เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร

นนท์ ฑีฆะภรณ์, พัทธ์ธีรา รอดแสวง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร

Factors associated with cardiovascular disease prevention behaviors among the elderly in Dong Charoen District, Phichit Province.

นนท์ ฑีฆะภรณ์[1] พัทธ์ธีรา รอดแสวง[2]
[1,2]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร
Nont Teekaphorn[1] Pattera Rodsawang[2]
[1,2]Dong Charoen District Public Health Office, Phichit Province.

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การทุพพลภาพ และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ สถานการณ์ในพื้นที่อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 พบอุบัติการณ์ อัตราป่วย และอัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคจึงมีความสำคัญต่อการกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Research) ส่วนเชิงปริมาณใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอายุ 60–70 ปี จำนวน 299 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC = 0.98) และค่าความเที่ยง (KR-20 = 0.91, Cronbach's α = 0.89–0.93) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi-Square (χ^2) และ Pearson's Correlation Coefficient (r) ส่วนเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 15 คน วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=0.54, SD=0.48) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$=1.48, SD=.51) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=1.91, SD=0.48) โดยผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อาชีพ($\chi^2 = 19.928, p = .011$) และการมีโรคประจำตัว($\chi^2 = 6.224, p = .045$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ขณะที่อายุ เพศ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =0.074, 0.198 และ 0.416 ตามลำดับ) นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง ($r = .705, p = .022$) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงมาก ($r = .812, p = .007$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเสริมสร้างความรู้ ปรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรเน้นการออกแบบโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การจัดการอุปสรรคการดูแลตนเอง และการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค,ความรู้,แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Background: Cardiovascular disease is a major cause of morbidity, mortality, and disability among older adults. From 2023 to 2025, morbidity, mortality, and incidence of cardiovascular disease among older adults in Dong Charoen District showed increasing trends. These trends may be associated with health-risk behaviors and related factors. Therefore, this study was conducted to provide evidence for developing appropriate health promotion strategies and reducing the risk of cardiovascular disease among older adults.

Objectives: To examine knowledge, health beliefs, cardiovascular disease preventive behaviors, and factors associated with such behaviors among older adults

Methods: This mixed-methods study employed a cross-sectional descriptive design for the quantitative component, involving a sample of 299 elderly individuals aged 60–70 years selected through stratified and simple random sampling. The research instrument was a questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.98 and reliability coefficients of KR-20 = 0.91 and Cronbach's α = 0.89–0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, and hypotheses were tested using the Chi-Square (χ^2) test and Pearson's correlation coefficient (r). The qualitative component utilized focus group discussions with 15 key informants, followed by content analysis.

Results: The study found that the elderly possessed a moderate level of knowledge ($\bar{x}$=0.54, SD=0.48), a low level of overall health beliefs ($\bar{x}$=1.48, SD=0.51), and a moderate level of coronary heart disease prevention behaviors ($\bar{x}$=1.91, SD=0.48). Hypothesis testing revealed that occupation (χ^2=19.928, p=0.011) and the presence of underlying diseases (χ^2=6.224, p=0.045) were statistically significantly associated with disease prevention behaviors ($p<0.05$), whereas age, gender, and education level showed no statistically significant association with these behaviors (p = 0.074, 0.198, and 0.416, respectively). Furthermore, knowledge regarding coronary heart disease showed a high positive correlation (r=0.705, p=0.022), and health beliefs showed a very high positive correlation (r=0.812, p=0.007) with coronary heart disease prevention behaviors, both at a statistically significant level.

Conclusion: Knowledge and health beliefs were associated with cardiovascular disease preventive behaviors among older adults. These findings can guide the development of interventions to enhance health knowledge and preventive behaviors. Policy recommendations should focus on designing participatory learning programs, addressing barriers to self-care, and integrating collaboration among community health networks.

Keywords: Disease Prevention Behaviors, Cardiovascular Disease, Elderly

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases: CVDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก โดยประมาณร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization: WHO, 2025) ทั้งนี้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง การเข้าถึงอาหารผ่านระบบสั่งซื้อออนไลน์ การขาดการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารฟาสต์ฟู้ด ประกอบกับประชาชนยังเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลโรคได้ไม่ทั่วถึง รวมทั้งการดำเนินนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรคยังขาดความชัดเจน (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563; Nishtar, 2002) นอกจากนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคหลอดเลือดหัวใจจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดถึง 17 ล้านคน หรือร้อยละ 48 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด รองลงมา ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด และโรคเบาหวาน (กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากการลงทะเบียนกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ (Thai Registry in Acute Coronary Syndrome: TRACS) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.2 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 50.7 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.1 และประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9.3 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยที่ข้อมูลการเสียชีวิตของประเทศไทยพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 320,000 คนต่อปี หรือร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน (กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งจังหวัดพิจิตร พบอัตราป่วยตาย สาเหตุจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อแสนประชากร 35.66, 38.65 และ 57.66 ตามลำดับ อัตราป่วยต่อแสนประชากร 209.97, 221.74 และ 214.26 แสดงให้เห็นว่าตามสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นด้วย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง, 2569)

ปี 2566-2568 จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ของอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร มีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 27.01, 27.83, 29.49 ตามลำดับ จากปัญหาจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตามวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 39, 37, 45 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 1.00, 0.93, 1.10 อัตราผู้ป่วยตายโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.54, 0.63, 0.96 อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 0, 4, 15 ราย คิดเป็น 0, 21.28, 81.00 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เขตสุขภาพที่ 3, 2569) จากข้อมูลสถานการณ์ที่แสดงแนวโน้มอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทำนายที่สำคัญที่อาจมีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบริบทเฉพาะของพื้นที่อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ดังนั้นจึงศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ที่จะช่วยให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนามาตรการหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทชุมชน และมีประสิทธิภาพในการลดอัตราป่วยและอัตราตายในระยะยาว

วัตถุประสงค์

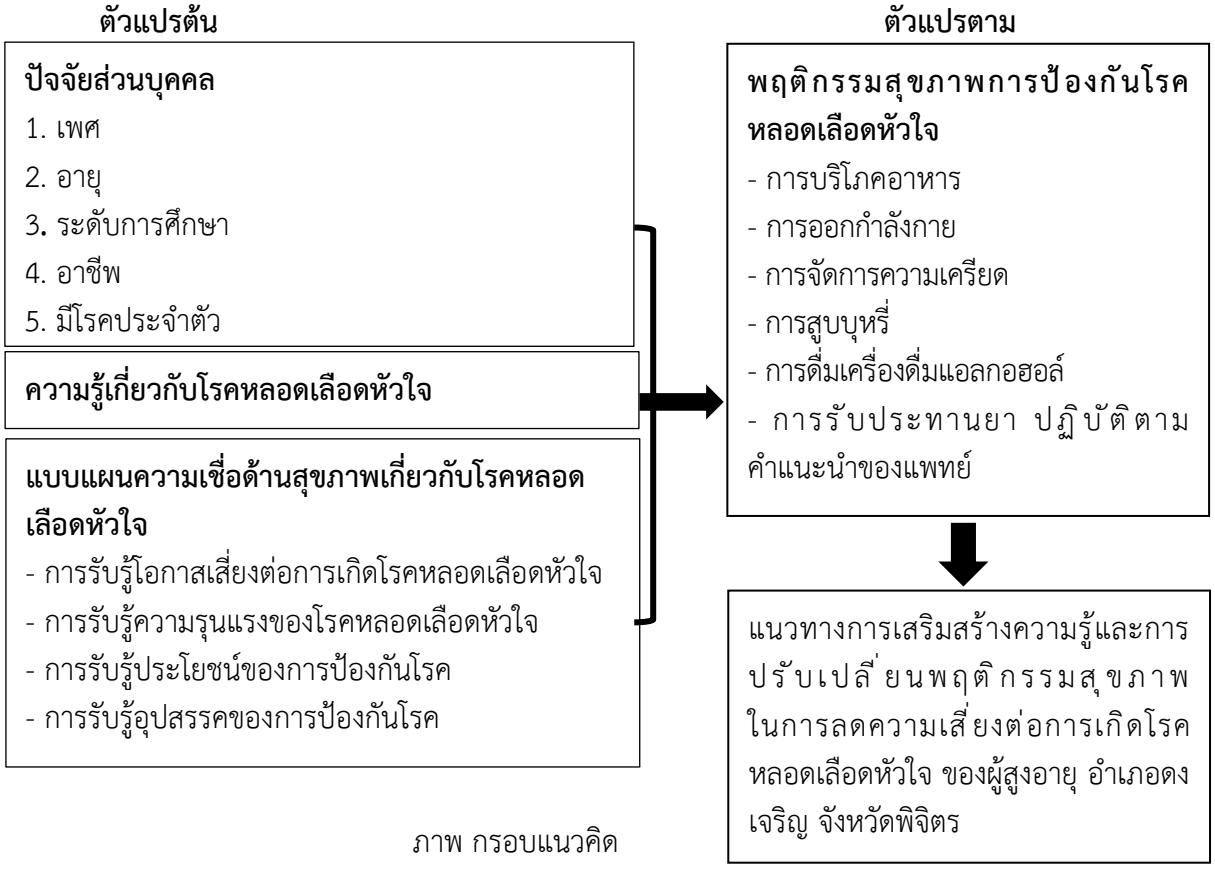
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model : HBM) ของ Rosenstock (1974) โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชนของการป้องกันโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ใช้กำหนดกรอบการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

- รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) การประกอบด้วยวิจัยเชิงปริมาณ คือการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

- ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 60-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร จำนวน 2,696 คน

- กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 60–70 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 272 คน โดยคำนวณตามสูตรของ Daniel (2010) และมีการสำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (จำนวน 27 คน) เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญเสียข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 299 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เริ่มจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อจัดสรรสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรในแต่ละตำบล ทั้งหมด 5 ตำบล จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่จากบัญชีรายชื่อประชากรในแต่ละพื้นที่ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามสัดส่วนที่กำหนด

- เครื่องมือ ผู้วิจัย ได้ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากรายงานการวิจัย รายงานวิชาการ และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง ประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำถามตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 0.68-1.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 0.34-0.67 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประเมินตามความคิดเห็น คือ มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและ เชิงลบ แปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Best (1977) คือ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประเมินตามความคิดเห็น คือ มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Best (1977) คือ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคไม่ติดต่อ ด้านสุขศึกษา และด้านสาธารณสุข ซึ่งเลือกข้อที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 โดยได้ค่า IOC ทั้งฉบับ=0.98 และทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงในพื้นที่อำเภอ ทับคล้อ จังหวัดพิจิตร เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยได้ค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ=0.91 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ=0.89 และแบบสอบถามแบบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ= 0.93

- การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือด และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Pearson Chi–square และ Pearson Correlation การแปลความหมายขนาดของความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Pearson Correlation อ้างอิงของ Bartz (1999)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Krippendorff (2018) เพื่อสรุปประเด็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางการเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2569 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ภายหลังได้รับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามภายหลังการเก็บข้อมูล หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์จะดำเนินการสอบถามเพิ่มเติมในกรณีที่สามารถดำเนินการได้

5. นำข้อมูลที่ได้มาบันทึก ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติตามสถิติที่กำหนดในการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.90 ด้านอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 66-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.54 (Min=60 Max=70 $\bar{X}$=66.59 SD=3.48) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.60 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 61.50 และด้านการมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 53.20

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=0.54, SD=0.48) โดยเรียงลำดับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และบริโภคอาหารหวานมัน เค็ม เพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$=0.78, SD=0.40) รองลงมา คือ ผู้ที่ควบคุมเบาหวานหรือความดันไม่ได้ มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=0.67, SD=0.47) และข้อน้อยที่สุด คือ การบริโภคข้าวกล้องช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$=0.30, SD=0.55) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (n= 299)

ความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\bar{x}$	*SD*	แปลผล
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.43	0.51	ระดับน้อย
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.28	0.62	ระดับน้อย
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.31	0.63	ระดับน้อย
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.91	0.27	ระดับปานกลาง
ภาพรวม	**1.48**	**0.51**	**ระดับน้อย**

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$=1.48, SD=0.51) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=1.91, SD=0.27) และน้อยที่สุด คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$=1.28, SD=0.62)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (n= 299)

พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\bar{x}$	*SD*	แปลผล
ด้านการบริโภคอาหาร	1.93	0.47	ระดับปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	1.93	0.49	ระดับปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	1.38	0.59	ระดับน้อย
ด้านการไม่สูบบุหรี่	2.66	0.38	ระดับสูง
ด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.68	0.36	ระดับสูง
ด้านการรับประทานยา ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	1.30	0.64	ระดับน้อย
ภาพรวม	**1.91**	**0.48**	**ระดับปานกลาง**

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=1.91, SD=0.48) โดยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=2.68, SD=0.36) และน้อยที่สุด คือ ด้านการรับประทานยา ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$=1.30, SD=0.64)

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (n= 299)

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	χ^2	p-value
เพศ	3.242	.198
อายุ	31.025	.074
ระดับการศึกษา	8.818	.416
อาชีพ	19.928	.011*
มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วม	6.224	.045*

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า อาชีพ และการมีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ส่วน อายุ เพศ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.074, .198, .416 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (n= 299)

ปัจจัยรายด้าน	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ		
	r	p-value	แปลผลความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	.705	.022*	เชิงบวกระดับสูง
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.812	.007*	เชิงบวกระดับสูงมาก

*p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (r=.705) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (r=.812)

ผลการสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางการเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร มีปัญหาระดับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการรับประทานยา ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อยู่ในระดับต่ำและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากการมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีอุปสรรคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และความเชื่อ จากผลระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย แรงจูงใจ สภาพร่างกาย ภาวะเศรษฐกิจ การสนับสนุนจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้น แนวทางที่เหมาะสมควรเน้นการเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายใต้หลัก **“ทำได้ง่าย ทำได้ต่อเนื่อง และทำร่วมกัน”** โดยอาศัยความร่วมมือของผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านการให้ความรู้ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การเยี่ยมบ้าน และการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ซึ่งผลจากการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ขณะที่พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขภาพ วิถีชีวิตเดิม แรงจูงใจ ความสามารถในการจัดการตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ หากการรับรู้ยังไม่เพียงพอ พฤติกรรมการป้องกันโรคย่อมเกิดขึ้นได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของวารุณี เชี่ยงฉิน และคณะ (2566) และ ชินาธิปนิสสะ และคณะ (2564) ที่พบว่าความรู้

และการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Shojaei, Farhadloo, Aein และ Vahedian (2016) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ซึ่งผลจากการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง และมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย โดยผู้สูงอายุมีความรู้ดี เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม แต่ยังขาดความรู้ด้านโภชนาการ เช่น การรับประทานข้าวกล้อง อาจเนื่องมาจากการรณรงค์ที่มุ่งเน้นการสื่อสารเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าความรู้เชิงลึกด้านโภชนาการ ส่งผลให้ระดับความรู้อยู่เพียงระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าความรู้เป็นพื้นฐานของการรับรู้และการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, 1974) และสอดคล้องกับทฤษฎี Self-Efficacy ของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าความรู้และความเชื่อมั่นในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยสอดคล้องกับงานวิจัย ของ วารุณี เชียงฉิน ศิริรัตน์ จำปีเรือง และวงศ์สิริ แจ่มฟ้า (2566) ที่พบว่าความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยตรง จึงไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงกว่าด้านอื่น อาจเนื่องจากมองว่าการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเป็นเรื่องปฏิบัติได้ยาก ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่อธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความเชื่อมั่นในตนเอง มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, 1974; Bandura, 1997) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุลย (2563) และ Díez-Villanueva et al. (2022) ที่พบว่าการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พบว่า อาชีพ และการมีโรคประจำตัวร่วม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ มีบทบาททางสังคม มีรายได้ และมีโอกาสดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า ขณะที่ผู้ที่มีโรคประจำตัวได้รับการติดตามรักษาและคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมกว่า ส่วน อายุ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง มีช่วงอายุค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ 60–70 ปี จึงมีลักษณะการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันมาก สำหรับเพศ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 62.90 แต่ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในบริบทชุมชนเดียวกัน และมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร การรณรงค์ และบริการส่งเสริมสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่แตกต่างกันตามเพศ ส่วนระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.60 ทำให้ข้อมูลด้านการศึกษามีความแปรปรวนค่อนข้างต่ำ ประกอบกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค อาจได้รับจากสื่อสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชนเพิ่มเติม จากการศึกษาจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ก็มิได้หมายความว่าอายุ เพศ และระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในทุกบริบท ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับลักษณะและการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ และการเข้าถึงบริการสุขภาพร่วมด้วย โดยความรู้

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น ทั้งนี้ผลดังกล่าวแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยยังไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้ แสดงว่าการมีความรู้ควบคู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค ช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่าความรู้ การรับรู้ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชินาธิป นิสสะ และคณะ (2564) และของ ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุลย์ (2563) ที่พบว่าความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ซึ่งผลจากการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากการมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีอุปสรรคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และความเชื่อ แรงจูงใจ สภาพร่างกาย ภาวะเศรษฐกิจ การสนับสนุนจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นแนวทางที่เหมาะสมควรเน้นการเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายใต้หลัก “ทำได้ง่าย ทำได้ต่อเนื่อง และทำร่วมกัน” โดยอาศัยความร่วมมือของผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านการให้ความรู้ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การเยี่ยมบ้าน และการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ จึงสามารถนำข้อมูลเป็นแนวทางพัฒนาส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนั้น จึงควรพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้แนวคิด **“ทำได้ง่าย ทำได้ต่อเนื่อง และทำร่วมกัน”** ผ่านกิจกรรมออกกำลังกาย การให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และการวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปรโดยใช้คะแนนรวม จึงยังไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยกวนที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงสามารถอธิบายได้เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา แต่ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลหรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระยะยาวได้ นอกจากนี้ ข้อมูลพฤติกรรมได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จึงอาจได้รับผลจากความจำและการตอบตามความคาดหวังของสังคม รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60–70 ปี ในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตรเท่านั้น

2. หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และการลดอุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียดให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

3. ควรพัฒนารูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การติดตามพฤติกรรม และการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบก่อนนำไปขยายผล

4. ควรเสนอผลการวิจัยต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพิจารณาใช้ประกอบการกำหนดนโยบายและวางแผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีปัจจัยเสี่ยง และพัฒนาระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งต่อ และติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปรเพื่อควบคุมปัจจัยกวน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ควรทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) หรือ Ordinal Logistic Regression เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding variables) และระบุปัจจัยทำนาย (Predictors) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง

2. ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ พร้อมทดสอบประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

3. ควรประเมินผลโปรแกรมในระยะยาว (Longitudinal evaluation) โดยติดตามความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ในระยะ 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมและประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

จริยธรรมวิจัย

ผ่านการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตามเอกสารรับรองเลขที่ REC 23/2569 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2569 โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2569 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ภายหลังได้รับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2569).ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จำนวน อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ปี 2566-2568 (รวม 4 โรค/ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือดสมอง/หลอดลมอักเสบ/ถุงลมโปงพอง). http://www.thaincd.com/2016/ mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020 สืบค้น 16 เมษายน 2569.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานผลการศึกษา โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

ชินาธิป นิสสะ, วาสนา จันทปัญญา และนิยม จันทร์นวล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 10(2); 138-147.

ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุลย. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 31(1); 27-45.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เขตสุขภาพที่ 3. (2569). รายงานมาตรฐาน สถานะสุขภาพ การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. https://hdc.moph.go.th/pct/public/standard- subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 สืบค้น 16 เมษายน 2569.

วารุณี เซี่ยงฉิน ศิริรัตน์ จำปีเรือง และ วงศ์สิริ แจ่มฟ้า. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. 7(3): 165-181.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กทม. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.

Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts* (4th ed.). Prentice Hall.

Best, J. W. (1977). Research in Education. 3rd ed. New Jersey : Prentice hall Inc.

Bloom, B.S. (1964). Taxonomy of Education Objectives, Handbook 1 : Cognitive Domain. New York : David Mekey.

Daniel W. W. (2010). Biostatistics: A foundation for analysis in health sciences. 8thh ed. New York,John Wiley&sons.

Díez-Villanueva, et al., (2022). Risk factors and cardiovascular disease in the elderly. Reviews in Cardiovascular Medicine, 23(6), 188. https://doi.org/10.31083/j.rcm2306188

Nishtar, S. (2002). Prevention of coronary heart disease in South Asia. The Lancet, 360(9338), 1015–1018. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11088-9

Rosenstock, I. M.. (1974). Historical origins of Health Belief Model. Health Education Monographs. 2 (Winter 1974), 328-338.

Shojaei S., Farhadloo R., Aein A., and Vahedian M. (2016). Effects of the Health Belief Model (HBM)-Based Educational Program on the Nutritional Knowledge and Behaviors of CABG Patients. The Journal of Tehran University Heart Center. 11(4) : 181-186. สืบค้น 16 เมษายน 2569

World Health Organization. (2025, July 31). *Cardiovascular diseases (CVDs).* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)