	≥ 100
		หรือ	

2.1.3.2 European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC) ปี ค.ศ. 2023 (Mancia et al., 2023) และ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) จำแนกระดับความดันโลหิตในวัยผู้ใหญ่ ไว้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำแนกระดับความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ ตามวิธีของ ESH and ESC (2023) และ วิธีของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562)

ระดับความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ความดันโลหิตเหมาะสม	< 120	และ	< 80
ความดันโลหิตปกติ	120 - 129	และ	80 - 84
ค่อนข้างสูง	130 - 139	และ/หรือ	85 - 89
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2	160 - 179	และ/หรือ	100 - 109
ความดันโลหิตสูง ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
ความดันโลหิตสูงเฉพาะตัวบน	≥ 140	และ	< 90
ความดันโลหิตสูงเฉพาะตัวล่าง	< 140	และ	≥ 90

จากการจำแนกระดับความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยเลือกใช้การจำแนกระดับความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ตามวิธีของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปในทางเดียวกันกับแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2.1.4 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งชนิดของออกเป็น 2 ชนิด แบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

2.1.4.1 ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension or essential hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 90 - 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นกลุ่มความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาจเกิดจากกลไกการไหลเวียนเลือดที่เป็นผลมาจากการเพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจหรือเกิดจากหลอดเลือดมีแรงต้านทานมากขึ้นหรืออาจเกิดจาก 2 ปัจจัย (Harding et al., 2022)

2.1.4.1.1 กรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ หลักฐานทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ที่มีบิดา

หรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่มีบิดามารดาไม่เป็นความดันโลหิตสูง (Mancia et al., 2023)

2.1.4.1.2 พฤติกรรม เป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด เป็นต้น

2.1.4.2 ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบชนิดและสาเหตุ เกิดจากความผิดปกติหรือโรคที่ทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamines) และเรนิน (Renin) เพิ่มขึ้น รวมถึงโรคที่ทำให้น้ำและโซเดียมคั่งในร่างกาย จึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (Mancia et al., 2023)

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิด คือ กรรมพันธุ์และพฤติกรรม ส่วนความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ เกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพที่มีผลกระตุ้นการทำงานของระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน จึงทำให้กลไกการควบคุมความดันโลหิตสูญเสียหน้าที่ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.1.5 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.1.5.1 ปัจจัยส่งเสริมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factor) มีดังนี้

2.1.5.1.1 ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) และโรคอ้วน (Obesity) ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ≥ 27 กิโลกรัม/เมตร² มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 2 - 6 เท่า โดยเฉพาะคนที่อ้วนลงพุงทำให้มีไขมันสะสมในหลอดเลือดและหลอดเลือดจะแข็งและหนาตัวขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลให้ความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตสูง (Mancia et al., 2023)

2.1.5.1.2 การไม่ออกกำลังกาย (Lack of paper exercise) การที่ไม่ออกกำลังกายจะทำให้ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น ไขมันสะสมในหลอดเลือด การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะป้องกันไม่ให้เกิดโรคอ้วน ป้องกันการเสื่อมของเซลล์เอนโดทีเลียม (Endothelium cell) ตามอายุที่เพิ่มขึ้น สามารถฟื้นฟูการเสื่อมของเอนโดทีเลียมเซลล์ให้กลับมาดีขึ้นได้ (คุณัญญา มาสดี และคณะ, 2565)

2.1.5.1.3 ภาวะเครียด เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น (พริทพีย์ สารีโส, 2565) และความเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerve) มีผลทำให้หัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

2.1.5.1.4 สารเสพติด

1) การสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้ร่างกายหลั่งสารเคมีที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และสารนิโคตินมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ทำให้หลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกิดเลือดเกาะกันมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้หลอดเลือดแข็งตัว (Harding et al., 2022)

2) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นแรงและบีบตัวเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (พทยาวรรณวงศ์ และคณะ, 2561)

3) แอมเฟตามีน (Amphetamine) และโคเคน (Cocaine) ส่งผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerve system) ทำให้ร่างกายตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด คือเพิ่มความดันโลหิตและทำให้หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ หัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตสูง (กองควบคุมวัตถุเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2.1.5.1.5 สารอาหาร การบริโภคโซเดียมมากเกินไปเกินปริมาณที่กำหนด มีผลกับการเกิดความดันโลหิตสูงปฐมภูมิเนื่องจากจะทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแวนทรียูเรติก (Natriuretic hormone) ซึ่งมีผลเพิ่มความดันโลหิต นอกจากนี้การได้รับโซเดียมมากเกินไปกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลาง รวมถึงการรับประทานไม่เพียงพอและขาดเกลือแร่ต่างๆ เช่น แคลเซียม โพแทสเซียม และแมกนีเซียมต่ำมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูง โดยการขาดโพแทสเซียม อาจเพิ่มความดันโลหิตและกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ง่าย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกาจึงแนะนำให้ลดการบริโภคโซเดียม เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง (Whelton et al., 2018)

2.1.5.2 ปัจจัยส่งเสริมที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non modifiable risk factor)

2.1.5.2.1 ประวัติครอบครัว ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 35 - 50% มักมีประวัติว่าคนในครอบครัวหรือญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ข้อมูลสนับสนุนยังไม่ชัดเจนในเรื่องการถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการการถ่ายทอดของจีโนมของ DNA เช่น Liddle's syndrome (Williams et al., 2018)

2.1.5.2.2 เพศ เพศชายมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในขณะที่ยาอายุ น้อย นอกจากนี้เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า (Turin et al., 2016) แต่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเพศชายดีกว่าเพศหญิง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เพศหญิงมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การทดแทน

ฮอโมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และ ดวงกมล วัตราดุลย์, 2563)

2.1.5.2.3 อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุเนื่องจากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะเกิดการแข็งตัวจากกระบวนการเสื่อมของร่างกายตามวัย ในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มักจะมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (วริศรา ปั่นทองกลาง และคณะ, 2561)

สรุปว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ประกอบด้วย เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหารเค็ม การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำหนักเกิน และขาดการออกกำลังกาย ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.1.6 อาการของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีพบอาการแสดงเฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแสดงอย่างชัดเมื่อมีความดันโลหิตสูงในระดับที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงวิกฤต มักอาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้ (WHO, 2023)

1) อาการปวดศีรษะ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย มักมีอาการตอนเช้าร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ ตาพร่ามัว ร่วมกับ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงแต่ระดับความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท จะไม่มีอาการปวดศีรษะ

2) เลือดกำเดาออก (Epistaxis) เป็นอาการพบไม่บ่อย โดยผู้ที่มีเลือดกำเดาออกบ่อยๆโดยไม่มีโรคหรือความผิดปกติที่โพรงจมูกจะพบว่า มีความดันโลหิตสูงและอาการกำเดาจะหายไปเมื่อระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ

3) อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบขณะทำงานหรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

สรุปได้ว่า อาการของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะร่วมกับคลื่นไส้ ตาพร่ามัว มีเลือดกำเดาออก ผู้วิจัยนำลักษณะอาการของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ไปใช้ในการสังเกตอาการผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างในขณะเก็บข้อมูลเพื่อให้การพยาบาลในลำดับต่อไป

2.1.7 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานานและส่งผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้

2.1.7.1 หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัวเร่งให้มีการเกาะของไขมันที่ผนังหลอดเลือด หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ

หัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานมากขึ้นจึงทำผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว (Left ventricular hypertrophy workload) อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้จากการที่มีแรงต้านทานภายในหลอดเลือดสูงเป็นระยะเวลานานทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนัก (Harding et al., 2022)

2.1.7.2 สมอง ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่สมองแข็งและหนาตัวซึ่งต่อมาจะเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดในสมอง ความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Brain infarction) ร้อยละ 50 และภาวะเลือดออกในสมอง (Brain hemorrhage) ร้อยละ 70 (Webb & Werring, 2022)

2.1.7.3 ตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตา (Retinal artery) หนาตัวขึ้นมีการทำลายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอประสาทตา เมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำก็จะกดเบียดหลอดเลือดดำที่จุดตัด เมื่อระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นซึ่งอาการแสดงจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคมกกว่าระดับความดันโลหิต ส่วนอาการที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ได้แก่ การมีจุดเลือดออก จอประสาทตาขาดเลือดเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด มองภาพไม่ชัดเจนและสูญเสียการมองเห็น (Harding et al., 2022)

2.1.7.4 ไต โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด Preglomerular arterioles ส่งผลให้มีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง Glomeruli เกิดการเปลี่ยนแปลงใน Glomeruli และ Post glomerular structures และ Glomerular capillaries นำไปสู่ Glomerulosclerosis จนทำส่งผลให้ท่อไตขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ระบบการทำงานของไตสูญเสียหน้าที่ในการรักษาสมดุลน้ำเกลือแร่ น้ำ สูญเสียหน้าที่ในดูดกลืนการขับของเสียทิ้ง โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไตและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

สรุปได้ว่า ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การมองเห็น และไตเสื่อม ในที่นี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.1.8 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโดยโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ลดความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติ และปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันออกไปแต่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงต้องได้รับการจัดการที่ถูกต้องทั้งการรักษาที่ใช่ยาและไม่ใช่ยา การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา ปี 2017 (Whelton et al., 2018) มี 2 วิธี คือ

2.1.8.1 การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Non-pharmacological interventions)

การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เป็นการแก้ไขความผิดปกติในปัจจุบันซึ่งสามารถควบคุมได้ คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงเป็นวิธีที่สำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและจัดการความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นการรักษาแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับยา (Arnett et al., 2019)

2.1.8.2 การให้ยาลดความดันโลหิต (Pharmacological interventions)

หลักการให้ยาลดความดันโลหิตสูงสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) กำหนดแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้มีโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทุกรายและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) โดยจะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ คือ 1) ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล 2) ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล 3) โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด 4) สภาพของการเกิดอวัยวะเป้าหมายโดยเป้าหมายของระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาพิจารณาตามอายุและโรคร่วม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย (มิลลิเมตรปรอท)	
18-64 ปี	SBP	120-130
	DBP	70-79
65-79 ปี	SBP	130-139
	DBP	70-79
≥ 80 ปี	SBP	130-139
	DBP	70-79

แนวทางการรักษาโดยการใช้ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การให้ยาจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ส่วนในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหลังจากให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1

เดือน ถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับ $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท จะเริ่มให้ยา ดังนั้น การรักษาโดยการให้ยาควบคุมระดับความดันโลหิตมีผลดีต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การเลือกให้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (Mancia et al., 2023)

1) การเลือกให้ยา 1 กลุ่ม การเริ่มให้ยาความดันโลหิตสูงเพียงยาชนิดเดียวในกลุ่มผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ความเสี่ยงต่ำ ระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 150/95 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยความดันโลหิตค่อนข้างสูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง และผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเปราะบางหรือผู้สูงอายุที่อายุมาก

2) การเริ่มให้ยา 2 กลุ่ม หากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในกลุ่มดังกล่าว พิจารณาเลือกให้ยากลุ่ม 2 กลุ่มขึ้นไป โดยอาจเลือกยาในกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) หรือ Angiotensin receptor blockers (ARBs), Calcium channel blockers (CCBs) หรือยาขับ ปัสสาวะ (Diuretic) การเลือกให้ยากลุ่ม Diuretic พิจารณาจาก eGFR ถ้าหาก eGFR <30 mL/min/1.73m² เลือกใช้ Loop diuretic เมื่อปรับยาในขนาดที่มากที่สุดพบว่า สามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ 60%

3) การเลือกให้ยา 3 กลุ่ม ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน ระดับเป้าหมายได้ โดยเลือกใช้ Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) หรือ Angiotensin receptor blockers (ARBs), Calcium channel blockers (CCBs) และยาขับ ปัสสาวะ (Diuretic) เมื่อปรับยาในขนาดที่มากที่สุดพบว่า สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 90%

4) หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ อาจ พิจารณาประเมินภาวะความดันโลหิตสูงที่ต่อการรักษา (Resistant hypertension)

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่หายขาด ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ ผู้วิจัยนำความรู้ไปใช้ในการพัฒนาแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease or Coronary artery disease)

ในที่นี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับ คำจำกัดความของโรค หลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาธิ สรีรวิทยาของความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และอาการและ อาการแสดง

2.2.1 คำจำกัดความ

สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (2565) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะที่การไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนถูกจำกัดหรือลดลงจนทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ดังนั้น ภาวะหัวใจขาดเลือดคือการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Lawton et al., 2022)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดแดงที่นำเลี้ยงหัวใจตีบ ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจขาดเลือด

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) หมายถึง ภาวะความผิดปกติที่หลอดเลือดหัวใจอุดตัน หรือเกิดจากลิ้นเลือดอุดตัน ขัดขวางการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจ จึงทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แน่นหน้าอกขณะพักหรือมีกิจกรรมออกแรง

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งออก เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ และภาวะไขมันในเลือดสูง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

2.2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

1) อายุ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมตามวัยหลอดเลือดจะเสื่อมเกิดกระบวนการเชื่อมตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนสูญเสียความยืดหยุ่นและมีไขมันมีแคลเซียมมาเกาะในหลอดเลือดจึงทำให้ช่องว่างในหลอดเลือดแคบลงก่อให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดได้ พบว่า ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุมากกว่า 45 ปี (Turin et al., 2016)

2) เพศ พบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า กล่าวคือ เพศชายอายุ 45 จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 14.12 ส่วนเพศหญิงพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพียงร้อยละ 6.21 (Turin et al., 2016) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาหญิงวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสเกิดโรคและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดน้อยลงมีผลทำให้ระดับของไขมันคอเลสเตอรอล และไขมันที่ไม่ดี (Low-density lipoprotein: LDL) เพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสการเกิดการสะสมของไขมันบนผนังหลอดเลือด

เลือด ส่วนไขมันที่ดี (High-density lipoprotein: HDL) จะลดต่ำลง โดยเฉพาะคนที่ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการสร้างตะกรัน (Plaque) ไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงได้มากขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันได้จึงมีโอกาเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ประวีตา คำแดง, 2563)

นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นหากมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และสูดควันบุหรี่ ขาดการออกกำลังกายและภาวะอ้วน (Zeidan et al., 2016)

3) กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรง (First degree relative) คือ บิดา มารดา พี่น้องมารดาเดียวกันที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ บุคคลนั้นจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าบุคคลอื่น มีการศึกษาประวัติครอบครัวเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เริ่มมีอาการในระยะเริ่มต้น พบว่า บุคคลที่มีบิดาหรือมารดาอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.19 เท่าของคนปกติ บุคคลที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 5.6 เท่าของคนปกติ ส่วนบุคคลที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 9.4 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นหากบุคคลในครอบครัวบริโภคอาหารเค็มจัด หวานจัด อาหารที่มีไขมันสูงและขาดการออกกำลังกาย (Chacko et al., 2020)

2.2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้เป็นสภาพการณ์ พฤติกรรมของบุคคลหรือลักษณะของบุคคลที่สามารถควบคุมหรือกำหนดได้ สามารถปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1) การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบ ในบุหรี่มีสารนิโคตินที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการหลอดเลือดแข็งตัว และสารคาร์บอนมอนอกไซด์จากบุหรี่จะขัดขวางกระบวนการนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจทำให้มีนิม่ง อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ร่างกายจะชดเชยโดยการสร้างจำนวนเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นสูบฉีดเลือดให้มากขึ้น โดยการเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ จึงทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น (นฤเบศร์ โกศล และ จอม สุวรรณโน, 2562)

2) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาดมาตรฐานที่กำหนดไว้ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerve system) มีผลทำให้การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจบีบตัวมากขึ้น เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค, 2563)

3) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาถึงโอกาสเสี่ยงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างแพร่หลาย ศึกษาปัจจัย

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากถึง 5 เท่าของคนที่มีความดันโลหิตปกติ (Biswas et al., 2017) การศึกษาของ นฤเบศร์ โกศล และ จอม สุวรรณโณ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 9 เท่า มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การศึกษาของ Cheema et al. (2020) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 46.30 เมื่อพิจารณาถึงการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีมากถึงร้อยละ 45 (Zeru & Muluneh, 2020)

4) ภาวะไขมันในเลือดสูง มีการศึกษาถึงระดับคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) และ LDL- cholesterol ต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การเพิ่มขึ้นของระดับ LDL- cholesterol จะเพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 17 (Van Hateren et al., 2009 as cited in วิจารณ์ ศิริกังวาลกุล และคณะ, 2560) แต่การศึกษาของ นฤเบศร์ โกศล และ จอม สุวรรณโณ (2562) พบว่า ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และไขมันแอลดีแอลไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

5) โรคเบาหวาน เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เลือดมีความหนืด ตกตะกอนจับอยู่ตามผนังหลอดเลือดแดง และระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงอักเสบเรื้อรัง (Chronic endothelial injury) จะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งร่วมกับการมีไขมันในเลือดสูงจะทำให้มีการสะสมของ Fibrous plaque มากขึ้น ช่องว่างภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหรือหัวใจขาดเลือดได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

6. ภาวะอ้วน (Obesity) เป็นภาวะที่เกิดจากการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกายทำให้มีไขมันสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีการศึกษาผู้ที่มิได้ขึ้นมวลกายเกินมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มเป็น 2 เท่า (ศรียพร รอดแก้ว และคณะ, 2564)

7. ความเครียด (Stress) เมื่อร่างกายเผชิญกับความเครียดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerve) หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มสูงขึ้น มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (พรทิพย์ สาริโส, 2565)

สรุปว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและความเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล

วิชาชีพผู้มีบทบาทหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและให้คำแนะนำให้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

2.2.3 ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจสามารถแบ่งชนิดตามกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (พรทิพย์ สาริโส, 2565)

2.2.3.1 ภาวะเจ็บแน่นหน้าอก (Stable angina) หรือภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเรื้อรัง (Chronic stable angina) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็น ๆ หาย ๆ มากกว่า 2 เดือน อาการไม่รุนแรง ระยะเวลา 3 – 5 นาที อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลงเมื่อหยุดพักหรืออมยาขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.2.3.2 ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) ระยะเวลา นานมากกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการรุนแรงมากกว่าเดิม ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1) ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีลักษณะ ST segment ยกขึ้น 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด Left bundle branch block ขึ้นมาใหม่ ซึ่งอาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural myocardial infarction or Q-wave MI) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

2) Non-ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation แต่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกนานมากกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด Non-ST elevation MI (NSTEMI) หรือถ้าหากอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina)

2.2.4 พยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากค่าความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิดแรงกระทำต่อผนังหลอดเลือดแดงของหัวใจจนเกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด (Endothelial injury) ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่สามารถสร้างไนตริกออกไซด์ได้ทำให้การ

ทำงานของหลอดเลือดแดงสูญเสียหน้าที่ ซึ่งในภาวะปกติไนตริกออกไซด์มีบทบาทที่สำคัญคือ ป้องกันการเกิดลิ่มในหลอดเลือด (Antithrombosis) โดยยับยั้งการจับของเม็ดเลือดกับผนังหลอดเลือด ช่วยให้เลือดไหลในหลอดเลือดเป็นแนวตรง (Laminar flow) ดังนั้น เมื่อเกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือดและมีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงของหัวใจ มีผลให้การไหลเวียนเลือดไหลวนบริเวณนั้น (Turbulent blood flow) ทำให้แรงดันเลือดบริเวณนั้นเพิ่มขึ้น มีผลให้หลอดเลือดแดงบาดเจ็บเพิ่มขึ้น มีเม็ดเลือดขาวเคลื่อนที่มาเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น มีการสะสมของลิ่มเลือดและกลุ่มโปรตีนไฟบรินต่าง ๆ จับตัวเป็นก้อน (Mural thrombosis) ทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นและแข็งตัว ความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้จะส่งเสริมให้ก้อนเลือดบริเวณผนังหลอดเลือดแตกและหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดแดงของหัวใจ อีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้การไหลเวียนเลือดลดลง คือ เมื่อหลอดเลือดแดงได้รับบาดเจ็บจะทำให้ Endothelial cell สร้างเปปไทด์ที่เรียกว่า Endothelin-1 ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Vasoconstriction) ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Harding et al., 2022)

2.2.5 อาการและอาการแสดง

อาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกของโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบไปด้วย อาการเจ็บแน่นหน้าอกมักเกิดขึ้นบริเวณกลางหน้าอก แน่นเหมือนมีของกดทับ หายใจไม่สะดวก บางครั้งมีอาการเจ็บหน้าอกกร้าว (Refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน ร้าวขึ้นกราม ลำคอ ไหล่หรือบริเวณด้านหลัง อาการเจ็บมักเป็นขณะออกแรงหรือมีภาวะเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ อาการแสดงอื่นที่เป็นไปได้ เช่น อ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย หรือหายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก และเหนื่อยเวลาออกแรง (Jurgens et al., 2022)

2.3 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

Rosenstock (1974) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค บุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การคาดการณ์การเจ็บป่วยหรือเกิด ความรุนแรง เกิดความพิการ เมื่อบุคคลรับรู้ดังนั้นก็แล้วจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามและเกิดแรงผลักดันให้ บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรค นอกจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่จะเป็นแรงผลักดันแล้วยังต้องมีปัจจัยร่วมและปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่มีผลให้บุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามและเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรค และสิ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคโดยตรงบุคคลต้องคิดว่าปฏิบัติตัวแล้วเกิดประโยชน์ไม่เกิดความยุ่งยาก ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีแรงจูงใจสู่การมีสุขภาพดีนั้น บุคคลต้องเชื่อว่าตนมีภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีอำนาจในการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากขึ้น

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด การรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงของโรคแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามพื้นฐานของการใช้ชีวิต และเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลต้องประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิกการ เสียชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ความรุนแรงจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการป้องกันโรค

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits) หมายถึง การรับรู้ ประโยชน์ของบุคคลหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับความคุ้มค่าหรือประโยชน์ในการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรค หรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรคลงได้

4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค (Perceived barriers) หมายถึง เป็นการประเมินผลเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น ค่าแนะนำนั้น เป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก เป็นต้น

5) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานทางสังคม กลุ่มเพื่อน และ 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษา เป็นต้น

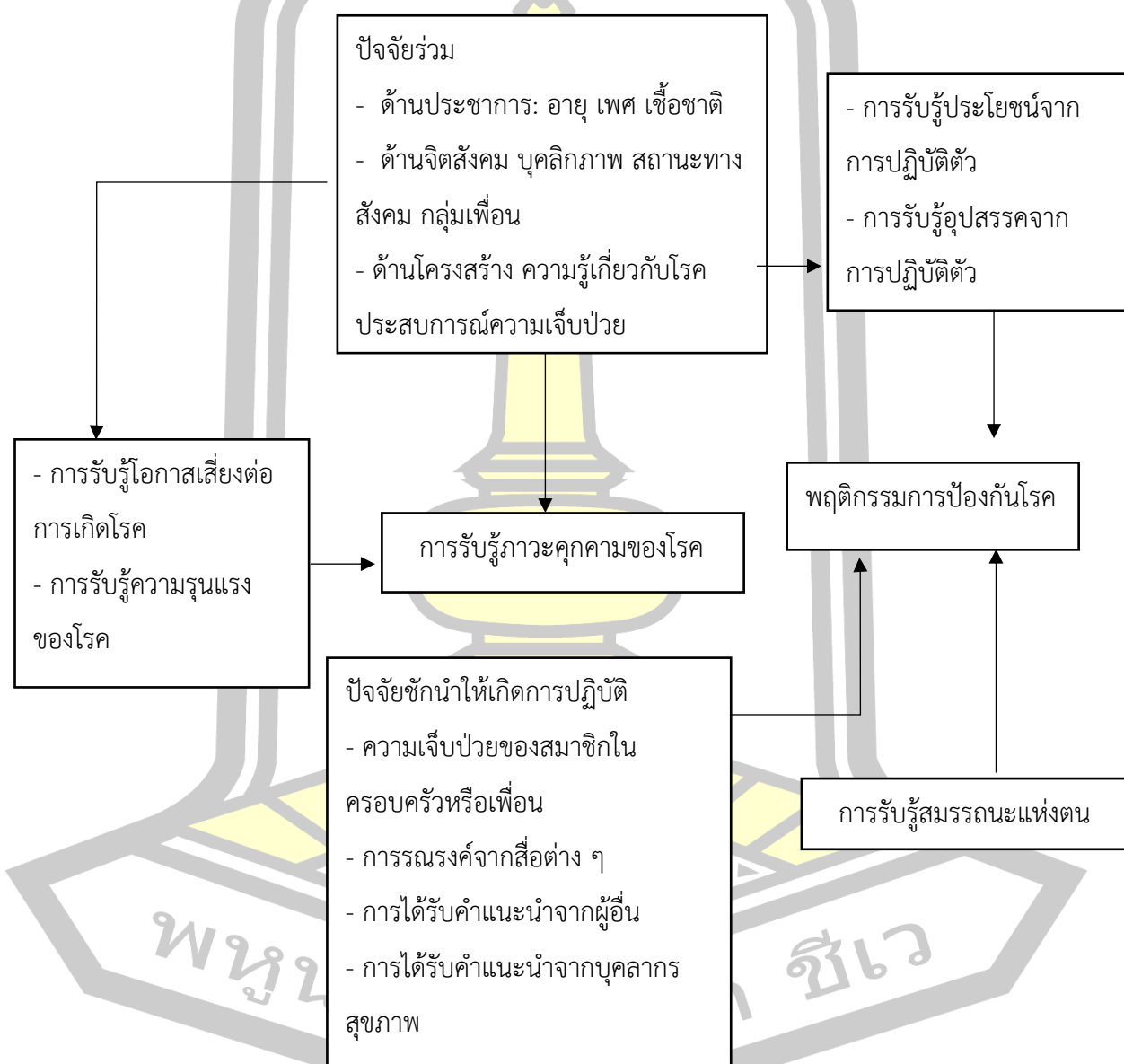
6) ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์ บุคคล หรือ สิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติมี 2 ด้านได้แก่

6.1 ปัจจัยชักนำภายใน (Internal cues) เป็นสิ่งชักนำเกี่ยวกับสรีรวิทยา เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต

6.2 ปัจจัยชักนำภายนอก (External cues) เป็นเหตุการณ์หรือข้อมูลจากบุคคลอื่น เช่น การรณรงค์จากสื่อ คำแนะนำจากบุคคลอื่น คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมถึงการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว เป็นต้น

7) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) Rosenstock et al. (1988) ได้เพิ่ม องค์ประกอบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) เข้าในทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของบุคคล โดยนำมาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive

Theory) ของ Bandura (1977) และได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่า เป็นความเชื่อของบุคคลถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) สรุปเป็นแผนภูมิได้ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Daniati et al., 2021; Rosenstock, 1974; Rosenstock et al. (1988)

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ปัจจัยร่วม ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม นำมาในถามข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.4 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิจัยที่พัฒนาแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถประเมินได้หลายวิธีทั้งการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ไว้ดังนี้

2.4.1 Health Beliefs Scale for Hypertensive Patients พัฒนาโดย Weissfeld, Kirscht and Brock (1990) ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

2.4.2 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ลักษณะคำตอบเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

2.4.3 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ประพนอม สังขวรรณ (2555) ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพ 2 ด้าน จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70

2.4.4 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาโดย จีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ (2560) ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว จำนวน 40 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79, .80, .73, และ .90 ตามลำดับ

2.4.5 แบบมาตรวัดความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาโดย ญัฐนันท์ จันทานิช (2561)

ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 36 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86, .89, .91 และ .77 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีนักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.5 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิจัยที่พัฒนาแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถประเมินได้หลายวิธีทั้งการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ไว้ดังนี้

2.5.1 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย จีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ (2560) ข้อคำถามครอบคลุมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 4 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจเล็กน้อย และไม่มั่นใจเลย มีคะแนน 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

2.5.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย ญัฐนันท์ จันทานิช (2561) ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจพอประมาณ มั่นใจบ้าง และไม่มั่นใจเลย มีคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

2.5.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย นพณัฐ จำปาเทศ และคณะ (2561) จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรา

ประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจพอประมาณ มั่นใจบ้าง และไม่มั่นใจเลย มีคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีนักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ยังไม่มียแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.6.1 คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง คือการกระทำที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น ในทางจิตวิทยาสังคมพฤติกรรมจึง หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่แสดงออกมา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเดินของหัวใจการรับรู้ การคิดการจำและการรู้สึก การกระทำที่สังเกตไม่ได้ เช่น ผู้กระทำรู้ตัวไม่รู้ตัวหรือเป็นพฤติกรรม ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก (บุรฉัตร จันทร์แดง และคณะ, 2562)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ก็ตามที่มีอิทธิพลหรือเชื่อว่า จะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพหรือเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ว่าจะทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลง พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันตนให้ปราศจากโรคอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีกิจกรรมเป็นตัวกำหนดเพื่อให้บุคคลกระทำซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการรักษาสุขภาพ ให้ปลอดจากโรคภัยเบียดเบียน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

Kasl and Cobb (1966 as cited in Dobe, 2022) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคและค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก และกระทำการใด ๆ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีของตน

พฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ชนิด คือ

- 1) พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การกระทำหรือ

แสดงออกของบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ในบุคคลที่มีสุขภาพดี ต้องมีความเชื่อหรืออิทธิบางอย่างถึงจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไขมันต่ำและลดโซเดียม การจำกัดอาหารรสหวาน การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การสอบถามการวินิจฉัยการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การค้นหาความรู้เพิ่มเติมจากการเจ็บป่วยของตนเอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น การเพิกเฉยต่อการเจ็บป่วย เป็นต้น

3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick - role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลที่เกิดขึ้นหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมจำกัดกิจกรรมออกแรง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรค เป็นต้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพดีต่อสุขภาพทั้งในเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพดีทั้งยังไม่เกิดโรค ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนที่มีสุขภาพดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคมียผลมาจากบุคคลได้รับความรู้และความเชื่อของบุคคลโดยได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว สังคม รวมถึงการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ ในขณะเดียวกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในภาวะที่มีการเจ็บป่วยแล้วจะกระทำก็ต่อเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดซ้ำ จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพของ Kasl and Cobb (1966 as cited in Dobe, 2022) ที่ Rosenstock (1974) ใช้ในการอธิบายความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

2.6.2 คำจำกัดความของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

American College of Cardiology and American Heart Association [AHA and ACC], (2018) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมโดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งประกอบไปด้วย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำกัดอาหารประเภท ไขมันสูง เกลือโซเดียม เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองความเสี่ยง คัดกรองน้ำหนักตัว ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด

World Heart Federation (2023) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

การเลิกสูบบุหรี่ ลดเกลือในอาหาร กินผักและผลไม้มากขึ้น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองความเสี่ยงของตนเองรวมถึง การรับประทานยาความดันโลหิตสูง ยาโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่ครบหมู่พอประมาณ เพิ่มผักและผลไม้รสไม่หวาน งดอาหารไขมันสูงและอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2022)

สรุปได้ว่า ในการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งในความหมายของผู้วิจัยนั้นใช้แนวคิดของ AHA and ACC (2018) พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการลดความเสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยง คือ ความดันโลหิตสูง โดยลดระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท วิธีการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ออกกำลังกายสม่ำเสมอให้หนักปานกลาง เช่น เดิน ว่ายน้ำ หนัก ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควรรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ (Low fat diet) งดเครื่องดื่มประเภทเหล้า สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ หลีกเลี่ยงความเครียดมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้พฤติกรรมการป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามคำแนะนำของ AHA and ACC (2018)

2.6.3 พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.6.3.1 พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- 1) ด้านการสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจเนื่องจากในบุหรืมีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ควันบุหรืเป็นผลผลิตของสารที่เกิดจากการเผาไหม้ไนโคติน และอัลคาลอย นอกจากนี้ยังมีสารในควันบุหรืหลายชนิดสามารถทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควันบุหรืยังมีสารออกซิแดนซ์ที่มีความเข้มข้นสูงทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการอักเสบนำไปสู่โรคผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และกระตุ้นเกล็ดเลือดและการเกิดลิ่มเลือด (Platelet aggregation) และภาวะหลอดเลือดหัวใจหดตัวอย่างเฉียบพลัน (Coronary artery spasm) (พรทิพย์ สารวิธ, 2565) นอกจากนี้ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในควันบุหรืจะจับกับฮีโมโกลบินอย่างแน่นและมีผลลดความสามารถในการนำและปลดปล่อยออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ทำให้มีผลต่อการขาดเลือดมากขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่บางรายจะตอบสนองโดยเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (Polycythemia) ทำให้มีความหนืดของเลือดมากขึ้น และนำไปสู่ภาวะเลือดเกิดการแข็งตัวได้ง่าย (Hypercoagulable state) (สมศักดิ์ อรรถศิลป์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเผาไหม้แบบไม่สมบูรณ์ ขณะสูบบุหรี่จะก่อให้เกิดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ไนโตรเจนมอนอกไซด์ แอมโมเนีย จะทำให้มีการอักเสบของผนังหลอดเลือด หลอดเลือดอักเสบ และการเปลี่ยนแปลงของไขมันมีการเพิ่มขึ้นของระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL) และระดับของไตรกลีเซอไรด์อย่างชัดเจน แต่จะมีการลดลงของคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) มีผลในการเกิดผนังหลอดเลือดแดงเสื่อมและมีผนังหลอดเลือดแดงแข็งตามมา ทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นเกิด Atherosclerosis (เอนก กนกศิลป์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การศึกษาของ นฤเบศร์ โกศล และจอม สุวรรณโน (2562) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 17 เท่า ของคนปกติ ดังนั้นการหยุดสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ การจำกัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจได้หากจำกัดปริมาณการดื่ม สำหรับผู้ชายจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน 30 มิลลิลิตร/วัน และผู้หญิงดื่มไม่เกิน 15 มิลลิลิตร/วัน (Whelton et al., 2018) เครื่องดื่มหนึ่งแก้ว 12 ออนซ์ เบียร์ 4 ออนซ์ ไวน์ 1.5 ออนซ์ ในขณะที่มีการศึกษาปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม ผู้ชาย น้อยกว่า 2 หน่วยมาตรฐาน (1 หน่วยมาตรฐานเท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม เทียบเท่ากับ เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร วิสกี้ ไม่เกิน 45 มิลลิลิตร สุรา-เหล้า ไม่เกิน 30 มิลลิลิตร (สำนักงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค, 2553)

2.6.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายถือเป็นวิธีหนึ่งของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยแบ่งเป็นสองชนิดหลักๆ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) และแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) (คุณัญญา มาสดี และคณะ, 2565)

1) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) การออกกำลังกายช่วยลดความดันโลหิตหรือป้องกันการเกิด Cardiovascular disease (CVD) ควรออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย วันละ 30 นาที 5 ครั้ง/สัปดาห์หรืออย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ การออกกำลังกายในระดับปานกลาง (Moderate intensity) สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 5 มิลลิเมตรปรอท (Arnett et al., 2019) การออกกำลังกายชนิดนี้สามารถประเมินได้จากการพูดได้เป็นคำ ๆ หรือจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 – อายุในหน่วยปี)

2) การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) การออกกำลังกายแบบแรงต้าน เป็นการออกกำลังกายแบบหนัก (Vigorous intensity) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 20-30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 8-10 มิลลิเมตรปรอท (Arnett et al., 2019) การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านช่วยส่งเสริมให้กระจายสู่กล้ามเนื้อและกระดูก กระตุ้นให้เกิดการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อและกระดูกได้ ส่งผลให้มวลกระดูกของเราแข็งแรง ทำให้ลดภาวะกระดูกพรุนมีผลต่อการเพิ่มมวลของกล้ามเนื้อทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานในขณะพัก (Resting metabolic rate) เพิ่มขึ้น

การออกกำลังกายจะช่วยลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular resistance) ระดับของ Renin activity และ Norepinephrine ในกระแสเลือดลดลงแต่ระดับไขมันชนิด HDL จะเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกได้ (Stroke) ได้ถึงร้อยละ 14 และลดความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 9 (Tian & Meng, 2019) มีการศึกษาของ Ghaddar et al. (2024) พบว่า กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายน้อย ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 46.70 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายในระดับปานกลางและมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.30 เมื่อเทียบกับกลุ่มออกกำลังกายแบบหนัก ดังนั้น การออกกำลังกายจึงเป็นหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการรักษาควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.6.3.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ในที่นี้จะกล่าวถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบ DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet) ตามแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ American College of Cardiology and American Heart Association (2018) พบว่า มีผลต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลดระดับ Total cholesterol, LDL-cholesterol และช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอีก 10 ปีข้างหน้าได้ถึงร้อยละ 13 (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

DASH Diet เป็นหลักการบริโภคอาหารเพื่อการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง หลักสำคัญของการรับประทานอาหารแบบ DASH Diet คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเรสเตอรอลสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ อย่างโพแทสเซียม แมกนีเซียม (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

อาหารที่ควรรับประทาน มีดังนี้

1) ธัญพืช ควรรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี ข้าวฟ่าง ข้าวบาร์เลย์ ธัญพืชไม่ขัดสีเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน มีเส้นใยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุชนิดต่าง ๆ (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2) ผักและผลไม้รสไม่หวาน ควรรับประทานผักสดเพราะเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ โพแทสเซียมและแมกนีเซียมช่วยลดความดันโลหิต เช่น คื่นช่าย กวางตุ้ง บวบก ชะอม ใบยอ ข้าวโพด บรอกโคลี ปวยเล้ง แครอท มะเขือม่วงและรวมถึงเห็ด หน่อไม้ หัวหอม หอมหัวใหญ่ มะเขือเทศ เครื่องเทศและสมุนไพรทุกชนิด (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย, 2562)

3) อาหารแคลเซียมสูง ควรรับประทานอาหารแคลเซียมสูงจากธรรมชาติ เช่น นมไขมันต่ำหรือนมปราศจากไขมัน โยเกิร์ตไขมันต่ำ เต้าหู้ งาดำ งาขี้ม่อน ปลาตัวเล็ก เป็นต้น (ชนาธิป สันติวงศ์, 2565)

4) เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ควรรับประทานปลา ไข่ เป็ด หลีกเลี่ยงโปรตีนจากสัตว์เนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื่องจากมีปริมาณคอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง

5) ถั่วและเมล็ดพืช เป็นแหล่งโปรตีนไขมันดีและแร่ธาตุแมกนีเซียม ซึ่งมีส่วนช่วยลดความดันโลหิต เช่น ถั่วลิสง อัลมอนต์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ แมคคาเดเมีย เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง ต้องเลือกรสธรรมชาติ ไม่ปรุงรสและอบแทนการทอด (อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, 2560)

6) น้ำมัน ควรรับประทานไขมันดี เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดฟักทอง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันอะโวคาโด น้ำมันคาโนล่า น้ำมันงาขี้ม่อน น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันถั่วลิสง

หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ (Trans fatty acids) เนื่องจากไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์จะส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ไขมันจากสัตว์ น้ำมันหมู ชีส ครีมเทียม เนย เป็นต้น (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

7) น้ำตาล หลีกเลี่ยงน้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน ของหวาน หรือรับประทานให้น้อยที่สุด

8) โซเดียม ในคนปกติควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัม/วัน (เกลือ 1 ช้อนชา)

ในคนที่ต้องการลดความดันโลหิตบริโภคไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัม/วัน (เกลือ 2/3 ช้อนชา) โซเดียมมากเกินไปจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ไตต้องทำหน้าที่ขับโซเดียมออกจากร่างกายเพิ่มขึ้น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย, 2562)

แนวทางการรับประทานอาหาร DASH Diet

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้กำหนดปริมาณการรับประทานอาหาร DASH แนะนำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานธัญพืช 6-8 ส่วน/วัน, น้ำตาล 2-3 ส่วน/วัน, ถั่วหรือเมล็ด 4-5 ส่วน/สัปดาห์, ผัก 4-5 ส่วน/วัน, ผลไม้ 4-5 ส่วน/วัน, เนื้อสัตว์ 6 ส่วน/วัน, ผลิตภัณฑ์จากนมแคลเซียมสูง 2-3 ส่วน/วัน, และ น้ำมัน 2-3 ส่วน/วัน

2.6.3.4 พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด

ความเครียดและความวิตกกังวลสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตและอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีความเครียดหรือภาวะกดดันทางจิตใจจะมีระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นอย่างกะทันหันและระดับความดันโลหิตลดลงเมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจหรือความเครียด ภาวะกดดันทางจิตใจลดลง (Mancia et al., 2023)

การจัดการความเครียด (Stress coping) เป็นกลวิธีที่สำคัญในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการแสดงออกของบุคคลที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องเมื่อประเมินแล้วว่าเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าของความเครียดจะก่อให้เกิดผลลบหรือปัญหาเพื่อจัดการหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหา และวิธีการมุ่งแก้ไขอารมณ์ (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์ และคณะ, 2561)

1) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ (Emotion – focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามที่จะจัดการอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาหรือสาเหตุ เรียกวิธีนี้ว่า “การบรรเทา” ซึ่งรวมถึงการที่บุคคลนั้นได้นำเอากลไกการป้องกันจิตทุกแบบ จัดเป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ พฤติกรรมประเภทนี้เป็นการกระทำที่รู้สึกว่าร่าเริงจากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ความจริงแล้ว

อันตรายนั่นไม่ได้ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมที่จัดว่าเป็นพฤติกรรมประเภทนี้ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การพยายามลืม การแยกตนเอง การเพ้อฝัน การทำให้เป็นเรื่องเล็ก การเลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี หรือโยนความผิดไปให้ผู้อื่น เป็นต้น (ชุดิมา สุรเศรษฐ และ จรินทร์ วินทะไชย์, 2565)

2) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focus coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดโดยตรง ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการทางปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์โดยมุ่งที่ต้นเหตุของ ปัญหา ได้แก่ การเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดตามสภาพความเป็นจริง และหาหนทางแก้ไขหรือ การเสริมสร้างความสามารถให้ตนเองในการเผชิญความเครียดนั้น เป็นต้น (ชุดิมา สุรเศรษฐ และ จรินทร์ วินทะไชย์, 2565)

2.6.3.5 พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด

พฤติกรรมการรับประทานยา เป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยาเป็นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาทดลองแบบสุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาด้วยการรับประทานยาสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา กำหนดระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมสำหรับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้คือ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท. (Whelton et al., 2018)

หลักการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาถูกต้องตามเวลา ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์ให้รับประทานไม่หยุดยาเอง ไม่ปรับลดหรือเพิ่มปริมาณยาด้วยตนเอง โดยมีหลักการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้

- 1) ต้องอ่านฉลากหรือคำแนะนำอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีใช้ ขนาดที่ใช้และระยะเวลาที่ใช้เพื่อความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดของยา (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2565)
- 2) ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เขียนไว้บนฉลาก หรือที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำอย่างเคร่งครัด ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง (ญาดา เรียมริมมะดัน และคณะ, 2561)
- 3) ไม่ควรใช้ยาที่ไม่มีฉลากปิดหรือฉลากเลอะเลือน เพราะอาจรับประทานยาผิดได้
- 4) ควรหยุดยาทุกครั้งเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเดิน คลื่นไส้อาเจียน หากมีอาการรุนแรงรีบปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทันที

5) ก่อนใช้ยาควรตรวจดูวันหมดอายุของยาและคุณภาพของยาว่ายังมีคุณภาพดีไม่เสื่อมคุณภาพ โดยดูจากลักษณะทางกายภาพเบื้องต้น หากลักษณะเปลี่ยนไปควรทิ้งทันที

6) เมื่อใช้ยาเสร็จแล้วควรเก็บเป็นที่ ไม่วางปนกับอาหารหรือของใช้อื่น ๆ ยาแต่ละชนิดต้องมีฉลากเรียบร้อย สามารถอ่านได้ชัดเจน ก่อนใช้ยาต้องศึกษาคำเตือน ข้อห้ามของยาให้เข้าใจก่อน การอ่านฉลากควรทำ 3 ครั้ง คือ หนึ่งเมื่อหยิบยาออกมา สองขณะใช้ยา และสามเมื่อเก็บยา ที่สำคัญอย่าหยิบยาเกินในที่มีติด เพราะจะไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ (สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, 2560)

7) หากต้องพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้

8) ในกรณีที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำลงอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่า ยืน เมื่อเกิดอาการหน้ามืดเป็นลม ควรยกขาสูงกว่าศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่าจากท่านอน หรือท่านยืน ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน ๆ โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา

9) ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรในเวลา 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยาอาจมีอาการง่วงซึมได้

10) หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิตอาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้ และเมื่อเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงได้

2.7 แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้พัฒนาเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ ดังนี้

2.7.1 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 3 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 3 ข้อ และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 2 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

2.7.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย McClendon (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพเขตหญิงประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสร้างมาจากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 52 ข้อ ครอบคลุม

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 8 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 24 ข้อ และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 13 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

2.7.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย จีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยสร้างมาจากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 5) ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

2.7.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย ญัฐนันท์ จันทานิช (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยทอง โดยสร้างมาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Glanz (2008) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการสูบบุหรี่และด้านการดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

2.7.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย นพณัฐ จำปาเทศ และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีและโปรแกรมการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีของ American Heart Association ปี ค.ศ. 2013 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

2.7.6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดย พรพรรณ คัมพมาตย์ และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 126 ราย โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการบริโภคอาหาร 3) ด้านการสูบบุหรี่ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 5) ด้านการรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

สรุปได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมมีนักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจไว้หลายรูปแบบทั้งด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกาสูบหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดกับความเครียด ด้านพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้วิจัยนำความรู้มาใช้ในการพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมกาป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมกาป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไว้ดังนี้

2.8.1 งานวิจัยในประเทศ

2.8.1.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นุชนารถ อุดมญาติ และ ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 220 ราย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผลการหาความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ชญานานุช ไพรวงษ์และคณะ (2560) การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอ สูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 246 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.70 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.70 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.20 การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 98 และพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.80 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กาญจนา มณีทัพบ และ สมจิต แคนสีแก้ว (2560) ศึกษาพฤติกรรมบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บริโภคเกลือเกินที่กำหนด ร้อยละ 72.40 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.20 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ บริโภคเกลือเกินกำหนด คิดเป็นร้อยละ 65

พิลาธิรัฐ ภูระธีรานรัชต์ และ อภิญา วงศ์พิริโยธา (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 75 ราย โดยการกลุ่มแบบมีระบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .35$) หากพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.8.1.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

เมธิกานต์ ทิมุลนีย์ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานที่ทำความสะอาดอายุ 35-45 ปี พบว่า พนักงานทำความสะอาดก่อนวัยหมดประจำเดือนพฤติกรรมสุขภาพโดยอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22, .20$ และ $.45$ ตามลำดับ)

จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 ราย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสม ด้านความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง การรู้สมรรถนะแห่งตนในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ

นพณัฐ จำปาเทศ และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจำนวน 92 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .562$ และ $.252$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.569$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรวิศา ปั่นทองกลาง และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 341 ราย พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .234$, และ $.253$ ตามลำดับ)

ไวริญจน์ เปรมสุข และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษาในกลุ่มชายวัยกลางคนอายุ 40-60 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 175 ราย พบว่า ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .198$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.307$)

สิตาพร ฤกษ์คำ และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบชนิดที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดแพร่ จำนวน 297 ราย พบว่า พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกายคิดเป็นร้อยละ 66.30 มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 63.64 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรม

รับประทานอาหารที่มีเกลือแกงและน้ำปลาเกินกำหนด คือ มากกว่า 1 ช้อนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 51.20 และผู้ป่วยดื่มกาแฟและเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ ร้อยละ 32 พฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสม ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่ไม่ได้จำกัดการรับประทานอาหารเฉพาะโรค คิดเป็นร้อยละ 50.50 และ รับประทานยาสมุนไพรร่วมกับยารักษาตามแผนปัจจุบันเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นประจำ ร้อยละ 9.80

ฉัตรกมล ประจวบลาภ และ ดวงกมล วัตราคุลย์ (2563) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .197$ และ $.578$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.249$)

พรชมน คัฒมาตย์ และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 126 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไม่ได้ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัว การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ชินาริพ นิสสะ และคณะ (2564) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 138 ราย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.99 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($r = .202$) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว ($r = .333$) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว ($r = .342$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .513$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรนภา พงศ์วรินทร์ และคณะ (2566) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 211 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .267$)

2.8.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Idyan and Thato (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่ในจังหวัดอาเจห์ ประเทศอินโดนีเซีย โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนและผู้สูบบุหรี่ ในวัยผู้ใหญ่ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

Gauro et al. (2020) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในมาเลเซีย จำนวน 383 ราย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่รับประทานยา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ได้ความรู้มาปรับใช้ในการวิจัยได้ดังนี้

1) ได้ตัวแปรจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ที่นำมาใช้ในการวิจัยและมีการทดสอบแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) ได้แนวทางในการพัฒนาแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3) ได้วิเคราะห์ช่องว่างของการวิจัย พบว่า ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมาผลการวิจัยยังมีความขัดแย้งที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จึงทำให้ต้องมีการศึกษาซ้ำ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการดำเนินวิจัย
ดังต่อไปนี้

- 3.1 การออกแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
- 3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การออกแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ตัวแปรอิสระ คือ 1) ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 1.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รักษาโดยใช้ยาอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท. และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้ง ติดต่อกัน

3.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension รหัส ICD10: I10) โดย และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม และรักษาโดยการให้ยา อย่างน้อย 6 เดือน โดยมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้ง ติดต่อกัน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ได้แก่ ค่าความดันโลหิตครั้งก่อนมาตามนัดและครั้งนี้ที่มาตามนัด (รวมระยะเวลาที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 2 เดือน) โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน 2567 จำนวน 80 ราย ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่มและกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ไม่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น
- 3) ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถตอบคำถามและสื่อสารได้
- 4) ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนหนังสือได้
- 5) ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการทดสอบภาวะสมองเสื่อม

Mini-Cog test มากกว่า 3 คะแนน

เกณฑ์ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติระหว่างเก็บข้อมูล เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ
- 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypertension urgency และ Hypertension emergency
- 3) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น
- 4) ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน
- 5) ระหว่างเก็บข้อมูลผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1.1 การหาขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*power โดยใช้ค่า r หรือ Effect size จากงานวิจัยของ ชินาธิป นิสสะ และคณะ (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตา

บอกลิขิตโดรมที่มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงได้ค่า $r = .29$ หรือค่าขนาดอิทธิพล (Effect size [EF]) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ α เท่ากับ .05 กำหนดแบบ 1 ทาง และอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 72 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มมา จำนวน 8 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 80 ราย

3.2.1.2 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (Sample random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Random number table) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยใช้กรอบประชากร 480 คน ซึ่งได้มาจากประชากรทั้งหมดที่จะมาตรวจตามนัด ในระยะเวลา 2 เดือน เพื่อนำมาเป็นกรอบประชากรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2566) จำนวนตัวเลขเริ่มต้นจึงเป็น 3 หลัก
2. ผู้วิจัยสุ่มตัวเลขเริ่มต้น นำมาตั้งเป็นแถวและสดมภ์ อ่านตัวเลข 3 หลัก จากซ้ายไปขวา จนครบ 80 หมายเลข โดยหากเกิน 480 หรือพบว่ามีเลขซ้ำ ผู้วิจัยตัดทิ้ง สุ่มใหม่อีกครั้ง เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 80 คน
3. นำหมายเลขที่ได้จากการสุ่มมาเรียงลำดับไว้ล่วงหน้า เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จะมารักษาไม่พร้อมกัน โดยผู้วิจัยสุ่มลำดับที่ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มาตามแพทย์นัดไว้ล่วงหน้า 80 ลำดับที่ เช่น 002, 003, 009, 018, 032,..... หากพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตรงกับลำดับที่ที่ผู้วิจัยสุ่มไว้ผู้ป่วยจะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1.1 เครื่องวัดความดันโลหิตรุ่น OMROM HBP-9020 โดยผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทุก 1 ปี

3.3.1.2 เครื่องมือวัดภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น ซึ่งใช้ประเมินในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบคัดกรอง Mini-Cog พัฒนาโดย Borson et al. (2003) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Trongsakul et al. (2014) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความจำ โดยให้ผู้ป่วยจดจำของ 3 อย่างที่เจ้าหน้าที่บอกให้จำ ส่วนที่ 2 วาดหน้าปัดนาฬิกา ใส่ตัวเลขให้ครบ วาดเข็มนาฬิกาบอกเวลาตามที่กำหนด

การแปลผลคะแนน

คะแนนเต็ม 3

0 คะแนน แปลว่า มีปัญหาความจำเสื่อมและมีภาวะรู้คิดบกพร่อง

1-2 คะแนน แปลว่า หากวาดภาพนาฬิกาผิด แสดงว่า มีปัญหาความจำเสื่อม

แต่ถ้าหากวาดภาพนาฬิกาถูก แสดงว่า ปกติ

> 3 คะแนน แปลว่า ปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพระดับการศึกษา ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยาลดระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินได้จากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Numeric rating scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามด้านบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Numeric rating scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก แบบสอบถามมีด้านบวกจำนวน 5 ข้อ คือ 1, 2, 3, 5 และ 6 ส่วนคำถามด้านลบ จำนวน 1 ข้อ คือ 4 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ

3) ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Numeric rating scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย

ไม่แน่ใจไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก คำถามด้านบวก คือข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7 และ 8 ข้อ คำถามด้านลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 5 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Numeric rating scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นด้านลบที่แสดงถึงการมีอุปสรรค มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผล

ถ้าคะแนนต่ำ แสดงว่า การรับรู้อุปสรรคน้อย ถ้าคะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคมาก

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยลักษณะเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Numeric rating scale) มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 4, 3, 2, 1 กำหนดให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจเล็กน้อย และไม่มั่นใจเลย โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	ให้คะแนน 4 คะแนน
มั่นใจมาก	ให้คะแนน 3 คะแนน
มั่นใจเล็กน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง

คะแนนค่าเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 4) พฤติกรรมด้านการจัดกับความเครียด และ 5) พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รวมทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ คือ ข้อที่ 2, 4, 5, 6, 7, 10,

11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 20 คือ คำถามเชิงลบ 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 3, 8, 9 และ 19
ลักษณะคำตอบเป็น Likert rating scale 5 ระดับ คือ

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 1 คะแนน	5 คะแนน

คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การจัดระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

3.4.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความ

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญชำนาญเฉพาะทาง สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน
- 2) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลมีประสบการณ์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ 1 ท่าน
- 4) พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน
- 5) พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน

การตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำหรับการตรวจหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามมีการให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องน้อย

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องน้อย

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องมา

ค่า CVI ที่ยอมรับได้ใช้เกณฑ์ค่ามากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2021)

3.4.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและดัชนีความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าที่ยอมรับได้ของเครื่องมือใหม่ที่มีค่า $\geq .70$ (Polit & Beck, 2021) สรุปค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงได้ ตามตารางที่ 4

พูน ปณ จิต ชเว

ตารางที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือ	CVI	Reliability
1.แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ		
1.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.00	.86
1.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.83	.74
1.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.87	.73
1.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.0	.71
2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.0	.72
3.แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.0	.70
3.1 ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.0	.90
3.2 ด้านการออกกำลังกาย	1.0	.77
3.3 ด้านการรับประทานอาหาร	1.0	.71
3.4 ด้านการจัดการกับความเครียด	1.0	.72
3.5 ด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด	1.0	.71

3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึง 3 ประเด็นดังต่อไปนี้ดังนี้

1) ความเป็นเอกสิทธิ์ (Autonomy) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทีละคน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงรายละเอียดต่าง ๆ ในการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้อิสระในการตัดสินใจโดยปราศจากความกดดัน พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ-สกุล ใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม

2) การลดความเสี่ยงและเพิ่มผลประโยชน์ (Beneficence) ผู้วิจัยตรวจสอบลำดับผู้เข้า

รับบริการเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการและการรักษาพยาบาลตามปกติ รวมถึงชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ อาจทำให้เกิดผลกระทบในด้านการเสียเวลาจากการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที โดยไม่มีค่าชดเชย ก่อนทำแบบสอบถามผู้วิจัยประเมินความเสี่ยง โดยสอบถามอาการผิดปกติของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมวิจัยหรือแม้ว่าตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนขณะเก็บข้อมูล เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืดและใจสั่น ขณะเก็บข้อมูลหากรู้สึกอึดอัดหรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากรู้สึกไม่สุขสบายหรือเกิดภาวะผิดปกติจะได้รับการดูแลให้การรักษาพยาบาลโดยให้พักก่อน วัดสัญญาณชีพ ถ้าพบอาการผิดปกติหรือมีระดับความดันโลหิตฉุกเฉิน (Hypertension emergency) จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทันที ผู้วิจัยใช้เวลาในการสอบถามภายในเวลาที่กำหนดในการวิจัยคือ 30 นาทีต่อราย การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

3) หลักยุดิธรรม (Justice) ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม โดยมีการใช้การสุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยเท่าเทียมกันการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion) การคัดออก (Exclusion) อย่างเหมาะสม

3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ได้แก่ เอกสารชี้แจงการทำวิจัย เอกสารยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย เอกสารยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 493-499/2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 67-02-002

3.6.2 เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

3.6.3 เข้าพบหัวหน้าพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3.6.4 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์

สุขภาพชุมชนสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม สํารวจรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชีแจงวัตถุประสงค์เบื้องต้น หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการ พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

3.6.5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาลำดับที่สุ่มไว้ โดยผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยตามแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.6.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย

3.6.7 เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และถามซ้ำในข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน หลังสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดและคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังจากนั้นนำมาแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากกว่า 50 ราย พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบ

เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีเกณฑ์ ดังนี้ (รัตนศิริ ทาโต, 2562)

- | | |
|----------------------------------|--|
| ค่า r มีค่าเท่ากับ 0 | แปลว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน |
| ค่า r มีค่าต่ำกว่า .30 | แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ |
| ค่า r มีค่าระหว่าง .30 ถึง .70 | แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง |
| ค่า r มีค่ามากกว่า .70 | แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง |



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.7 อภิปรายผล

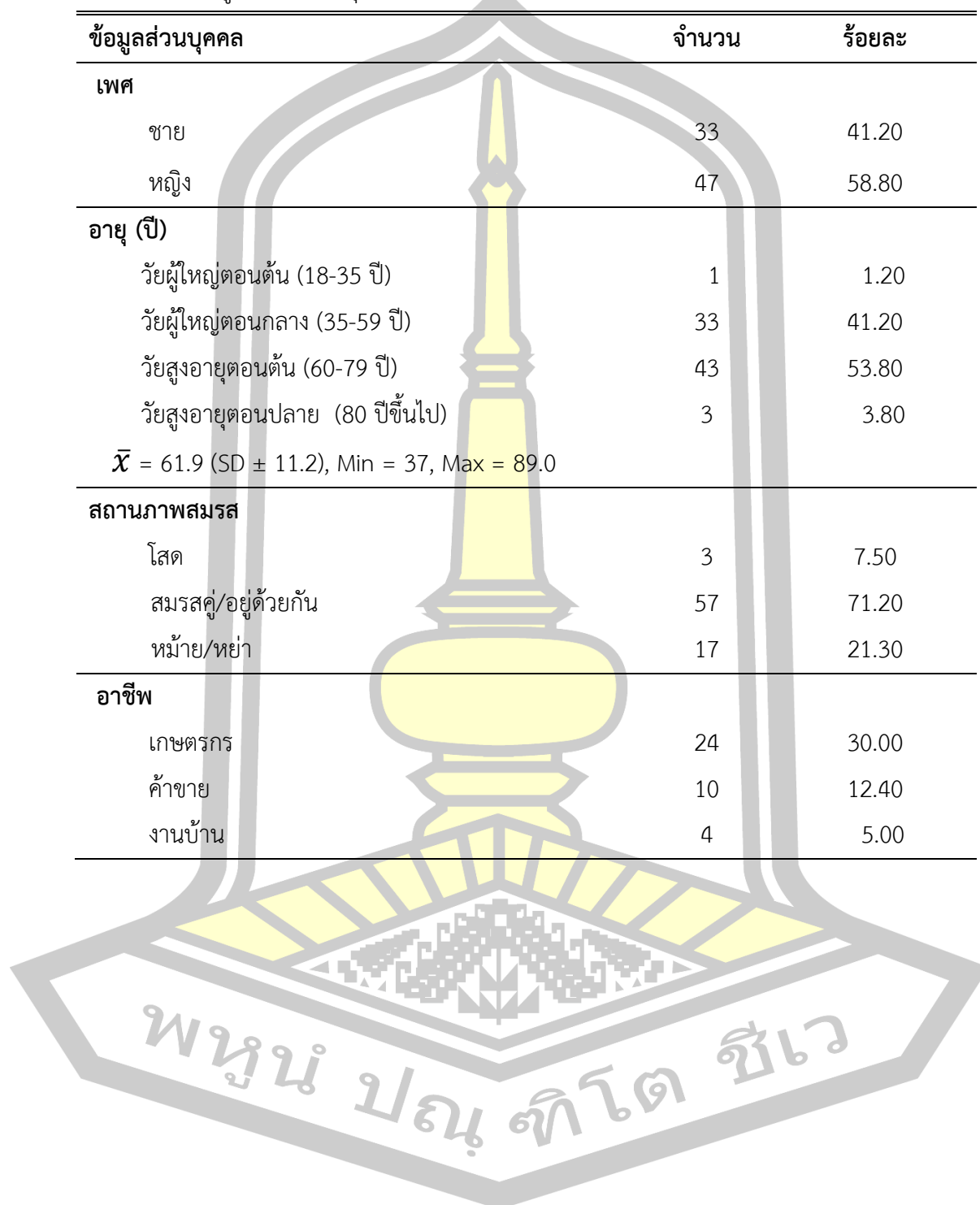
4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 80 คน ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.80 ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 52.50 (อายุเฉลี่ย 61.9 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.00 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.80 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.00 (รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,518 บาท) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 ดัชนีมวลกายอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 41.20 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	41.20
หญิง	47	58.80
อายุ (ปี)		
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18-35 ปี)	1	1.20
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (35-59 ปี)	33	41.20
วัยสูงอายุตอนต้น (60-79 ปี)	43	53.80
วัยสูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	3	3.80
$\bar{X} = 61.9$ (SD $\pm$ 11.2), Min = 37, Max = 89.0		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.50
สมรสคู่/อยู่ด้วยกัน	57	71.20
หม้าย/หย่า	17	21.30
อาชีพ		
เกษตรกร	24	30.00
ค้าขาย	10	12.40
งานบ้าน	4	5.00



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	12	15.00
ข้าราชการ	11	13.80
รัฐวิสาหกิจ	1	1.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	20.00
อื่น ๆ	2	2.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.30
ประถมศึกษา	47	58.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	7.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	13.80
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา	2	2.30
ปริญญาตรี	13	16.30
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	36	45.00
6,000-10,000 บาท	22	28.00
11,000-15,000 บาท	9	11.50
16,000-20,000 บาท	5	6.50
26,000-30,000 บาท	7	9.00
$\bar{X} = 9,518$ (SD ± 8,185) Median = 7,500 Min = 1,000 Max = 30,000		
ประวัติการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
สูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	56	70.00
สูบบุหรี่	10	12.50
เคยสูบบุหรี่	14	17.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	53	66.20
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	11	13.80
เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	16	20.00
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5)	2	2.50
ปกติสมส่วน (18.5-22.9)	14	17.50
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	23	28.80
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9)	33	41.20
อ้วนระดับ 2 (มากกว่า 30)	8	10.00
$\bar{X} = 25.53$ (SD $\pm$ 3.45) Min = 17.20, Max = 34.70		

4.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 77.50 แต่ส่วนมากใช้ยาควบคุมระดับความดันโลหิต 2 ชนิด (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด) ร้อยละ 56.30 กลุ่ม Calcium channel blockers ใช้มากที่สุดร้อยละ 85.00 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ร้อยละ 82.50 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 58.80 (ระยะเวลาเฉลี่ย 5.8 ปี) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง		
เคย	18	22.50
ไม่เคย	62	77.50
จำนวนยาที่ใช้ควบคุมระดับความดันโลหิต		
1 ชนิด	19	25.00
2 ชนิด	45	57.50
3 ชนิด	14	17.50

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ยาลดระดับความดันโลหิต (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)		
Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor	32	40.00
Angiotensin Receptor Blockers	27	33.80
Beta Adrenergic Blocking Agents	10	12.50
Calcium channel blockers	68	85.00
Vasodilator	9	11.30
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง		
1-5 ปี	47	58.80
6-10 ปี	25	31.20
10 ปี ขึ้นไป	8	10.00
$\bar{X} = 5.8$ (SD ± 3.5), Min = 1, Max = 15		
ระดับความดันโลหิต		
ความดันโลหิตระดับ 1	66	82.50
ความดันโลหิตระดับ 2	14	17.50
$\bar{X}$ SBP = 153 (SD ± 6.10) Min = 142, Max = 168, DBP = 82 (SD ± 9.20), Min = 72, Max = 101		

4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 3.08$, SD = .42) 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 3.53$, SD = .58) 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 3.20$, SD = .45) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.84$, SD = .42) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.58$, SD = .36) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้รายด้าน (n=80)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	Min	Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	1-5	2.20	3.90	3.08	.42	ปานกลาง
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	1-5	1.67	4.67	3.53	.58	ปานกลาง
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1-5	2.25	4.38	3.20	.45	ปานกลาง
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1-5	3.00	4.75	3.84	.43	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1-4	1.80	3.30	2.58	.36	ปานกลาง

4.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, $SD = .32$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด $\bar{X} = 4.14$, $SD = .67$) 2) พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด ($\bar{X} = 4.15$, $SD = .72$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ $\bar{X} = 3.53$, $SD = 1.32$) 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.67$, $SD = .72$) และ 3) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 2.86$, $SD = .45$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยรวมและรายด้าน (n=80)

ตัวแปร	ช่วง คะแนน	Min	Max	$\bar{x}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	1-5	2.50	4.10	3.32	.32	ปานกลาง
1. ด้านการสูบบุหรี่และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1-5	1.00	5.00	3.53	1.32	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	1-5	1.00	5.00	2.67	.72	ปานกลาง
3. ด้านการรับประทานอาหาร	1-5	1.75	3.75	2.86	.45	ปานกลาง
4. ด้านการจัดการกับความเครียด	1-5	2.00	5.00	4.14	.67	สูง
5. ด้านการรับประทานยา และมาติดตามนัด	1-5	2.00	5.00	4.15	.72	สูง

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19$ และ $r = -.50$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.59$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .14, p = .112$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71, p < .05$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (n=80)

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		ระดับความสัมพันธ์
	(r)	p-value	
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.19*	.045	ต่ำ
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.14	.112	
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.50**	.001	ปานกลาง
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.59**	.001	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.71**	.001	สูง

* $p < .05$, r = Pearson's product - moment correlation coefficient

4.6 อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

4.6.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง สามารถอภิปรายได้ดังนี้ การที่การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการผิดปกติปรากฏซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 75.50 ไม่เคยเข้ารับการรักษาโดยการนอน

โรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดการรับรู้ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอะไรได้บ้างหากควบคุมความดันโลหิตไม่ดี และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อพบว่า คะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างไร จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 53.80 และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 41.20 อายุเฉลี่ย 61.90 ปี กลุ่มตัวอย่างยังมีโรคแทรกซ้อนและมีศักยภาพในการทำงาน จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องที่ยาก เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง 5 ข้อจาก 8 ข้อ อีก 3 ข้ออยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นอุปสรรคที่ทำให้ได้ยากและเป็นอุปสรรคสูง ได้แก่ ไม่มีเวลาที่จะออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่มีกะทิ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีเครื่องปรุงรสทำได้ยาก การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่หรือการเลิกสูบบุหรี่ และการรับประทานยาลดความดันตามที่แพทย์สั่ง และมีอุปสรรคในระดับปานกลางในเรื่องการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เป็นแอลกอฮอล์ การมีปรึกษาเมื่อมีความเครียด และการมาตรวจตามนัด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่ผ่านมาด้านการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ, 2560; พรรษมน คัตมาตย์ และคณะ, 2563) เนื่องจากศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่พบอาการผิดปกติให้ทราบถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ, 2560; ไวรวิญจน์ เปรมสุข และคณะ, 2562) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 80 ไม่มีอาการสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 79.40 จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ, 2560)

งานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยของ ญัฐนันท์ จันทนิช และคณะ (2561) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยทองอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.60 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 9.20 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 65.7 การศึกษา Bogers et al. (2007) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคความดันโลหิต

สูง ภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกันน้ำหนักเกินจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 45 จึงทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง ส่วนการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ไม่มีโรคร่วมจึงอาจทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2566) และ ไวรียุจน์ เปรมสุข และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยที่ได้รับข้อมูลที่เป็นเป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง มากกว่าผลเสีย จึงทำให้การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประเมินเห็นถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าผลเสียซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ, 2566; จีรรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ, 2560)

4.6.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ 2 ข้อ ได้แก่ 1) มั่นใจว่าจะออกกำลังกาย วันละ 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 5 ต่อสัปดาห์ 2) มั่นใจว่าจะสามารถประกอบอาหารด้วยตนเอง โดยควบคุมปริมาณเครื่องปรุงรสเค็มจัดได้ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำปลาร้า เกลือ เป็นต้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง 4 ข้อ ได้แก่ 1) มั่นใจว่าสามารถเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ได้ 2) มั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีกะทิและอาหารทะเลได้ 3) มั่นใจว่าสามารถเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อยหรือผลไม้ที่ไม่สุกมากได้ และ 4) มั่นใจว่าสามารถจัดการกับความเครียดและมีวิธีผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่อยู่ในระดับปานกลางและมีการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง จึงอาจส่งผลต่อความมั่นใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ในกลุ่มบุคลากรของมหาวิทยาลัย (ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ, 2566; จีรรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังพบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางในกลุ่มหญิงวัยหมดประจำเดือน (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และ ดวงกมล วัตราดุลย์, 2563) และ ชายวัยทอง (ณัฐนันท์ จันทพานิช และคณะ, 2561) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังกล่าว ส่วนใหญ่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

4.6.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด 2) พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด และระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และ 3) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

ผลการวิจัยในครั้งนี้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางที่สนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ เช่น งานวิจัยของ อุดมพร ยิ่งไพธูลย์สุข, สาหรี แดงทองดี และ แวนใจ นาคะสุวรรณ (2565) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล, รัตน์ศิริ ทาโต และ รพีณ ผลสุข (2560) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบกอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ (2560) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคน กรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายงานพบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการมาตรวจสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ไวริญจน์ เปรมสุข และคณะ, 2562) อภิปรายได้ว่า จากงานวิจัยที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและยังไม่ได้เข้ารับบริการใน ระบบบริการสุขภาพอาจยังไม่ได้รับข้อมูลเพื่อปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ว่าจะเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แต่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจอยู่ในระดับสูงซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย

4.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ยกเว้นการรับรู้ความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัยมีทั้งสนับสนุนและยังขัดแย้งกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันเมื่อมีความเชื่อ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ โรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ (Rosenstock et al.,1988) นั้น คือพบว่ามี ความเชื่อสุขภาพเพียง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง ของอาการต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อจาก 6 ข้อ ในเรื่อง 1) การมีอาการเจ็บหน้าอกต้องรีบไป โรงพยาบาล 2) โรคหลอดเลือดหัวใจหากอดทนมากต้องได้รับการผ่าตัดทันที และ 3) โรคหลอดเลือด หัวใจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลวและหัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

มีงานวิจัยที่สนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ 3 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของณัฐนันท์ จันทนิช และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยทอง มี งานวิจัยของ ชินาธิป นิสสะ และคณะ (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรค เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การรับรู้ ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจ ซึ่งในงานวิจัยของ ณัฐนันท์ จันทนิช และคณะ (2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูงแต่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ระดับปานกลางเนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางและมีบุคคลใน

ครอบครัวยุโรปเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพียงร้อยละ 2.9 แต่งานวิจัยของ ซินาธิป นิสสะ และคณะ (2564) ไม่ได้อภิปรายผลการวิจัยในประเด็นนี้ไว้

ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยของ นุชนารถ อุดมญาติ และ ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และ อภิญา วงศ์พิริโยธา (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และพรรณพัชร สกุลทรงเดช และคณะ (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังมียังงานวิจัยที่เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ชัยญานุช ไพรวงษ์ และคณะ, 2560; Mc, 2018)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอภิปรายได้ดังนี้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลใดที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้น ความมั่นใจในความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ต่อมา Rosenstock et al. (1988) ได้เพิ่มแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) เข้าไว้ในทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยกล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านแล้วร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้มีอิทธิพลต่อบุคคลในการพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทุกงานวิจัยที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (จริรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และคณะ, 2560; ซินาธิป นิสสะ และคณะ, 2564; ณัฐนันท์ จันทพานิช และคณะ, 2561; นพนัฐ จำปาเทศ และคณะ, 2561; พิภพ ดีแพ และคณะ, 2562; วิไลวรรณ คมขำ และคณะ, 2565)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.3 ข้อจำกัด

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาด้วยการใช้ยามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 80 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86, .74, .73 และ .71 ตามลำดับ 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ เท่ากับ .72 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปว่า

5.1.1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

หัวใจอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง

5.1.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

5.1.3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมรายด้านอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหาร

5.1.4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

5.1.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19$) เป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ

5.1.4.2 การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .50$) เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

5.1.4.3 การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.59$) เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

5.1.4.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ($r = .14, p > .05$)

5.1.4.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .71$) เป็นความสัมพันธ์ระดับสูง

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.2.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหาร และความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ควรหาแนวทางในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่อง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งเสริมการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

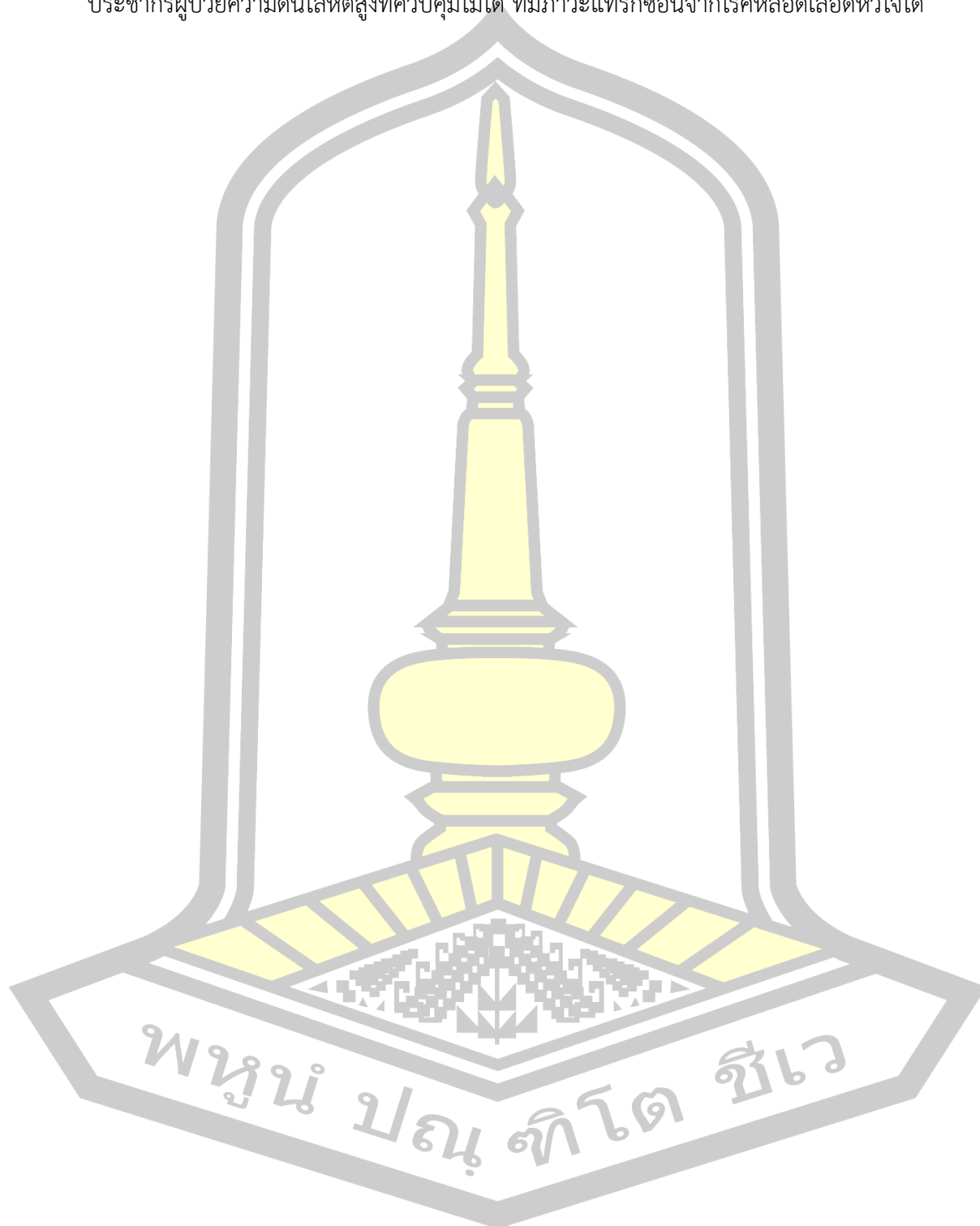
5.2.2 ด้านการวิจัย

- 1) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้ต่อไป
- 2) ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

5.3 ข้อจำกัด

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงอาจทำให้ผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงไปถึง
ประชากรผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กอบบทัย สิริธรณฤทธิ, นนทภรณ์ รักศีลธรรม, กมลเนตร วรรณเสวก และ สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. (2561). ความเครียดในการทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(2), 163-176.
- กาญจนา มณีทัฬ และ สมจิต แดนสีแก้ว. (2018). สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอน้อย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 139-149.
- เกื้อกุล ไชยวัฒน์ และชนกพร จิตปัญญา. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 2(2), 121-130. [http:// DOI: 10.14456/chulamedbull.2020.11](http://DOI: 10.14456/chulamedbull.2020.11).
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562, 15 สิงหาคม). แนะนำผู้สูงอายุปฏิบัติตัวรับมือเมื่อมีโรคความดันโลหิตสูง. กรมสุขภาพจิต. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29883>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *Know Your Numbers & Know Your Risks รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ*. อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2563). *แดชไดเอทบำบัดโรคความดันโลหิตสูง*. วีอินดี้ดีไซน์ จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองควบคุมวัตถุเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 27 มีนาคม). *ยาบ้า*. <https://narcotic.fda.moph.go.th/information-about-drugs/metamphetamine>.
- ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, รัชนิ นามจันทร์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น, ปาริชาติ เทวพิทักษ์ และ ภัทราวดี ผลโคก. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรมหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 34(2), 99-113.
- คุณัญญา มาสไต, ปัทมา เกิดกาญจน์ และ รุ่งชัย ชวนไชยะกุล. (2565). การออกกำลังกายเพื่อลดความดันโลหิต. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 23(1), 1-21.
- จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, รัตน์ศิริ ทาโต และ ระพีณ ผลสุข. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม

- ป้องกันหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร.
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(2), 111-125.
- เจตนา เรื่องประทีป. (2562). สารสำคัญเกี่ยวกับพยาธิของหลอดเลือด. วารสารราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย, 1(2), 13-31.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ และ ดวงกมล วัตราคุลย์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก, 31(1), 27-5.
- ชนาธิป สันติวงศ์. (2565). DASH Diet อาหารด้านความดันโลหิตสูง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 101-111.
- ชัยญาณุช ไพรวงษ์, วรัญญ สัตยวงศ์ทิพย์ และ ภูรินทร์ สีกุด. (2560) ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา. 11(1), 107-116.
- ชินาธิป นิสสะ, วาสนา จันทปัญญา และนิยม จันทน์นวล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 10(2), 138-147.
- ชุติมา สุระเศรษฐ และ จรินทร์ วินทะไชย์. (2565). เครียด กังวล เศร้า เราจะรับมือกันอย่างไร. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 15(1), 16-33.
- โซจิตา เต็มยอด (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(1), 1-12.
- ญาดา เรียมริมมะดัน และ พงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ในอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 19(1), 132-144.
- ทิพย์สุดา พรหมดนตรี และ จินตนา คำเกลี้ยง. (2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(3), 99-108.
- นพนันท์ จำปาเทศ, วารี กังใจ และ สหทัยา รัตนจรณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ, 22(2), 114-126.
- นฤเบศร์ โกศล และ จอมสุวรรณโณ. (2562). ปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 30(2), 66-81.

- นวพร วุฒิธรรม. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาร*, 46(4), 173-182.
- นุชนารถ อุดมญาติ และ ศิราณีย อินทรหนองไผ่. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(4), 103-111.
- นิพพานัทธ สันทรัพย์, จินวัตร จันครา และ บุญผา ใจมั่น. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 100-111.
- บุรฉัตร จันแดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สัญญา เคนาภูมิ. (2562). ปัจจัยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารวิชาการธรรมทศน์*, 19(4), 235-244.
- ประวีดา คำแดง. (2563). การจัดการกับอาการวัยทอง. *วารสารพยาบาลสาร*, 47(1), 478-488.
- พรทิพย์ นิมขุนทด. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- พรทิพย์ สารีโส. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือด. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณพัสกร สกุลทรงเดช, นัยนา พิพัฒน์วิชชา และ พรชัย จุลเมตต์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 17(2), 142-150.
- พรรณมน คัตมาตย์, จงจิต เสนหา, และ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 2(1), 62-77.
- พิทยา ธรรมวงศา และ วงศา เล้าหศิริวงศ์. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 34(3), 119-132.
- พิลาวัณ ภูระธีรารัตน์, อภิญญา วงศ์พิริโยธา. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทรภู่*, 34(2), 257-272.
- ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center. (2566). *กระทรวงสาธารณสุข*.
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

- วรศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และ วินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165.
- วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล, รัตน์ศิริ ทาโต และ ระพีณ ผลสุข. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(2), 99-101.
- วีไลวรรณ คมขำ, กมลทิพย์ ขลังเนียม และ นพณัฐ จำปาเทศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี*, 5(2), 44-56.
- วีรณัฐ เชาวกิจ และศุภกร ตุลย์ไตรรัตน์. (2564). อัตราการกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 28(1), 1-16.
- วาสนา ศรีหามาตร์, สุพัตรา บัวที, สุรชาติสิทธิ ปกรณ์. (2015). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 21(2), 27-40.
- ไวโรญจน์ เปรมสุข, รัตน์ศิริ ทาโต และ ระพีณ ผลสุข. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1), 24-38.
- สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์. (2560). พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 115-122.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. ทริค ธรงค์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563*. เนคสเทป ดีไซน์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566*. ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *อัตราป่วยตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ*. อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

สิดาพร ถุงคำ, ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดแพร่. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(3), 65-79.

เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ*. 3(1), 15-29.

ศรีพร รอดแก้ว, อรทัย นนทเกท และ เรวดี เพชรศิราสน์. (2464). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 120-130.

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2560 – 2566. โรงพยาบาลมหาสารคาม.

อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2560). พฤติกรรมสุขภาพทางเลือกที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชินี นครราชสีมา*, 23(2), 121-132.

อัมภาร หาดณรงค์, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และ สมสมัย รัตนกริชากุล (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 52-65.

Amdemariam, L. K., Watumo, A. M., Sibamo, E. L., & Agide, F. D. (2022). Perception towards cardiovascular diseases preventive practices among bank workers in Hossana town using the health belief model. *Plos one journal*, 17(2), e0264112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264112>

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019a). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000677>

- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019b). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(10), e177-e232. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.010>
- Aronow, W. S. (2018). Antihypertensive drug therapy. *Annals of Translational Medicine*, 6(7), 123. <https://atm.amegroups.org/article/view/18796>
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Biswas, A., Singh, S., & Singh, R. (2017). Linkages between hypertension and coronary heart disease in India: Evidence from India human development survey-2 (2011-2012). *Indian Journal of Community Medicine*, 42(4). 200-203. https://doi.org/https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_168_16
- Bogers, R. P., Bemelmans, W. J. E., Hoogenveen, R. T., Boshuizen, H. C., Woodward, M., Knekt, P., van Dam, R. M., Hu, F. B., Visscher, T. L. S., Menotti, A., Thorpe, R. J., Jr, Jamrozik, K., Calling, S., Strand, B. H., Shipley, M. J., & Investigators, B.-C. C. (2007). Association of Overweight With Increased Risk of Coronary Heart Disease Partly Independent of Blood Pressure and Cholesterol Levels: A Meta-analysis of 21 Cohort Studies Including More Than 300 000 Persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(16), 1720-1728. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.16.1720>
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1451-1454. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x>

- Chacko, M., Sarma, P. S., Hari Krishnan, S., Zachariah, G., & Jeemon, P. (2020). Family history of cardiovascular disease and risk of premature coronary heart disease: A matched case-control study. *Wellcome Open Research*, 5(70). <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15829.2>
- Cheema, F. M., Cheema, H. M., & Akram, Z. (2020). Identification of risk factors of acute coronary syndrome in young patients between 18-40 years of age at a teaching hospital. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(4). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.4.2302>
- Dobe, M. (2022). *Health promotion and education foundation for changing Health behavior*. Academic Publishers.
- Gauro, P., Thaniwattananon, P., & Kritpracha, C. (2020). Illness Perception Predicting Cardiovascular Health Behaviors among Patients with Ischemic Heart Disease in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of Nepal medical association*, 58(231), 884-888. <https://doi.org/10.31729/jnma.5426>
- Gebremichael, G. B., Berhe, K. K., & Zemichael, T. M. (2019). Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder comprehensive specialized hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1091-6>
- Ghaddar, F., Zeidan, R. K., Salameh, P., & Maupas-Schwalm, F. (2024). Physical activity and odds of coronary heart disease among Lebanese women. *BMC Public Health*, 24(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18042-7>
- Harding, M. M., Kwong, J., Hagler, D., & Reinisch, C. (2022). *Lewis's Medical-Surgical Nursing* (2nd edition). Elsevier Health Sciences.
- Idyan, Z., & Thato, R. (2017). Determinants of Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among Adults in Aceh Province, Indonesia. *Journal of Health*

Research, 31(2), 109-117.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/79738>

Jurgens, C. Y., Lee, C. S., Aycok, D. M., Masterson Creber, R., Denfeld, Q. E., DeVon, H. A., Evers, L. R., Jung, M., Pucciarelli, G., Streur, M. M., & Konstam, M. A. (2022). State of the science: The relevance of symptoms in cardiovascular disease and research: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 146(12), e173-e184.
<https://doi.org/doi:10.1161/CIR.0000000000001089>

Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., Bischoff, J. M., Bittl, J. A., Cohen, M. G., Dimaio, J. M., Don, C. W., Fremes, S. E., Gaudino, M. F., Goldberger, Z. D., Grant, M. C., Jaswal, J. B., Kurlansky, P. A., Mehran, R., Metkus, T. S., Nnacheta, L. C., . . . & Zwischenberger, B. A. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(3).
<https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001038>

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., . . . & Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal Hypertensions*, 41(12), 1874-2071. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>

Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature reviews nephrology*, 16(4), 223-237.
<https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Sahoo, S., Padhy, S. K., Padhee, B., Singla, N., & Sarkar, S. (2018). Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too. *Indian heart Journal*, 70(3), S471-S477.
<https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.11.003>
- Sisay, Y., Abera, H., Biratu, T. D., & Legesse, T. G. (2022). Uncontrolled hypertension and behavioral risk factors among adult hypertensive patients at Saint Paul's hospital, Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. *Advances in Public Health*, 2022(1), 7518860. <https://doi.org/10.1155/2022/7518860>
- Tian, D., & Meng, J. (2019). Exercise for prevention and relief of cardiovascular disease: prognoses, mechanisms, and approaches. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2019, 3756750. <https://doi.org/10.1155/2019/3756750>
- Tromp, J., Jindal, D., Redfern, J., Bhatt, A., Séverin, T., Banerjee, A., Ge, J., Itchhaporia, D., Jaarsma, T., Lanas, F., Lopez-Jimenez, F., Mohamed, A., Perel, P., Perez, G. E., Pinto, F., Vedanthan, R., Verstrael, A., Yeo, K. K., Zulfiya, K., . . . & Cowie, M. R. (2022). World Heart Federation roadmap for digital health in cardiology. *Global Heart*, 17(1). <https://doi.org/10.5334/gh.1141>
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2014). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test:

Thai version of Mini-Cog test. *Geriatrics and Gerontology International*, 15.
<https://doi.org/10.1111/ggi.12318>

Turin, T. C., Okamura, T., Afzal, A. R., Rumana, N., Watanabe, M., Higashiyama, A., Nakao, Y. M., Nakai, M., Takegami, M., Nishimura, K., Kokubo, Y., Okayama, A., & Miyamoto, Y. (2016). Impact of hypertension on the lifetime risk of coronary heart disease. *Hypertension Research*, 39(7), 548-551.
<https://doi.org/10.1038/hr.2016.23>

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357. <https://doi.org/doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>

Webb, A. J. S., & Werring, D. J. (2022). New insights into cerebrovascular pathophysiology and hypertension. *Stroke*, 53(4), 1054-1064.
<https://doi.org/doi:10.1161/STROKEAHA.121.035850>

Weissfeld, J. L., Kirscht, J. P., & Brock, B. M. (1990). Health Beliefs in a population: The Michigan blood pressure survey. *Health Education Quarterly*, 17(2), 141-155. <https://doi.org/10.1177/109019819001700202>

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., Depalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., Maclaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., . . . & Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. *Hypertension*, 71(6), e13-e115.
<https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000065>

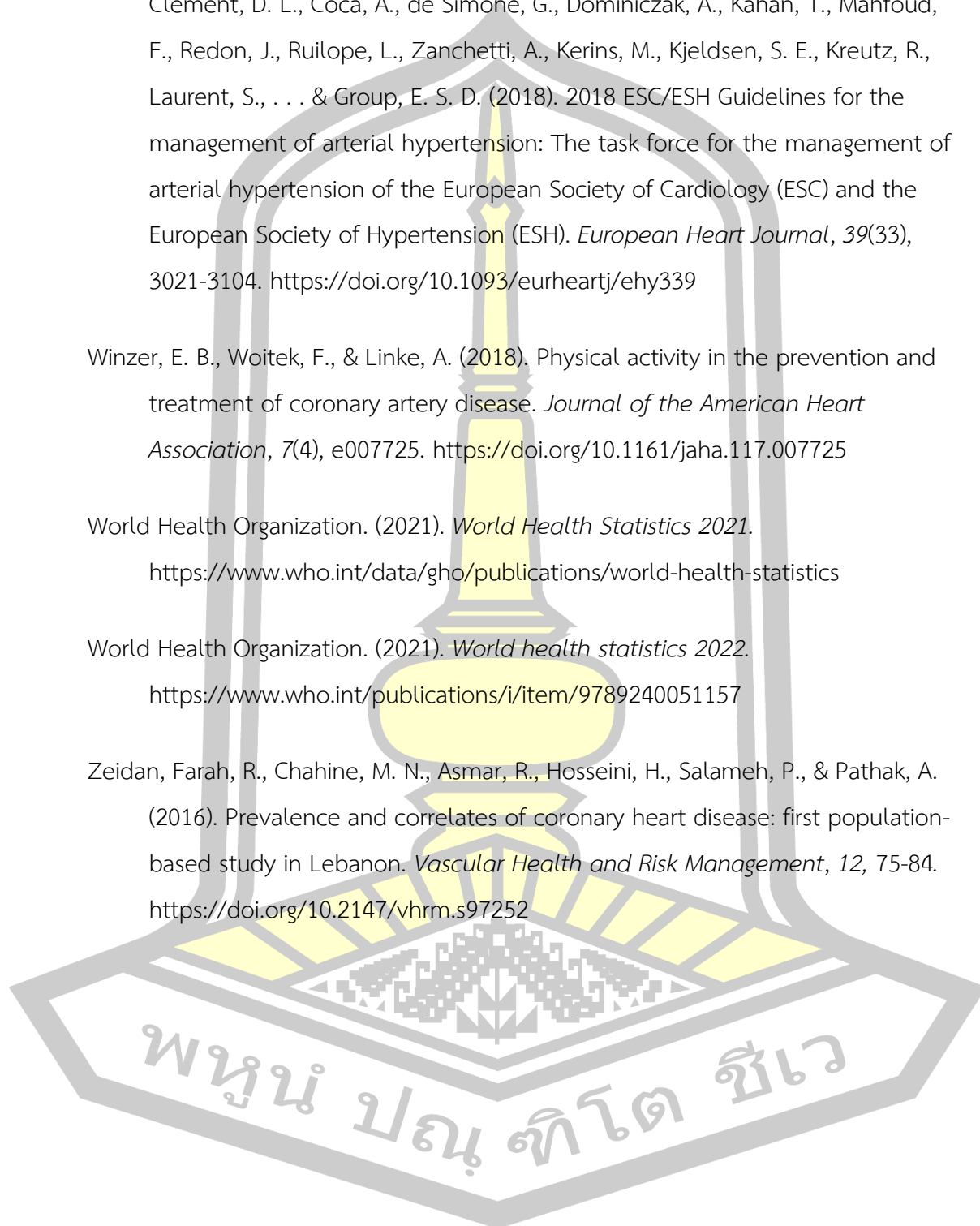
Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., . . . & Group, E. S. D. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

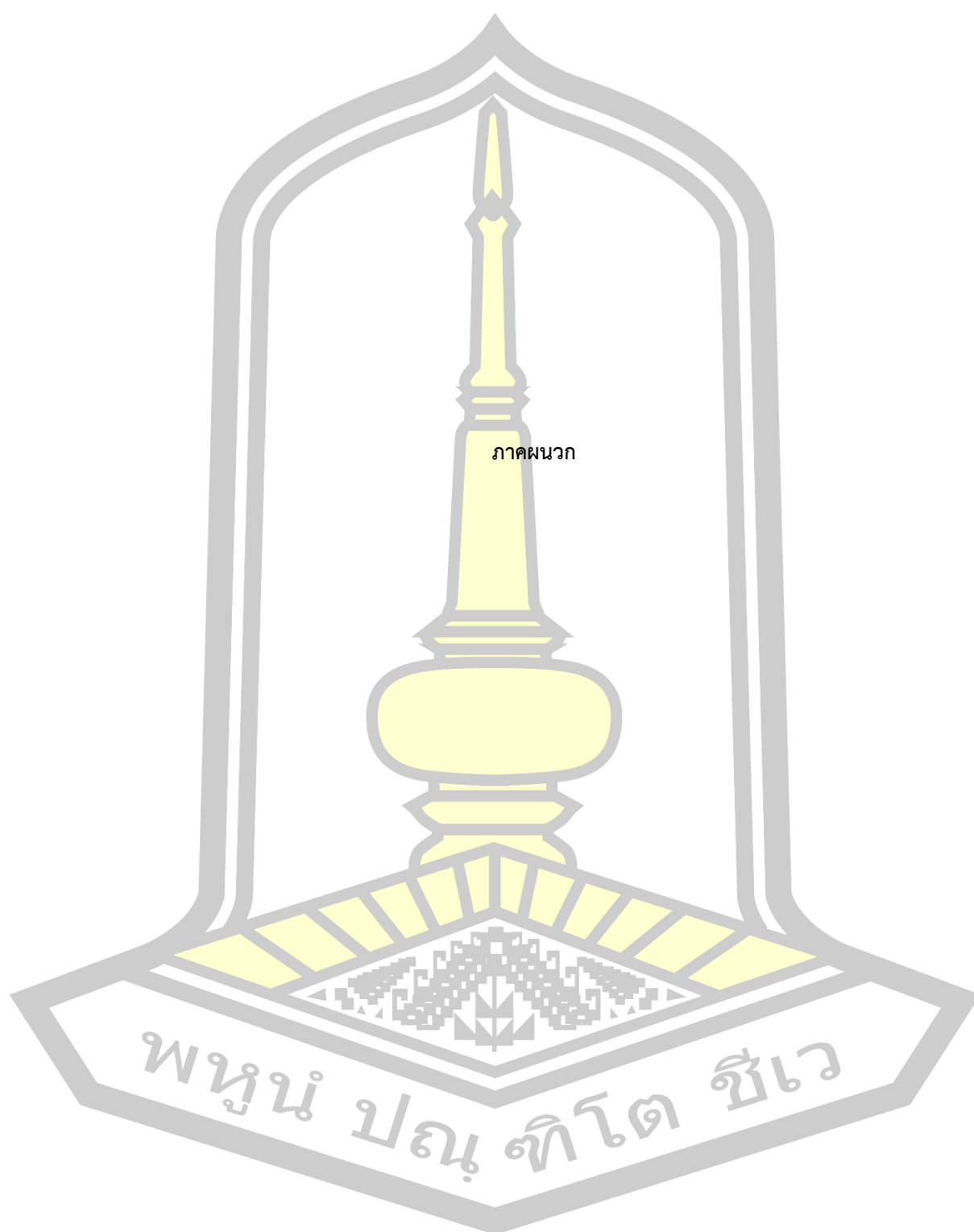
Winzer, E. B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e007725. <https://doi.org/10.1161/jaha.117.007725>

World Health Organization. (2021). *World Health Statistics 2021*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

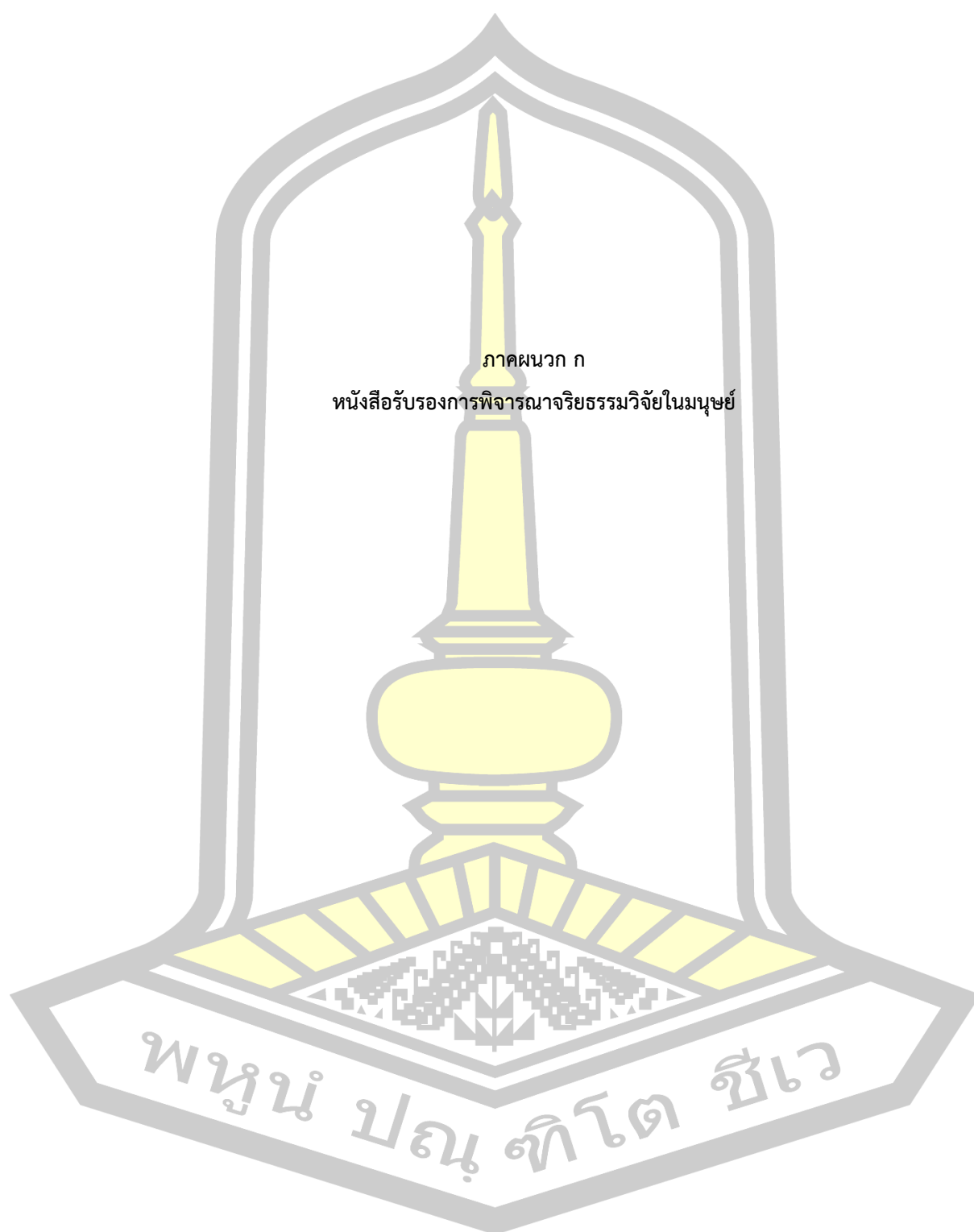
World Health Organization. (2021). *World health statistics 2022*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>

Zeidan, Farah, R., Chahine, M. N., Asmar, R., Hosseini, H., Salameh, P., & Pathak, A. (2016). Prevalence and correlates of coronary heart disease: first population-based study in Lebanon. *Vascular Health and Risk Management*, 12, 75-84. <https://doi.org/10.2147/vhrm.s97252>





ภาคผนวก





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 493-499/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Relationships between Health Beliefs, Self-efficacy and Coronary heart disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension.

ผู้วิจัย : นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 30 พฤศจิกายน 2566

วันหมดอายุ : 29 พฤศจิกายน 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภดร สุทธิรักษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงราตรี สุว้างจิตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 493-499/2023

Title : The Relationships between Health Beliefs, Self-efficacy and Coronary heart disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension.

Principal Investigator : Miss. Sireeruk Wayobut

Responsible Department : Faculty of Nursing

Research site : Chronic Noncommunicable Disease Clinic, Samakhi Center, Maha Sarakham Hospital

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 30 November 2023

expire : 29 November 2024

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)
Chairman



โรงพยาบาลมหาสารคาม
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
The Relationships between Health Beliefs, Self-efficacy and Coronary heart disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension

เลขที่โครงการวิจัย : MSKH_REC ๒๕-๐๒-๐๐๑๒

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสิริวัตร วัฒโนบุตร

สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรอง : ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์
๓. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัยหรือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
๔. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และขอให้รักษารายงานการนำของโครงการวิจัยทุก ๑ ปีและส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๓ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายอนันต์ ฐิติพรณกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลมหาสารคาม

COA No ๒๕/๐๐๑๒
MSKH_REC ๒๕-๐๒-๐๐๑๒

วันที่รับรอง : วันที่ ๒๓ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
วันหมดอายุ : วันที่ ๒๒ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ชั้น ๒ อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ๑๖๘ ถนนมรุพงษ์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๔๕๗๙๔ ๐๒๑๓๓ ต่อ ๔๒๐ โทรสาร ๐ ๔๕๗๓๓ ๔๔๓๓



Mahasarakham hospital

Ministry of Public Health

Address 168, Phadungwithi Road, Muang District, Mahasarakham Province

Zip code 44000, Thailand, Tel 0 4371 1750

Certificate of Approval

The Research Ethics Committee of the Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : The Relationships between Health Beliefs, Self-efficacy and Coronary heart disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension

Study Code : MSKH_REC 67-02-002

Principal Investigator : Sreeruk Wayobut

Study Center : Mahasarakham University

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

(Tanin Titipungul, MD)

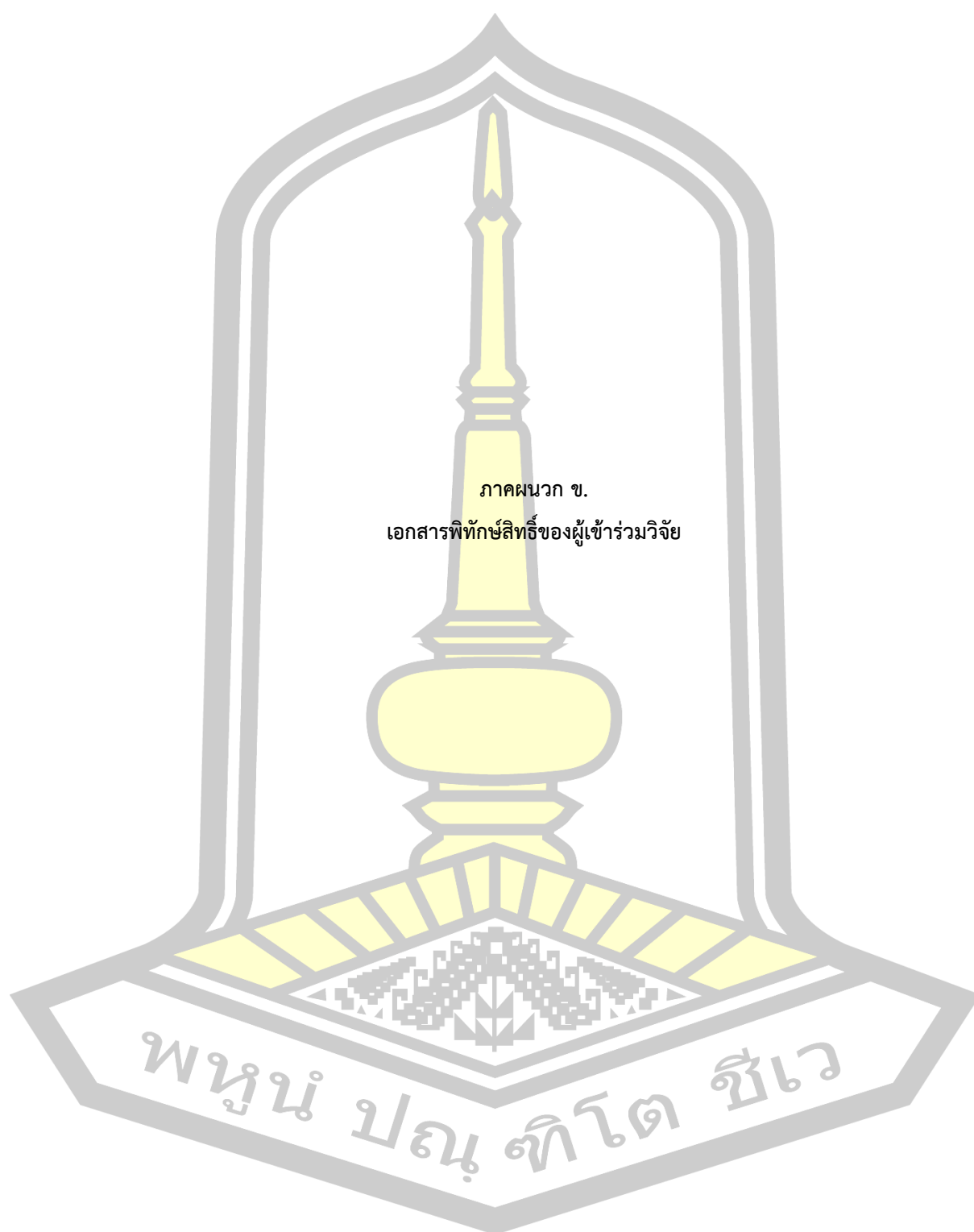
Chairperson The Research Ethics Committee

COA No : 67/002

Date of Approval : 23 January 2024

MSKH_REC : 67-02-002

Approval Expire Date : 22 January 2025



เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้านางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (The Relationships between Health Beliefs, Self-efficacy and Coronary heart disease Prevention Behaviors among Patients with Uncontrolled Hypertension)” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อหน่วยงานได้ข้อมูลจากการวิจัยและเป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลมหาสารคาม”

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็น ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน จำนวน 65 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที จะขอรับแบบสอบถามคืนโดยแจ้งผู้วิจัยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

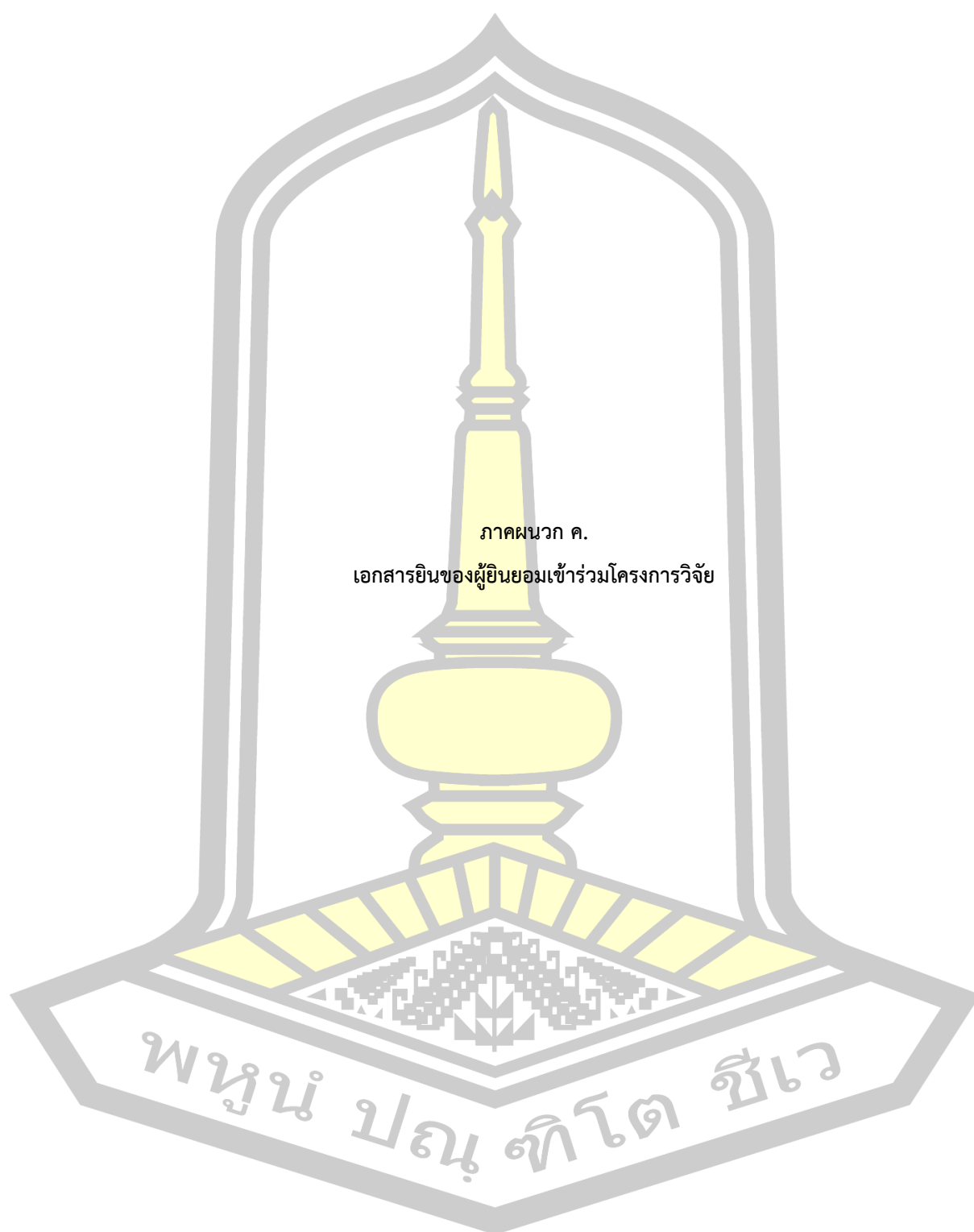
การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 096-1572365

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร)

ผู้วิจัย



แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด.....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจากนางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการกระบวนการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

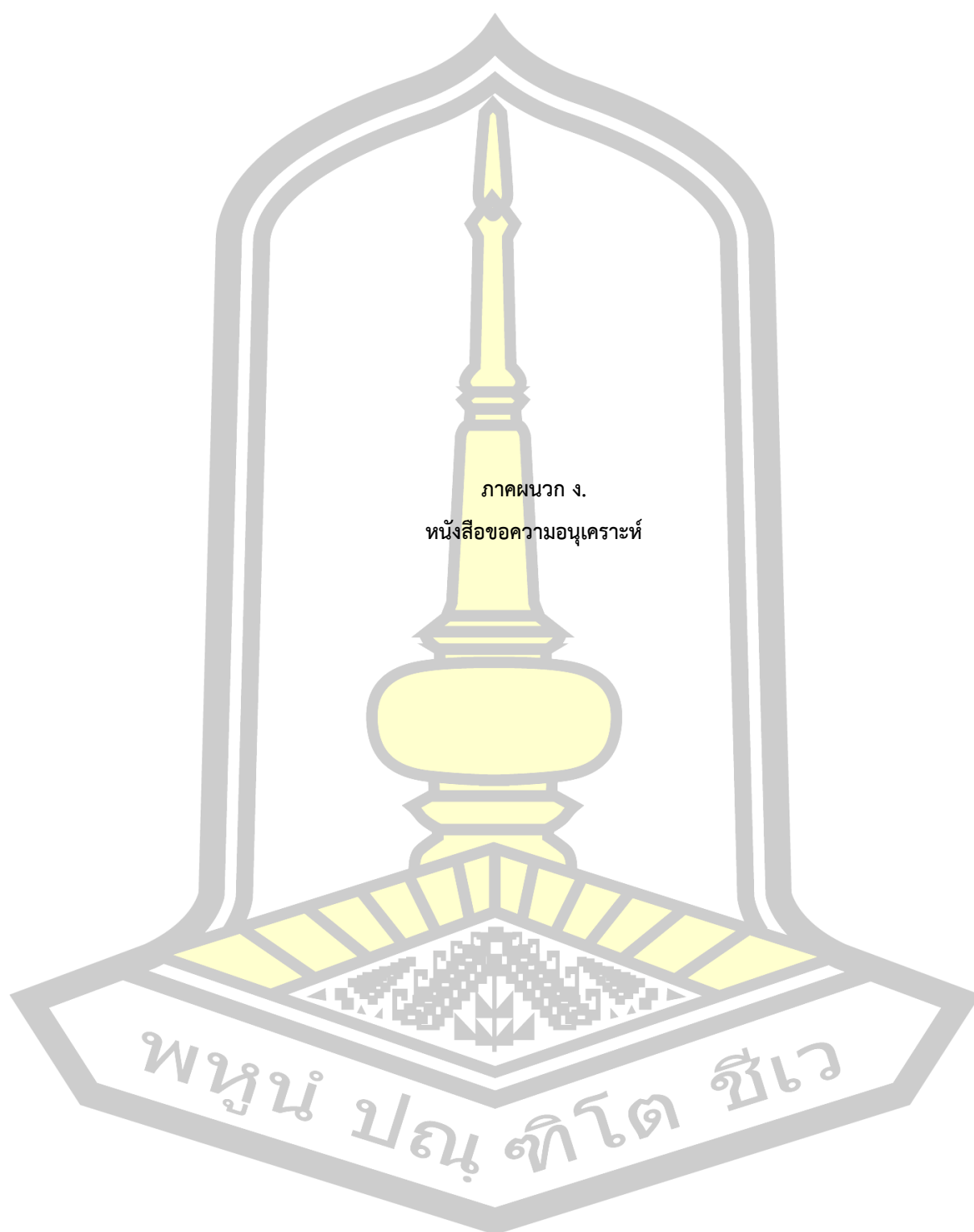
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร)

วันที่.....





ที่ อว 0605.11/ 1540

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๐ กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วย นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา
วงศ์พิริโยธธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
แพทย์หญิงกิตติยา ตียากักดี ตำแหน่งแพทย์หญิงชำนาญเฉพาะทาง สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ บุคลากร
ในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากร
ของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาคำตรรกะความตรงตามเนื้อหาของ
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรณ ก้วนหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธธา โทร. 080-4013636

ชื่อนิสิต นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร โทร. 096-1572365 email: 64010481006@msu.ac.th

ที่ อว 0605.11/1321



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

10 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ด้วย นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา
วงศ์พิริยโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมปอง พะมุสิลา อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากร
ของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาคำตรรกะความตรงตามเนื้อหาของ
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636

ชื่อนิสิต นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร โทร. 096-1572365 email: 64010481006@msu.ac.th

ที่ ฮว 0605.11/ 1342



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

10 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วย นางสาวสิริรัช วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา
วงศ์พิริยโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นางรุ่งนภา
ธัญญา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่อง
ดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากร
ของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าตรงตามเนื้อหาของ
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้วนหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636

ชื่อนิสิต นางสาวสิริรัช วาโยบุตร โทร. 096-1572365 email: 64010481006@msu.ac.th

ที่ อว 0605.11/1544



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๐ กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วย นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริโยธยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่านางพุทธกัญญา นารณศิลป์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริโยธยา โทร. 080-4013636

ชื่อนิสิต นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร โทร. 096-1572365 email: 64010481006@msu.ac.th



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2388

ที่ อว 0605.11/1949

วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์

ด้วย นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรธร ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ อว 0605.11/188



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๑ มกราคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอข้อมูลเพื่อประกอบในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วยนางสาวสิริวัฑฒ์ วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วังศ์พิริโยธิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้
นางสาวสิริวัฑฒ์ วาโยบุตร ขอข้อมูลสถิติยอดจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อใช้ประกอบในการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

ผู้ประสานงาน นางสาวสิริวัฑฒ์ วาโยบุตร โทร. 096-1572365

ที่ อว 0605.11/2240



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

19 ธันวาคม 2566

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครร่างวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวสิริวิทย์ วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเป็นการคัดเลือกและให้ผู้ป่วยตอบคำถามที่แบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 493-499/2566 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 เรียบร้อยแล้ว

ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสิริวิทย์ วาโยบุตร เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่านในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธยา เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 080-4013636

ชื่อ นิสิต นางสาวสิริวิทย์ วาโยบุตร เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 096-1572365 email: reerukwayo@gmail.com

ที่ อว 0605.11/2566



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลบึงเมือง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

19 ธันวาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วย นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 80 คน โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเป็นการคัดเลือกและให้ผู้ป่วยตอบคำถาม ที่แบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 493-499/2566 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระหว่างเดือน เมษายน - กันยายน 2567 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

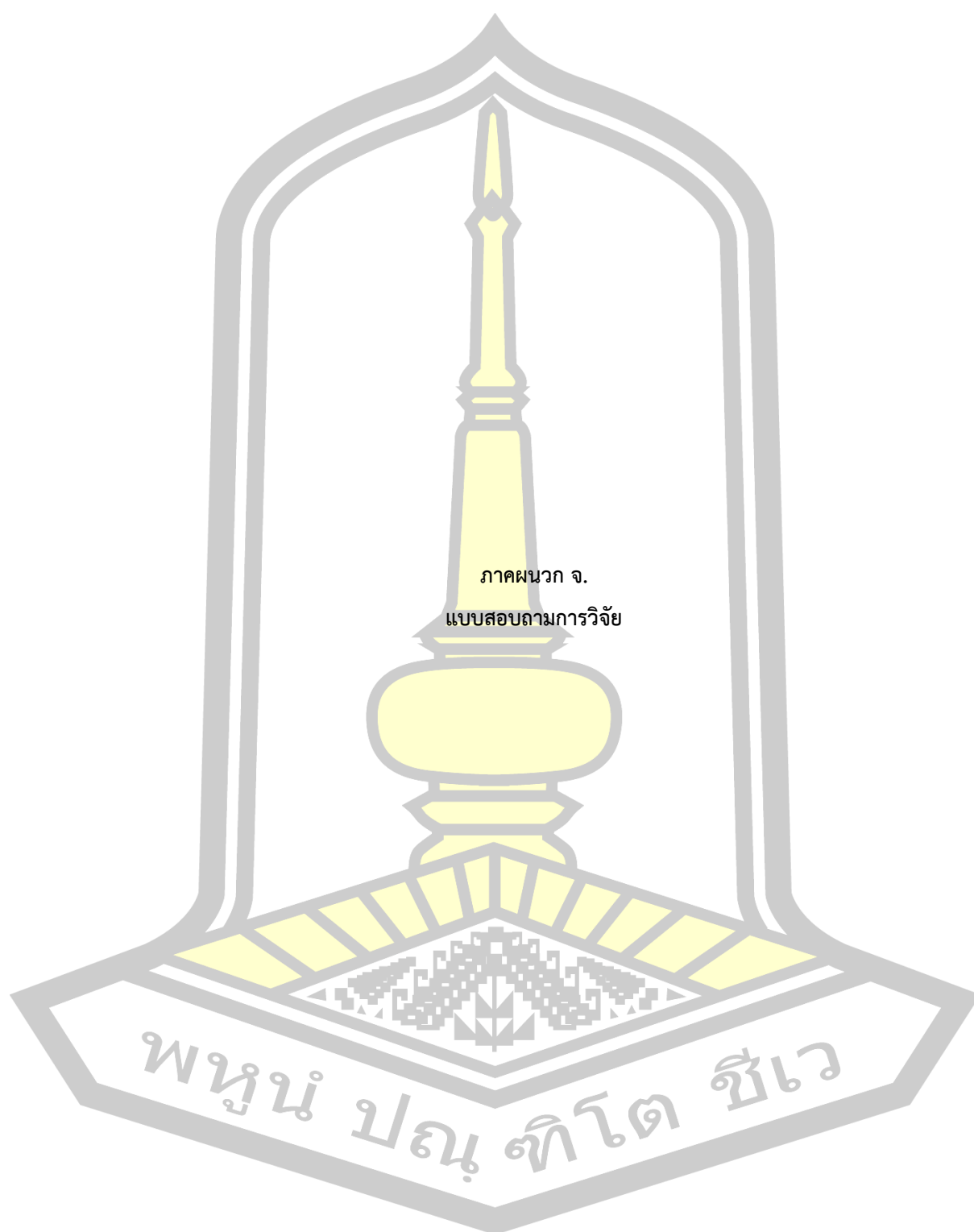
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขาธิการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 080-4013636

ชื่อนิสิต นางสาวสิริรักษ์ วาโยบุตร เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 096-1572365 email: seenuk.wayod@gmail.com



แบบสอบถามงานวิจัย

ID.....

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ และเติมคำในช่องว่าง หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ 1) โสด ☐ 2) คู่/อยู่ด้วยกัน ☐ 3) หม้าย/หย่า ☐ 4) แยกกันอยู่ ☐ 5) อื่น ๆ
(ระบุ).....

4. ประกอบอาชีพ

☐ 1) เกษตรกร ☐ 2) ค้าขาย ☐ 3) งานบ้าน ☐ 4) รับจ้าง
☐ 5) ข้าราชการ ☐ 6) รัฐวิสาหกิจ ☐ 7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 8) อื่น ๆ

5. ระดับการศึกษา

☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 5) ปวส./อนุปริญญา ☐ 6)ปริญญาตรี
☐ 7) สูงกว่าปริญญาตรี

6. ประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง

☐ 1) เคย ☐ 2) ไม่เคย

7. จำนวนยาที่ใช้ควบคุมระดับความดันโลหิต

☐ 1) 1 ชนิด ☐ 2) 2 ชนิด ☐ 3) 3 ชนิด
☐ 4) มากกว่า 3 ชนิด ☐ 5) ไม่ได้รับประทานยา

8. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

9. รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท/เดือน

10. ประวัติการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

☐ 1) ไม่สูบบุหรี่ ☐ 2) สูบบุหรี่

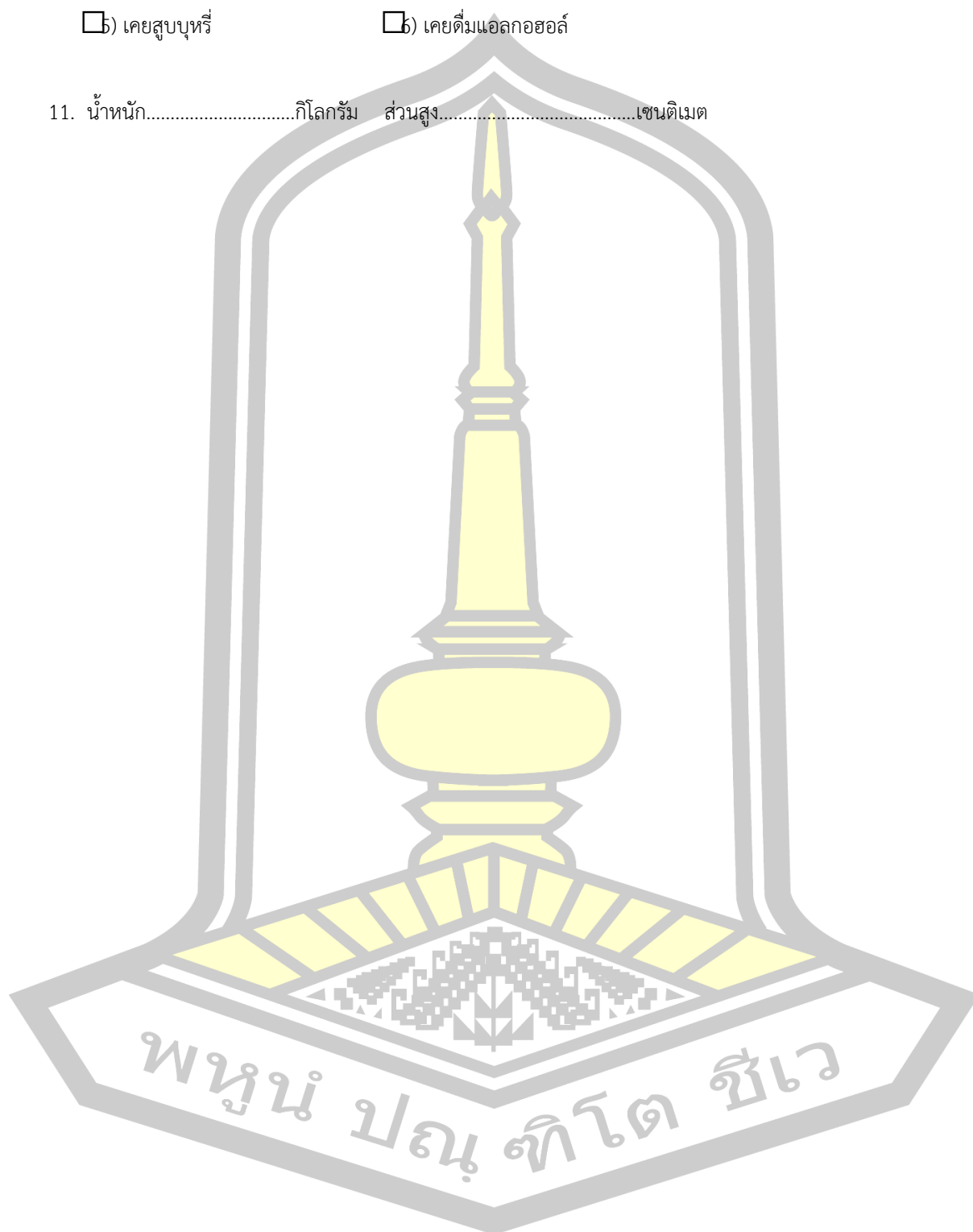
☐3) ไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

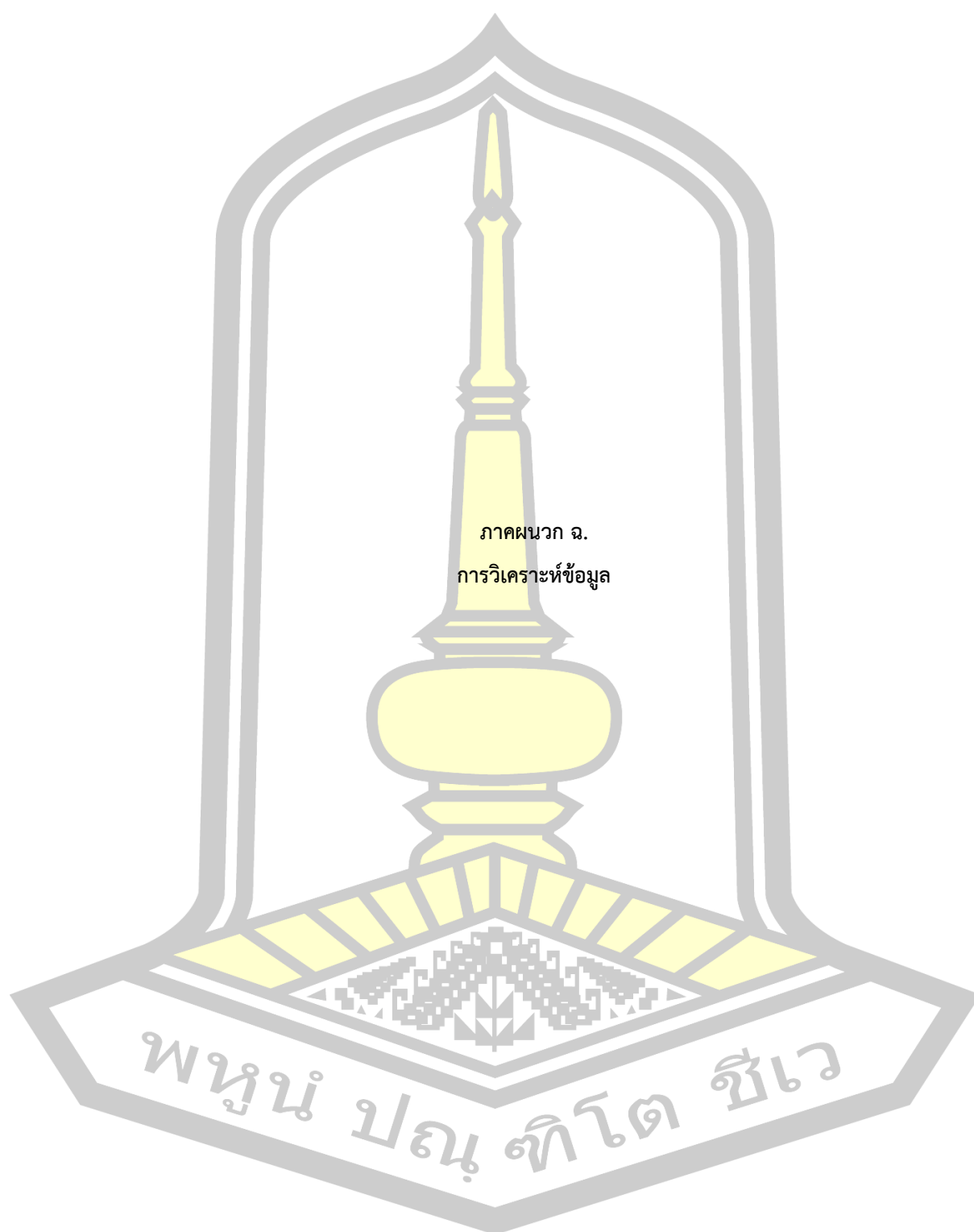
☐4) ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

☐5) เคยสูบบุหรี่

☐6) เคยตีแอลกอฮอล์

11. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

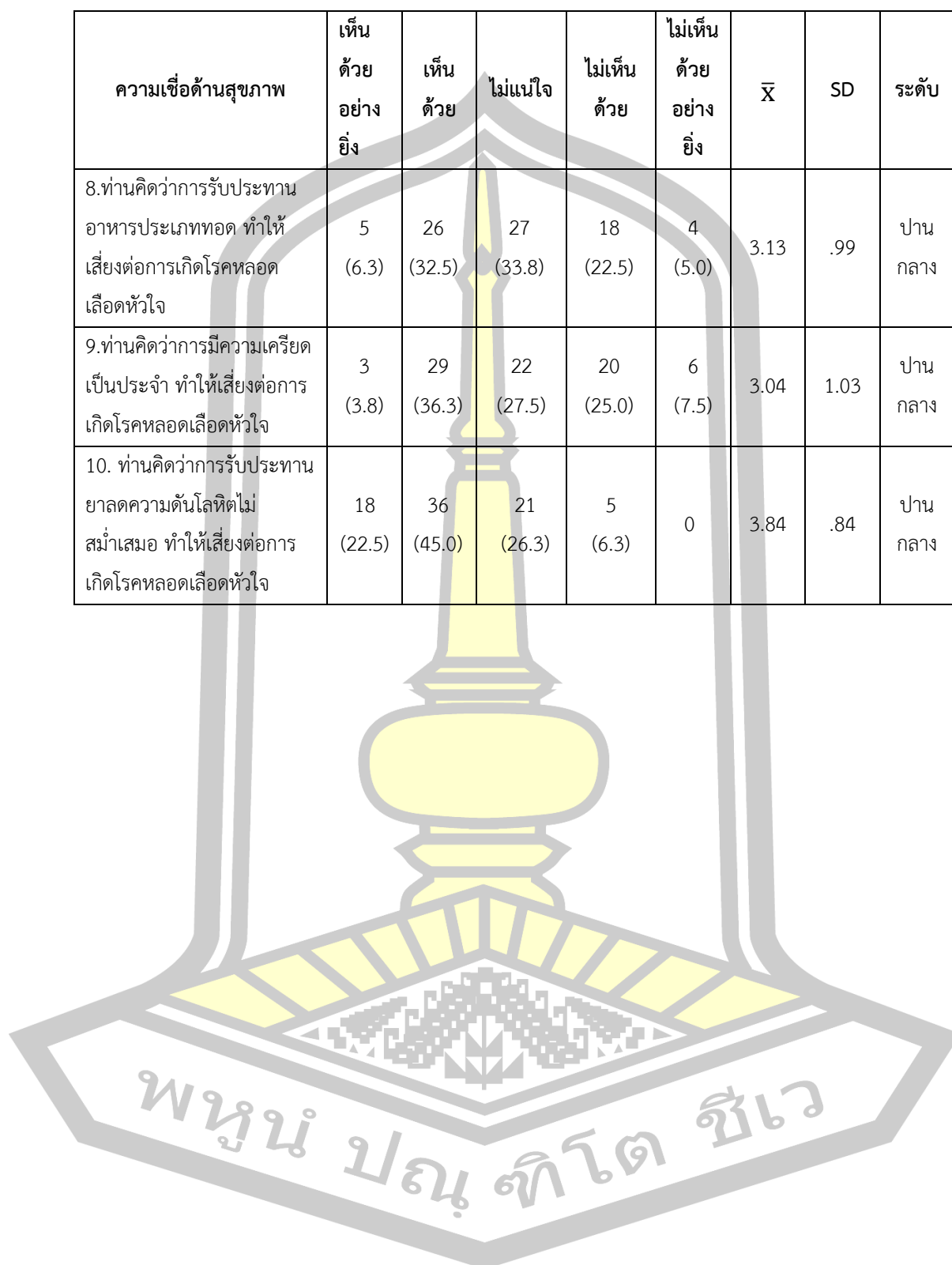




ตารางภาคผนวกที่ ฉ-1.1 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้าน
สุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ (n=80)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ						3.08	.42	ปาน กลาง
1. ท่านคิดว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	2 (2.4)	14 (17.5)	35 (43.8)	23 (28.8)	6 (7.5)	2.79	.91	ปาน กลาง
2. ท่านคิดว่าระดับความดันโลหิตที่สูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	1 (1.3)	6 (7.5)	27 (33.8)	35 (43.8)	11 (13.8)	2.39	.86	ปาน กลาง
3. ท่านคิดว่าการมีไขมันในเลือดสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	9 (11.3)	32 (40.0)	24 (30.0)	12 (15.0)	3 (3.8)	3.40	1.00	ปาน กลาง
4. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	9 (11.3)	31 (38.8)	13 (16.3)	16 (20.0)	11 (13.8)	3.14	1.2	ปาน กลาง
5. ท่านคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	5 (6.3)	30 (37.5)	19 (23.8)	17 (21.3)	9 (11.3)	3.06	1.1	ปาน กลาง
6. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายน้อย 3 วัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	1 (1.3)	5 (6.3)	42 (52.5)	31 (38.8)	1 (1.3)	2.68	.67	ปาน กลาง
7. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูงจากเนื้อสัตว์ อาหารทะเล และอาหารที่มีกะทิ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	3 (3.8)	34 (42.5)	31 (38.8)	12 (15.0)	0	3.35	.78	ปาน กลาง

ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
8.ท่านคิดว่าการรับประทาน อาหารประเภททอด ทำให้ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	5 (6.3)	26 (32.5)	27 (33.8)	18 (22.5)	4 (5.0)	3.13	.99	ปาน กลาง
9.ท่านคิดว่าการมีความเครียด เป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	3 (3.8)	29 (36.3)	22 (27.5)	20 (25.0)	6 (7.5)	3.04	1.03	ปาน กลาง
10. ท่านคิดว่าการรับประทาน ยาลดความดันโลหิตไม่ สม่ำเสมอ ทำให้เสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	18 (22.5)	36 (45.0)	21 (26.3)	5 (6.3)	0	3.84	.84	ปาน กลาง



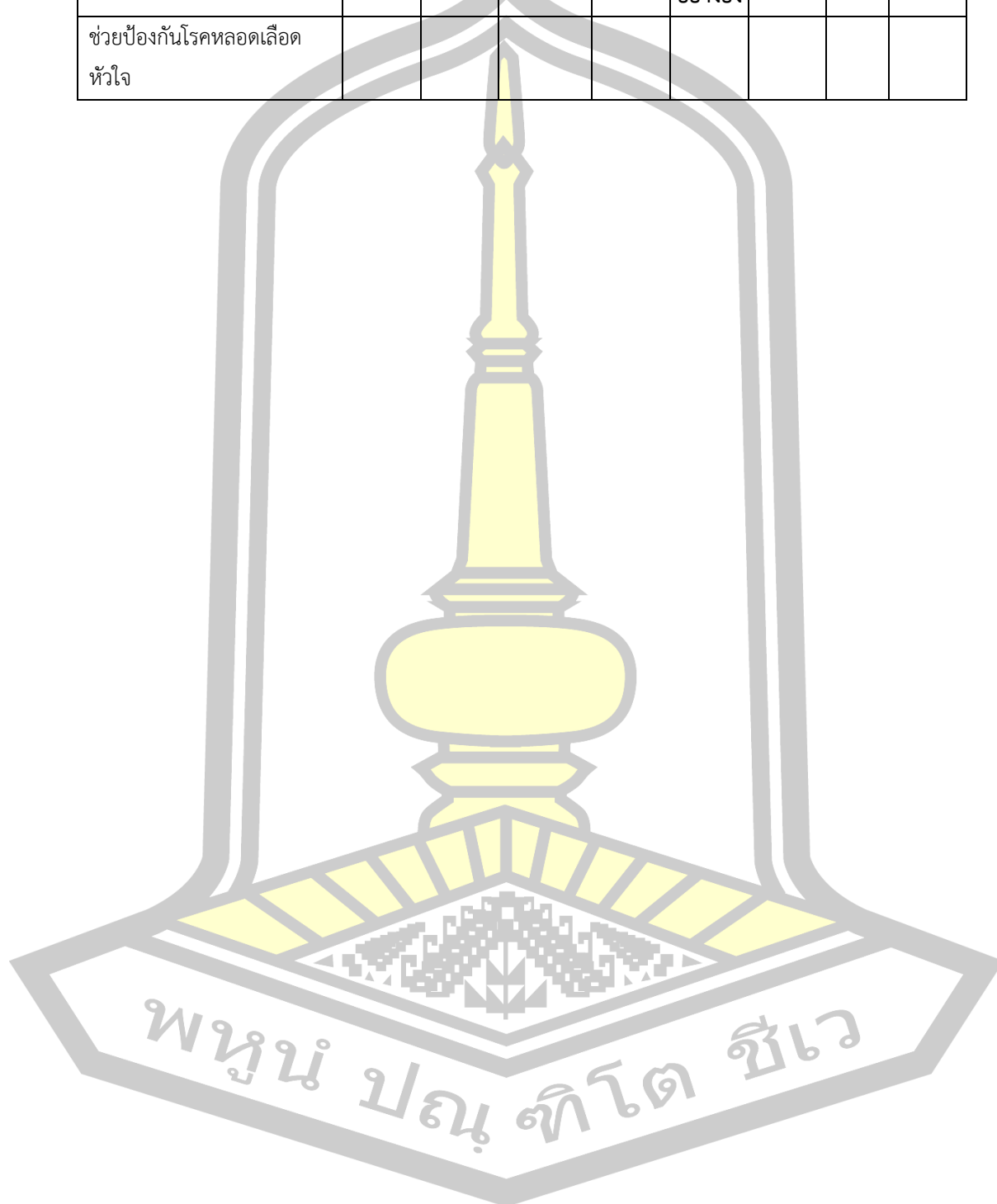
ตารางภาคผนวกที่ ฉ-1.2 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความ
 เชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ
 (n=80)

การรับรู้	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	X	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ						3.53	.58	ปานกลาง
1. โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ หัวใจหยุดเต้นกระทันหันได้	20 (25.0)	44 (55.0)	13 (16.3)	3 (3.8)	0	4.01	.75	สูง
2. โรคหลอดเลือดหัวใจ อาจทำ ให้เสียชีวิตเฉียบพลันได้	23 (28.8)	36 (45.0)	14 (17.5)	7 (8.8)	0	3.94	.90	สูง
3. โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มี อาการแน่นหน้าอกจนหายใจไม่ สะดวกและเสียชีวิตได้	20 (25.0)	33 (41.3)	22 (27.5)	5 (6.3)	0	3.85	.87	สูง
4. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือด หัวใจ ที่มีอาการเจ็บแน่น หน้าอกเฉียบพลันไม่ต้องรีบไป โรงพยาบาล รอการรักษาได้	11 (13.8)	14 (17.5)	24 (30.0)	27 (33.8)	4 (5.0)	2.99	1.13	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือด หัวใจอุดตันมาก ต้องได้รับการ ผ่าตัดทันที	5 (6.3)	28 (35.0)	23 (28.8)	23 (28.8)	1 (1.3)	3.16	.96	ปานกลาง
6. โรคหลอดเลือดหัวใจเป็น สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ ล้มเหลวและหัวใจเต้นผิดจังหวะ	14 (17.5)	20 (25.0)	23 (28.8)	19 (23.8)	4 (5.0)	3.26	1.15	ปานกลาง

ตารางภาคผนวกที่ ฉ-1.3 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อมั่นด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ (n=80)

การรับรู้	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	X	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ						3.20	.45	ปานกลาง
1. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงหรืองดสูบบุหรี่ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	16 (20.0)	27 (33.8)	15 (18.8)	14 (17.5)	8 (10)	3.36	1.26	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	17 (21.3)	22 (27.5)	20 (25.0)	14 (17.5)	7 (8.8)	3.35	1.24	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	2 (2.5)	18 (22.5)	29 (36.3)	30 (37.5)	1 (1.3)	2.88	.86	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่มีเกอทิ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	14 (17.5)	23 (28.8)	22 (27.5)	17 (21.3)	4 (5.0)	3.32	1.14	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารเค็ม ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	15 (18.6)	40 (50.0)	21 (26.3)	1 (1.3)	3 (3.8)	2.06	.73	ต่ำ
6. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่มีรสหวานน้อย ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	8 (10)	16 (20.0)	30 (37.5)	22 (27.5)	4 (5.0)	2.83	.80	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่าการผ่อนคลายความเครียด ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	16 (20.0)	40 (50.0)	15 (18.8)	5 (6.3)	4 (5.0)	3.74	1.01	สูง
8. ท่านคิดว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ	30 (37.5)	33 (41.3)	15 (18.8)	2 (2.5)	0	4.14	.80	สูง

การรับรู้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	X	SD	ระ ดับ
ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจ								



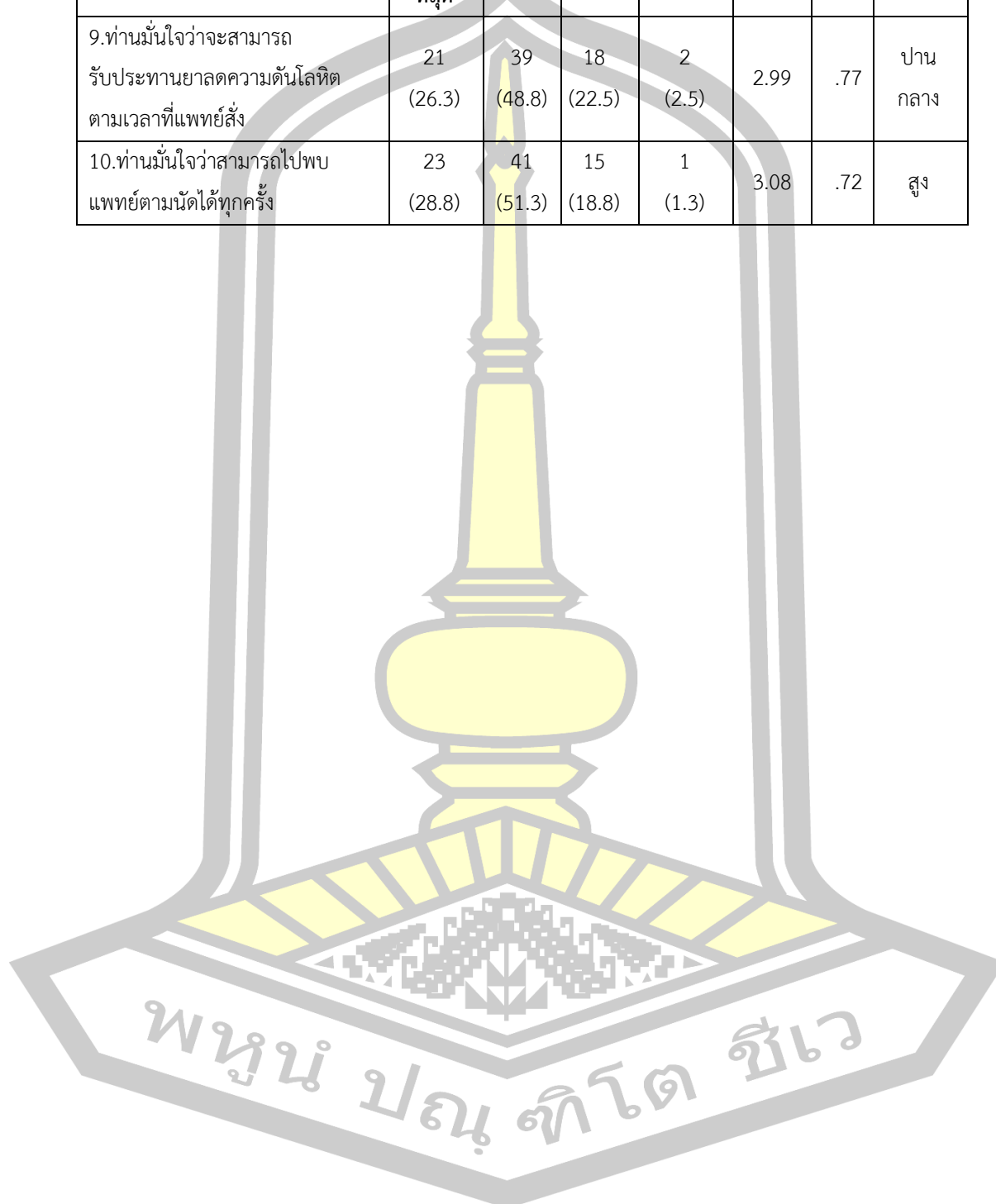
ตารางภาคผนวกที่ ฉ-1.4 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้าน
สุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ
(n=80)

การรับรู้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	X	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ						3.84	.43	สูง
1. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่หรือการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	24 (30.0)	27 (33.8)	19 (23.8)	10 (12.5)	0	3.81	1.0	สูง
2. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เป็นต้น เป็นเรื่องที่ได้ยาก	28 (35.0)	6 (7.5)	6 (7.5)	22 (27.5)	18 (22.5)	3.05	1.63	ปานกลาง
3. ท่านมีเวลาไม่เพียงพอที่จะออกกำลังกาย	33 (41.3)	44 (55.0)	3 (3.8)	0	0	4.34	.67	สูง
4. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่มีกะทิ เป็นเรื่องที่ได้ยาก	31 (38.8)	45 (56.3)	1 (1.3)	3 (3.8)	0	4.30	.68	สูง
5. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีเครื่องปรุงรสทำได้ยาก	31 (38.8)	42 (52.5)	5 (6.3)	2 (2.5)	0	4.19	.91	สูง
6. ท่านคิดว่า ท่านขาดที่ปรึกษาเมื่อมีความเครียด	7 (8.8)	41 (51.3)	15 (18.8)	17 (21.3)	0	3.48	.92	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง เป็นเรื่องที่ได้ยาก	9 (11.3)	59 (73.8)	5 (10.0)	4 (5.0)	0	3.91	.64	สูง
8. ท่านคิดว่าการมาตรวจตามนัด เป็นเรื่องที่ได้ยาก	12 (15.0)	39 (48.8)	16 (20.0)	12 (15.0)	1 (1.3)	3.61	.96	ปานกลาง

ตารางภาคผนวกที่ ฉ-1.5 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายข้อ (n=80)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย	X	SD	ระดับ
1.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีบุหรี่	22 (27.5)	31 (38.8)	9 (11.3)	18 (22.5)	2.71	1.10	ปานกลาง
2.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เป็นต้น	49 (61.3)	5 (6.3)	11 (13.8)	15 (18.8)	3.10	1.22	สูง
3.ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกาย วันละ 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 5 ต่อสัปดาห์ ถึงแม้ว่าท่านจะเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานมาแล้วก็ตาม	1 (1.3)	2 (2.5)	51 (63.8)	26 (32.5)	1.72	.57	ต่ำ
4.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีกะทิและอาหารทะเลได้	10 (12.5)	23 (28.8)	36 (45.0)	11 (13.8)	2.40	.88	ปานกลาง
5.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถประกอบอาหารด้วยตนเอง โดยควบคุมปริมาณเครื่องปรุงรสเค็มจัดได้ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำปลาร้า เกลือ เป็นต้น	0	2 (2.5)	41 (51.3)	37 (46.3)	1.56	.54	ต่ำ
6.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย หรือผลไม้ที่ไม่สุกมากได้ เช่น ส้ม กล้วย ฝรั่ง แก้วมังกร ชมพู เป็นต้น	4 (5.0)	25 (31.3)	38 (47.5)	13 (16.3)	2.25	.78	ปานกลาง
7.ท่านมั่นใจว่าหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เช่น เต้าเจี้ยว ผักกาดดอง ผักกะหล่ำดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น	18 (22.5)	51 (63.8)	8 (10.0)	3 (3.8)	3.05	.69	สูง
8.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับความเครียดและมีวิธีผ่อนคลายความเครียด	13 (16.3)	50 (62.5)	16 (20.0)	1(1.3)	2.94	.64	ปานกลาง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย	X	SD	ระดับ
9.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถ รับประทานยาลดความดันโลหิต ตามเวลาที่แพทย์สั่ง	21 (26.3)	39 (48.8)	18 (22.5)	2 (2.5)	2.99	.77	ปาน กลาง
10.ท่านมั่นใจว่าสามารถไปพบ แพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง	23 (28.8)	41 (51.3)	15 (18.8)	1 (1.3)	3.08	.72	สูง

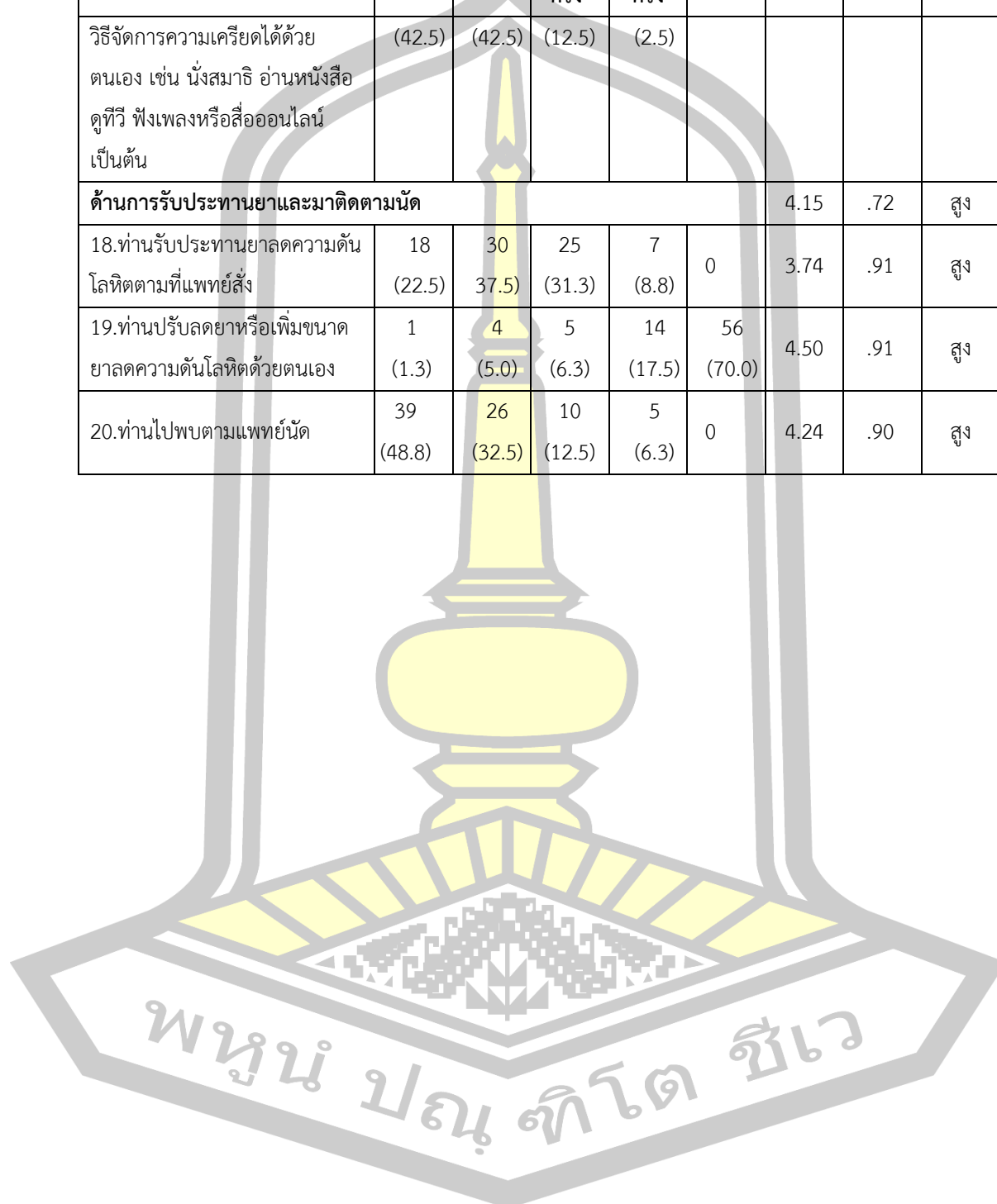


ตารางภาคผนวกที่ ฉ-1.5 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านและรายข้อ (n=80)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือด	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	X	SD	ระดับ
ด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						3.53	1.32	ปานกลาง
1. ท่านสูบบุหรี่	17 (21.3)	0	2 (2.5)	1 (1.2)	60 (75)	4.09	1.64	สูง
2. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	24 (30)	22 (27.5)	18 (22.5)	9 (11.3)	7 (8.8)	2.41	1.27	ปานกลาง
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เป็นต้น	10 (12.5)	6 (7.5)	4 (5.0)	5 (6.3)	55 (68.8)	4.11	1.47	สูง
ด้านการออกกำลังกาย						2.67	.72	ปานกลาง
4. ท่านออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมออกแรงจนเหงื่อออกครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน เป็นต้น	1 (1.3)	2 (2.5)	7 (8.8)	44 (55.0)	26 (32.5)	1.85	.78	ต่ำ
5. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก	10 (12.5)	19 (23.8)	31 (38.8)	19 (23.8)	1 (1.3)	3.23	.99	ปานกลาง
6.ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย แต่สามารถพูดเป็นคำ ๆ ได้	6 (7.5)	18 (22.5)	25 (31.3)	29 (36.3)	2 (2.5)	2.96	.99	ปานกลาง
ด้านการรับประทานอาหาร						2.86	.45	ปานกลาง
7.ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู หมูสามชั้น เครื่องในไก่	1 (1.3)	12 (15.0)	28 (35.0)	35 (43.8)	4 (5.0)	2.64	.84	ปานกลาง
8.ท่านรับประทานอาหาร	3	16	19	41	1	3.26	.92	ปาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	X	SD	ระดับ
ทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยแมลงภู่ หอยแครง เป็นต้น	(3.8)	(20.0)	(23.8)	(51.3)	(1.3)			กลาง
9.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น พะแนง แกงเขียวหวาน แกงส้มข่าไก่ บัวลอย ลอดช่อง ครองแครง เป็นต้น	5 (6.3)	27 (33.8)	18 (22.5)	30 (37.5)	0	2.91	.92	ปานกลาง
10.ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม ลวก นึ่ง ตุ่น	10 (12.5)	36 (45.0)	27 (33.8)	7 (8.8)	0	3.61	.81	ปานกลาง
11.ท่านรับประทานที่มีธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ลูกเดือย ถั่วเหลือง ถั่วดำ งา เป็นต้น	0	2 (2.5)	4 (5.0)	36 (45.0)	38 (47.5)	1.63	.70	ต่ำ
12.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องปรุงรสเค็มจัด เช่น น้ำปลา ซิอิ้ว น้ำปลาร้า เกลือ เป็นต้น	0	1 (1.3)	13 (16.3)	48 (60.0)	18 (22.5)	1.96	.66	ต่ำ
13. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เช่น เต้าเจี้ยว ผักกาดดอง ผักกะหล่ำดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น	14 (17.5)	31 (38.8)	19 (23.8)	12 (15.0)	4 (5.0)	3.49	1.10	ปานกลาง
14. ท่านรับประทานผักใบเขียว และผลไม้รสไม่หวาน เช่น ส้มกล้วย ฝรั่ง แก้วมังกร ชมพู เป็นต้น	6 (7.5)	30 (37.5)	36 (45.0)	8 (10.0)	0	3.43	.77	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด						4.14	.67	สูง
15.ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	29 (36.3)	39 (48.8)	8 (10.0)	4 (5.0)	0	4.16	.80	สูง
16.ท่านมีความเครียดท่านปรึกษาบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้วางใจได้ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิทญาติ เพื่อนบ้าน เป็นต้น	27 (33.8)	35 (43.8)	10 (12.5)	8 (10.0)	0	4.01	.93	สูง
17.เมื่อท่านมีความเครียด ท่านมี	34	34	10	2	0	4.25	.77	สูง

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือด	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	X	SD	ระดับ
วิธีจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง เช่น นั่งสมาธิ อ่านหนังสือ ดูทีวี ฟังเพลงหรือสื่อออนไลน์ เป็นต้น	(42.5)	(42.5)	(12.5)	(2.5)				
ด้านการรับประทานยาและมาติดตามนัด						4.15	.72	สูง
18.ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตตามที่แพทย์สั่ง	18 (22.5)	30 (37.5)	25 (31.3)	7 (8.8)	0	3.74	.91	สูง
19.ท่านปรับลดยาหรือเพิ่มขนาดยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง	1 (1.3)	4 (5.0)	5 (6.3)	14 (17.5)	56 (70.0)	4.50	.91	สูง
20.ท่านไปพบตามแพทย์นัด	39 (48.8)	26 (32.5)	10 (12.5)	5 (6.3)	0	4.24	.90	สูง



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	สิริรักษ์ วาโยบุตร
วันเกิด	30 เมษายน 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	11 หมู่ 10 ตำบลท่าตูม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	พ.ศ. 2560-2564 หอผู้ป่วยวิกฤต ร.พ. เปาโลสมุทรปราการ พ.ศ. 2565-2566 หอผู้ป่วยวิกฤต ร.พ. มหาสารคาม อินเตอร์เนชั่นแนล ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2560 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สยาม พ.ศ. 2567 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
ทุนวิจัย	-
ผลงานวิจัย	-

พูน ปณ ทัต ชีเว