



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

Factors Affecting Coronary Heart Disease Preventive Behavior Among Personnel
of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health

นามผู้วิจัย นางสาวศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ธนาภรณ์ อิมสมบูรณ์, Dr.P.H.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Factors Affecting Coronary Heart Disease Preventive Behavior Among Personnel of the
Department of Disease Control, Ministry of Public Health

โดย

นางศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล 2553: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ
บุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
อาจารย์ธนวรรณ อัมสมบุญ, Dr.P.H. 144 หน้า

การวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากร
กรมควบคุมโรค จำนวน 312 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ไคสแคว สถิติ Contingency Coefficient
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
อยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
และตำแหน่งหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติต่อการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด
โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่การรับรู้
อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ
4. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการ
สนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวก
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวแปร

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Sripen Sawatdimongkol 2010: Factors Affecting Coronary Heart Disease Preventive Behavior Among Personnel of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Mr. Thanawat Imsomboon, Dr.P.H. 144 pages.

The purpose of this descriptive research was to determine factors affecting the preventive coronary heart disease behavior among personnel of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Three hundred and Twelve Individuals were randomly selected for desired sample. The instrument used for a Collection of data were questionnaire developed by researcher. Data were analyzed by computer program for percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Contingency Coefficient, Spearman's rank order correlation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research results were as follows:

Preventive Coronary Heart Disease behaviors were at the moderate level. The bio-social factors namely gender, age, level of education, personal status, average income and position had no statistically significant relationships with preventive Coronary Heart Disease behaviors. The predisposing factors such as knowledge about preventive Coronary Heart Disease behaviors, attitude towards the prevention of Coronary Heart Disease, perception of Coronary Heart Disease risks, perception of the severity of Coronary Heart Disease, perception of benefits preventive Coronary Heart Disease practices had statistically significant positive relationships with preventive Coronary Heart Disease behaviors at the .01 level while barriers of preventive Coronary Heart Disease practices had no statistically significant relationships with preventive Coronary Heart Disease behaviors. The enabling factors of adequate resources available for preventing Coronary Heart Disease had statistically significant positive relationships with preventative Coronary Heart Disease behaviors at the .01 level. The reinforcing factors such as receiving social support from family, relatives, colleagues as well as from medical and public health staffs. In addition to information from the media, all had statistically significant relationships with preventative Coronary Heart Disease behaviors at the .01 level.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จากอาจารย์ ดร.ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ให้งานวิจัยมีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ผู้ประสิทธิประสาทวิชา ขอขอบคุณ บุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงขอบคุณ พี่และน้องๆ นิสิตปริญญาโท KU 68 สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ร่วมรุ่นทุกคน ที่คอยห่วงใย ช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและในการทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัว “ สวัสดิมงคล ” ทุกคน ที่ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ ต่อการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม ในที่นี้ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล

เมษายน 2553

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	71
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	87
ผลการวิจัย	87
ข้อวิจารณ์	102
สรุปและข้อเสนอแนะ	110
สรุป	110
ข้อเสนอแนะ	114
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	118
ภาคผนวก	125
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	126
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	128
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	144

สารบัญตาราง

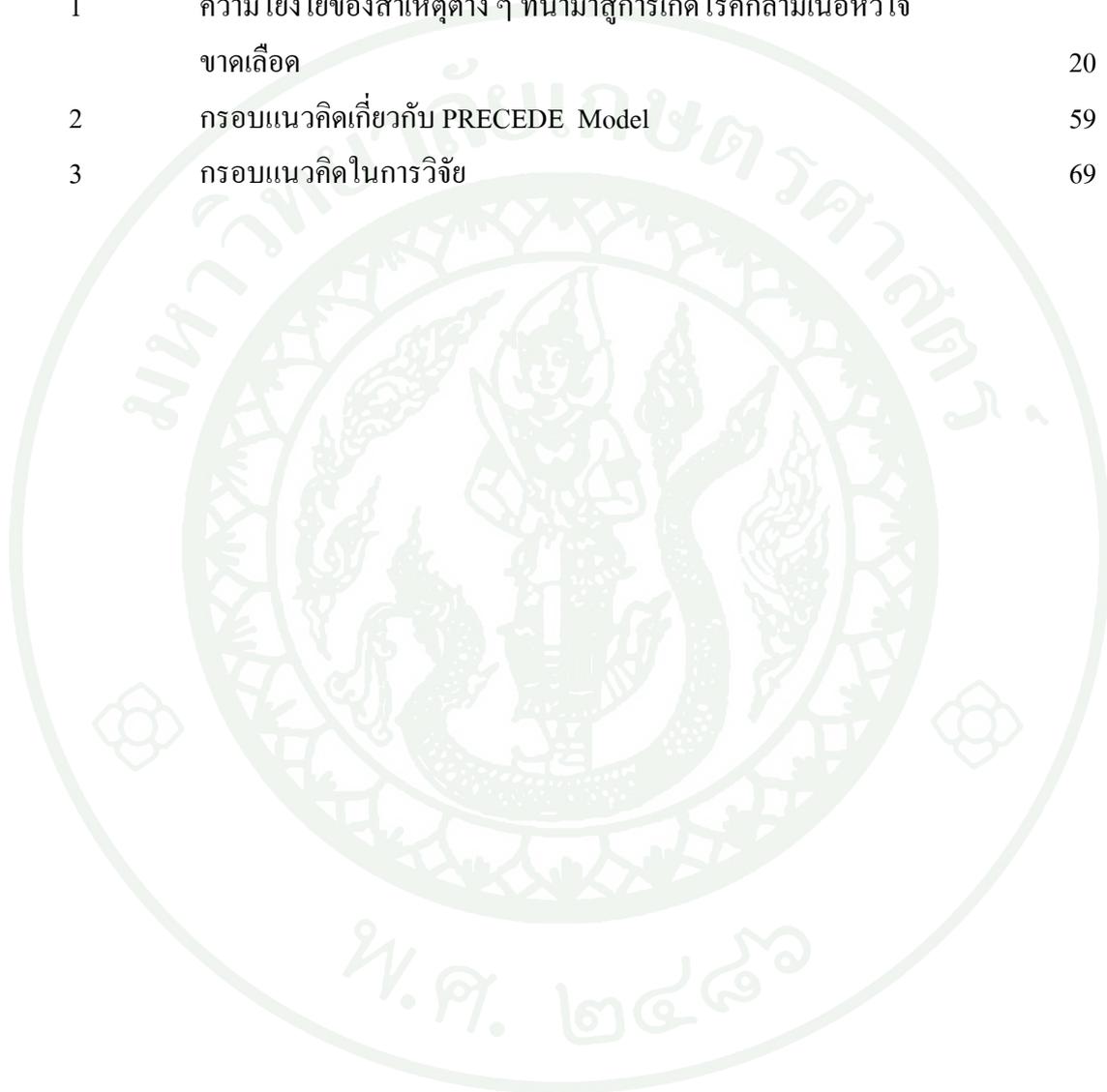
ตารางที่		หน้า
1	เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของ Lipoprotein ในเลือด โดย NCEP	23
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง น้ำหนักกับประเภทค่าดัชนีมวลกาย	29
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	88
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	90
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับเจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	91
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	91
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	92
8	จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	92
9	จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	93
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	94
11	จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน	94
12	จำนวน และร้อยละของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	95
13	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ	95
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	96

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ	97
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ	99
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ	100
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ	101

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความโยงใยของสาเหตุต่าง ๆ ที่นำมาสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	20
2	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Model	59
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	69



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**Factors Affecting Coronary Heart Disease Preventive Behavior Among Personnel
of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health**

คำนำ

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยากล่าวว่า การเปลี่ยนผ่านทางประชากรในเชิงระบาดวิทยา (ใช้สาเหตุการตายเป็นตัวชี้วัด) แบ่งการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ยุค คือ ยุคแรก เป็นยุคของโรคระบาดและทุพภิกขภัย เป็นยุคที่มีการตายสูงประชากรส่วนใหญ่ตายด้วยโรคระบาด การขาดอาหารจากภัยธรรมชาติและสงคราม จึงมีระดับการตายสูงและอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดอยู่ในระดับต่ำ ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคที่ 2 เมื่อโรคระบาดลดลงระดับการตายก็ลดลง อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจะเริ่มสูงขึ้น ประกอบกับภาวะโภชนาการและอาหารที่ดีขึ้น ตลอดจนการแพทย์และการสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นตามลำดับ จนเข้าสู่ยุคที่ 3 คือยุคแห่งโรคเกี่ยวกับความเสื่อมถอยของอวัยวะและโรคที่มนุษย์สร้างขึ้น ประชากรส่วนใหญ่จะตายด้วยโรคเกี่ยวกับความเสื่อมถอยของอวัยวะและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ระดับการตายของประชากรจะอยู่ในระดับต่ำและอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจะเพิ่มสูงมากขึ้นตามลำดับ (Omron, 1971)

ประเทศไทยได้เผชิญกับการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยามาแล้ว หลายทศวรรษที่ผ่านมา เช่นเดียวกัน ด้วยอิทธิพลของตัวกำหนดอื่นๆ ได้แก่ การเมือง การปกครอง สังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเฉพาะด้านการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบจากการเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็วของภาวะแวดล้อมที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติและด้วยน้ำมือมนุษย์ ล้วนเป็นปัจจัยทำให้สถานะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ โดยตลอดระยะเวลากว่า 30 ปี ที่ผ่านมามาประเทศไทยได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก ส่งผลให้การดำรงชีวิตและสถานะสุขภาพของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไปทั้งในทางบวกและลบ กล่าวคือประชาชนไทยมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อในยุคแรกได้แก่ โรคติดต่อทางเดินอาหาร อาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเดินหายใจ และภาวะทุพโภชนาการพร่อง ลดลงอย่างมาก แต่ในยุคต่อมาสืบเนื่องถึงปัจจุบันกล่าวไว้ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ว่าประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตในต้นคับต้นๆ ด้วยโรคไร้เชื้อ หรือ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรกระบบไหลเวียนเลือด) ซึ่งประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) และ โรคความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญและทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นในเกือบทุกประเทศทั่วโลก (Thom *et al.*, 2001) จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดและหัวใจทั่วโลก พบว่าประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี 2533 จำนวน 14 ล้านคน และในอีก 30 ปีข้างหน้าสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นไปเป็นลำดับ โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 25 ล้านคน ในปี 2563 (WHO, 1996) ส่วนในประเทศไทย พบว่าปัจจุบันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 2 รองมาจากโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จาก สถานการณ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประเทศไทย ในช่วงปี 2547-2551 พบว่า อัตราการตายอย่างหยاب ต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็น 17.7, 18.7, 19.4, 20.8 และ 21.2 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบอัตราผู้ป่วยที่รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆเช่นกัน โดยช่วงปี 2547 - 2551 มีอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 185.7, 198.7, 232.7, 261.2 และ 276.8 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2552) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ จัดว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในอันดับต้นๆ ของประเทศ ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรค จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อหลายระบบในร่างกาย ได้แก่ ระบบหลอดเลือด สมอง หัวใจ และไต อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เกิดความพิการหรือเกิดโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นและมีแนวโน้มการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90 ของผู้ที่เป็นโรคนี้นี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันอย่างน้อย หนึ่งอย่างโดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การไม่รับประทานผัก ผลไม้หรือรับประทานน้อย การออกกำลังกายน้อยเกินไป ภาวะไขมันผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก ความอ้วนลงพุง และการสูบบุหรี่ รวมทั้งสภาพจิตใจเชิงลบ เช่น อารมณ์

ชิมเสร์รา หดหู่ ความเครียด ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ประกอบด้วย พันธุกรรม เพศ วัย ประวัติครอบครัว (ฉายศรี, 2548)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ และ ลูกจ้างจำนวนทั้งหมด 5,865 คน ในที่นี้มีข้าราชการระดับปฏิบัติการอยู่ในส่วนกลางของกรมควบคุมโรค จำนวน 1,327 คน (กองการเจ้าหน้าที่ กรมควบคุมโรค, 2552) ซึ่งได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี และ จากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ.2548, 2549 และ 2550 ของข้าราชการกรมควบคุมโรคที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนกลาง พบว่า อัตราการเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.0 , 25.9 และ 41.6 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 1.4 , 0.5 , และ 8.2 ตามลำดับ และพบว่าเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 1.0 , 0.8 , และ 6.0 ตามลำดับ (สถาบันบำราศนราดูร, 2551) แสดงว่าบุคลากรยังปฏิบัติตนในการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในวัย 35 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มอายุดังกล่าว มีภาระหน้าที่รับผิดชอบต่องานในหน้าที่สูง ตลอดจนปัจจุบันมีการปฏิรูประบบราชการ และบทบาทภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคลากรมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้บุคลากรมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น เช่น ไม่มีเวลาออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อยลง รับประทานอาหารจานด่วน มากขึ้นกว่าเดิม และเกิดความเครียดจากบทบาทหน้าที่และลักษณะงาน ซึ่งอาจถูกคาดหวังจากประชาชนให้เป็นต้นแบบการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ บุคลากรกรมควบคุมโรคเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับ บุคลากรกรมควบคุมโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
5. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ คือ

1. เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
แก่บุคลากรกรมควบคุมโรค
2. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่รับผิดชอบ กำหนดนโยบายการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจให้บุคลากร กรมควบคุมโรค มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดี
ให้กับประชาชน
3. เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติม หรือเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจศึกษา ค้นคว้าต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในกรมควบคุมโรค กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็น
บุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนกลาง เฉพาะข้าราชการ
พนักงานราชการ และลูกจ้างประจำ ระดับปฏิบัติการที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี จำนวน 1,418 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น (Independent Variable)

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.2 เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.6 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย

ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

3.1 การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน

3.2 การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 ด้าน ได้แก่

1. การบริโภคอาหาร

2. การออกกำลังกาย

3. การจัดการกับความเครียด

4. การสูบบุหรี่
5. การดื่มสุรา
6. การตรวจสุขภาพประจำปี

ตัวแปรอธิบาย (Explanatory Variable)

ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม หรือปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพการสมรส
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
6. ตำแหน่ง

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องไว้ดังต่อไปนี้

ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บุคลากรกรมควบคุมโรค หมายถึง กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ และลูกจ้างประจำ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนกลาง ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคลากร กรมควบคุมโรค มีความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติตัว ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพใน การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใน 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ การตรวจสุขภาพประจำปี

ปัจจัยทางชีวสังคมหรือปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร ที่กำหนดไว้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่ง

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีอิทธิพลโดยตรงต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจ หรืออธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของโรคพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ การตรวจสุขภาพประจำปี

เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ประกอบกับ ความรู้ ความเชื่อของแต่ละบุคคล ที่แสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจาก โรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคลากร กรมควบคุมโรค ที่เกิดจากการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีผลมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความเครียด เป็นต้น

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การที่บุคลากร กรมควบคุมโรค มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถ้าไม่ได้รับการควบคุมระดับโคเลสเตอรอล หรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหรือฐานะทางสังคม

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้องและเหมาะสม

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเข้าใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรคถึง ปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ระยะเวลา ความสะดวก ต่อการปฏิบัติตัวจากการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบุคลากร ได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่เครื่องมือ และนโยบาย ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความเพียงพอของทรัพยากร ในการป้องกันโรค หมายถึง การมีทรัพยากรที่เอื้ออำนวย ได้แก่ แหล่งสถานบริการทางการแพทย์ สถานที่ออกกำลังกาย ร้านค้าและร้านอาหารที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพตลอดจนนโยบายที่สนับสนุน ให้บุคลากร กรมควบคุมโรคกระทำพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง การได้รับสนับสนุนหรือช่วยเหลือให้บุคลากร ควบคุมโรคสามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

การได้รับสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน ให้สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ หมายถึง ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ การจัดประชุมทางวิชาการ ที่บุคลากร ควบคุมโรคได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคลากร ควบคุมโรค มีความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติตัว ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใน 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ การตรวจสุขภาพประจำปี มีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายไม่บริโภคอาหารที่มีไขมันในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ร่างกายต้องการ อันจะทำให้เกิดโรคอ้วนและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใดๆที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีแบบแผนหรือการเตรียมตัว โดยจะป็นกิจกรรมที่กระทำซ้ำๆ หรือสม่ำเสมอ ให้ร่างกายมีการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานพอ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจ หลอดเลือด การออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

พฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียด หมายถึง บุคลากร กรมควบคุมโรค มีการตอบสนองต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่ระบุแน่ชัดไม่ได้ สาเหตุอาจเกิดจากภายนอกในตัวบุคคลทำให้ต้องหาวิธีแก้ไขหรือพยายามปรับปรุงตัวสู่สภาวะสมดุล ได้แก่ การออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย การนวดคลายเครียด การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคลากร กรมควบคุมโรค เพื่อให้สามารถเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อการสูบบุหรี่ที่มีผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวใจตีบแคบและอุดตัน

พฤติกรรม การดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคลากร กรมควบคุมโรค เพื่อให้สามารถเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อการดื่มสุรา ได้แก่ การสร้างบรรยากาศในครอบครัวให้มีความสุข ทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ ส่งเสริมความสุข เล่นกีฬา ทำงานอดิเรก เมื่อไปงานเลี้ยงควรปฏิเสธการดื่มหรือถ้าจำเป็นต้องดื่มสุรา ควรดื่มเพียงเล็กน้อย

พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติในการรับบริการตรวจสุขภาพ โดยกระทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาโรคและความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ การเอ็กซเรย์ปอด การวัดความดันโลหิตตรวจหาระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ความเข้มข้นของเลือด และการตรวจอื่นๆ ที่จำเป็น

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดสมมติฐานกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยได้ประมวลไว้ ดังนี้

1. บริบทของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. แนวคิด ทฤษฎี และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 3.1 แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.2 แนวคิด ทฤษฎีรูปแบบจำลอง PRECEDE (PRECEDE Model)
 - 3.3 แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.4 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติความเป็นมา

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (2552) กรมควบคุมโรคนั้น เดิมเป็นกองโรคติดต่อ สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ต่อมาในปี พ.ศ. 2485 ได้มีประกาศราชกฤษฎีกาสถาปนา กรมสาธารณสุข ให้เป็นกระทรวงสาธารณสุขมีกรมในสังกัดรวม 7 กรม ซึ่งมีกรมที่เกี่ยวข้องกับงานโรคติดต่อ 2 กรม คือ กรมการแพทย์ และกรมสาธารณสุข (ภายหลังเปลี่ยนเป็นกรมอนามัย) กรมการแพทย์ จะรับผิดชอบกิจการของโรงพยาบาล เช่น

โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง โรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนเชียงใหม่
 โรงพยาบาลโรคเรื้อนนครศรีธรรมราช นิคม โรคเรื้อนเชียงราย โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาล
 วันโรค โรงพยาบาลบาราศนราคร ส่วนงานควบคุมโรคอื่นๆยังอยู่ในความรับผิดชอบของกรม
 ควบคุมโรคติดต่อกรมสาธารณสุข

ในปี พ.ศ.2495 เปลี่ยนชื่อ กรมสาธารณสุขเป็นกรมอนามัย และโอนกิจการของโรงพยาบาล
 เฉพาะโรคในสังกัดกรมอนามัย และยกฐานะหน่วยงานเฉพาะโรคให้เป็นกอง คือ กองควบคุมวัณ
 โรค กองควบคุมโรคเรื้อน ปรับปรุงขยายงานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้างเป็นกองควบคุม
 มาลาเรียและโรคเท้าช้าง รวมงานควบคุมคุดทะราดกับกามโรคตั้งเป็นกองควบคุมกามโรคและ
 คุดทะราด

ในปี พ.ศ.2515 มีการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัย เข้าด้วยกันเป็นกรมการแพทย์
 และอนามัย งานควบคุมโรคติดต่อทั้งหมดจึงขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัย

ในปี พ.ศ.2517 มีการแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกัน ในครั้งนั้นได้มีการ
 รวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกันจัดตั้งเป็น กรมควบคุมโรคติดต่อ แบ่งส่วนราชการเป็น
 กลุ่มงานที่ปรึกษา กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆ 7 กอง กองและหน่วยงานสนับสนุนการ
 บริหารงานของกรมฯ 4 หน่วยงาน โรงพยาบาลเฉพาะโรค 4 แห่งนอกจากนั้นยังมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่
 ในส่วนภูมิภาคได้แก่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 เขต และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำ
 โดยแมลง 5 สำนักงาน

ในปี พ.ศ. 2545 มีการออกกฎหมายปฏิรูปราชการ ปี พ.ศ.2545 โดยมีการปรับเปลี่ยน
 โครงสร้างภายในกระทรวงสาธารณสุขในบางส่วน รวมถึงการปรับเปลี่ยนชื่อ “กรมควบคุม
 โรคติดต่อ” เป็น “กรมควบคุมโรค” ซึ่งมีการโอนภารกิจของกรมการแพทย์ ในบางส่วนมาอยู่ที่
 กรมควบคุมโรค และปรับบทบาทภารกิจของกรมควบคุมโรคติดต่อให้กว้างขึ้น จากการป้องกัน
 และควบคุมโรคติดต่อมาเป็น การป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ (โรคติดต่อ โรค
 ไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) ทำให้การแบ่งหน่วยงานของกรมควบคุม
 โรค ประกอบด้วย หน่วยงานสนับสนุนการบริหารงาน 4 กอง กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆ
 8 สำนัก และมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 เขต

ในปี พ.ศ. 2549 – 2552 มีการปฏิรูปโครงสร้างของหน่วยงานส่วนกลางภายในกรมควบคุมโรคบางส่วน สรุปรวมถึงปัจจุบัน มีหน่วยงานส่วนกลางรวม 21 หน่วยงาน ส่วนภูมิภาคจำนวน 12 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 หน่วยงานแยกรายละเอียดดังนี้

หน่วยงานส่วนกลาง (21 หน่วยงาน)

หน่วยงานสนับสนุนการบริหารงาน

ประกอบด้วย 8 หน่วยงาน ดังนี้

1. สำนักงานเลขานุการกรม
2. สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์
3. สำนักจัดการความรู้
4. กองแผนงาน
5. กองการเจ้าหน้าที่
6. กองคลัง
7. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
8. กลุ่มตรวจสอบภายใน

สำนักวิชาการ ประกอบด้วย 11 หน่วยงาน ดังนี้

1. สำนักโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. สำนักโรคติดต่อทางเดินหายใจ

3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
6. สำนักระบาดวิทยา
7. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
8. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
9. สำนักทันโรค
10. สำนักงานคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ
11. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

สถาบัน ประกอบด้วย 2 สถาบัน ดังนี้

1. สถาบันบำราศนราดูร
2. สถาบันราชประชาสมาสัย

หน่วยงานส่วนภูมิภาค (12 หน่วยงาน)

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี

4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์
9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่
11. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

รวมทั้งสิ้น จำนวน 33 หน่วยงาน

วิสัยทัศน์

เป็นผู้นำด้านวิชาการ เทคโนโลยีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ
และระดับนานาชาติ

พันธกิจ

1. วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ พัฒนาคูณภาพมาตรฐานทางวิชาการและมาตรการดำเนินงานรวมทั้งกฎหมายเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. พัฒนาการบริหารจัดการ แลกเปลี่ยนวิชาการเชิงคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายทอดมาตรฐาน มาตรการ เทคโนโลยีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูล ข่าวกรองโรคการจัดการความรู้ และกลไกความร่วมมือ ความเข้มแข็งของเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

4. ประเมินสถานการณ์โรค / ความเสี่ยงภัยสุขภาพเชิงรุก และประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน เป้าหมายการให้บริการรวมทั้งกำกับคุณภาพ กลยุทธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีลำดับภาวะโรคสูง

ค่านิยมหลักขององค์การ

ยึดหลัก “ SMART “

Service Mind = การมีจิตใจพร้อมจะให้บริการ

Mastery = การทำงานอย่างมืออาชีพ

Accountability = การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใส และรับผิดชอบ

Relationship = การมีน้ำใจ ใจเปิดกว้าง เป็นพี่เป็นน้อง

Teamwork = การทำงานเป็นทีม

แนวทางส่งเสริมและผลักดันการปฏิบัติตามนโยบายการกำกับดูแลองค์การที่ดี

เพื่อให้การปฏิบัติงานมีผลดีตามนโยบายการกำกับดูแลองค์การที่ดีของกรมควบคุมโรค จึงกำหนดหลักปฏิบัติที่สำคัญดังนี้

1. กรมควบคุมโรคสื่อสารให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบและมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายการกำกับดูแลองค์การที่ดีอย่างทั่วถึง

2. กรมควบคุมโรคจัดระบบบริหารธรรมาภิบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ทุกคนมั่นใจว่าบุคลากรและองค์การจะปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติตามนโยบายการกำกับดูแลองค์การที่ดีฉบับนี้อย่างเคร่งครัด โดยจะถือเสมือนว่าเป็นข้อปฏิบัติขององค์การข้อหนึ่ง ที่บุคลากรทุกระดับต้องทำความเข้าใจ

เข้าใจ ชีวมัน และปฏิบัติให้ถูกต้องในการทำงานประจำวัน และไม่มีบุคคลใดที่จะ มีสิทธิ หรืออนุญาต ให้บุคลากรของกรมควบคุมโรคคนใด กระทำการใดที่ขัดต่อนโยบายฉบับนี้

3. กรมควบคุมโรคคาดหวังให้บุคลากรทุกคนมีการรายงานโดยสุจริตถึงการปฏิบัติ ที่ขัด หรือสงสัยว่าจะขัดต่อหลักการต่างๆ ในนโยบายฉบับนี้ต่อผู้บังคับบัญชาโดยตรง หรือในกรณีที่ ไม่อาจรายงานต่อผู้บังคับบัญชาได้ อาจขอคำปรึกษาจากผู้บริหารระดับสูง หรือผู้อำนวยการ กองการบุคลากร โดยข้อมูลที่ให้นำไปให้ถือปฏิบัติเป็นข้อมูลลับ ทั้งนี้ ผู้บังคับบัญชาเองมีหน้าที่ ในการสอดส่องดูแลและให้คำแนะนำผู้ใต้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นให้ปฏิบัติให้สอดคล้องกับ แนวทางปฏิบัติตามนโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดีฉบับนี้

4. นโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดีฉบับนี้ จะได้รับการพิจารณาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน ทุกปีโดยคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบราชการกรมควบคุมโรค

5. กรมควบคุมโรคจะกำหนดแนวทางวัดและประเมินการปฏิบัติตามนโยบายการกำกับ ดูแลองค์กรที่ดีตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ต่อไปอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการประเมินตนเองอย่าง สม่าเสมอ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

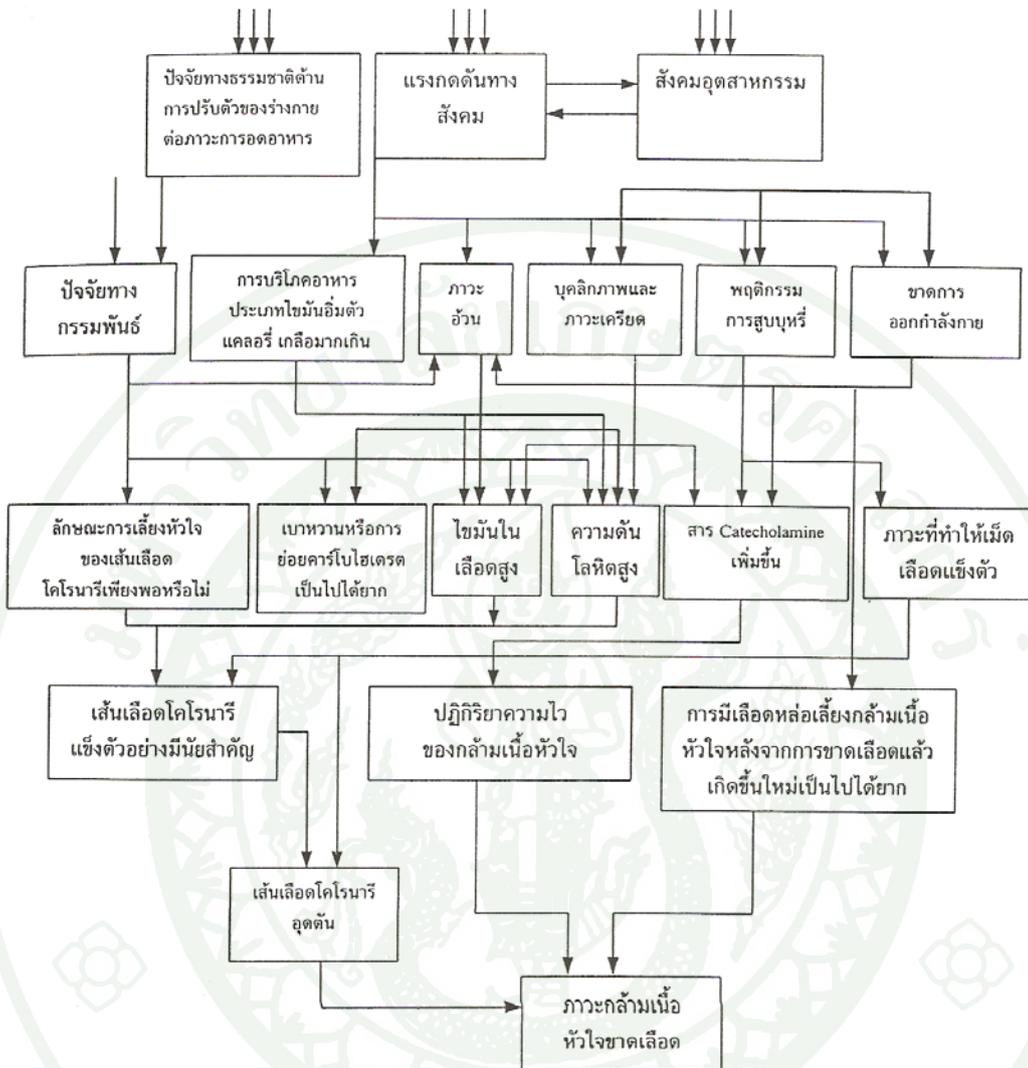
โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease: IHD) หมายถึง หลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery) มีการ ตีบตัน หรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บ จุกแน่นหน้าอกและ อ่อนเปลี้ยเพลียแรง (พรรณี, 2552)

สาเหตุ

สาเหตุใหญ่ ๆ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (จรรยา, 2542)

1. หลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัวจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งร้อยละ 80 - 90 เกิดจากภาวะที่มีการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดไม่สามารถขยายตัวได้เมื่อหัวใจบีบตัว เนื่องจากมีคราบไขมัน (Atherosclerotic Plaque) ก่อตัวพอกสะสมเกาะตามผนังภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้ทางเดินของเลือดตีบแคบหรืออุดตัน เป็นผลให้การไหลของเลือดช้าลง ขั้นตอนการเกิดคราบไขมันจะเป็นไปอย่างช้าๆ เมื่อคราบไขมันสะสมและหนาตัวขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผนังภายในหลอดเลือดตีบแคบ และถ้ามีการตีบเกิน 2 ใน 3 หรือร้อยละ 70 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะทำให้ปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina Pectoris) เมื่อมีการออกแรงได้

2. ภาวะของหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง (Coronary Spasm) เกิดจากการแข็งตัวของเส้นเลือด (Atherosclerosis) อันมีปัจจัยเสริมทางกรรมพันธุ์ เพศ อายุ และสาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรม หรือการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมในด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย บุคลิกภาพ และความเครียด ซึ่งพฤติกรรมแต่ละบุคคลในสังคมนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดโรคดังกล่าว โดยปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มักมีมากกว่าหนึ่งปัจจัย และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสรีระทั้งร่างกายและจิตใจอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากสรีระปกติทีละน้อยๆ ไปสู่การมีพยาธิสภาพ ซึ่งกว่าจะรู้ตัวก็เมื่อมีพยาธิสภาพมากแล้ว และ / หรือปรากฏอาการให้เห็น ดังรูปภาพที่ 1 ที่แสดงถึงความเชื่อมโยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Web of Causation for Myocardial Infarction) ของ G. Friedman



ภาพที่ 1 ความโยงใยของสาเหตุต่าง ๆ ที่นำมาสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ที่มา: Friedman (n.d.) อ้างใน ฉายศรี (2540)

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ

พยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง เริ่มที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดในลักษณะเป็นจุดหรือเป็นเส้น (Fatty Streak) เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ แต่ไม่แสดงอาการ จนกว่าจะเข้าสู่วัยกลางคนขึ้นไปและเป็นต้นเหตุให้เกิด แผ่นพังผืด (Fibrous Plaque) ซึ่งเป็นรอยที่ลุกลาม (Advanced Lesion) ของภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง และเป็นสาเหตุให้เกิดอาการ และอาการแสดงของโรคหัวใจโคโรนารี Fibrous Plaque นี้เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะนำไปสู่การอุดตันของโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี ที่รุนแรงยิ่งขึ้น

ลักษณะรอยโรคของภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง ซึ่งแบ่งตามความรุนแรงของพยาธิสภาพได้ดังนี้ (Assmann,1982)

1. Fatty Streak มีเป็นจุดหรือเป็นเส้นสีเหลืองที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 1 มม.จนถึง 2 มม. ส่วนยาวถึง 1 ซม. ลักษณะของ Fatty Streak จะไม่ยื่นไปขวางการไหลเวียนเลือด จึงไม่มีผลต่อการไหลเวียนเลือด รอยโรคนี้จะเกิดพยาธิสภาพในช่องว่างใต้เซลล์เอ็นโดทีเลียมโดยสารไขมันสะสมภายในเซลล์แมโครฟาจ (Macrophage) เป็นส่วนใหญ่ และอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเป็นส่วนน้อย เรียกไขมันที่สะสมในเซลล์ว่า Foam Cell Fatty Streak เป็นระยะเริ่มแรกของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง อาจเริ่มตั้งแต่เด็กอายุ 1 ปีถึง 20 ปี และไม่แสดงอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบในหลอดเลือดแดงเอออดต้าและโคโรนารี Fatty Streak บางตำแหน่งที่เกิดขึ้นจะมีการเหี่ยวสลายไปจะไม่เกิดโรคตามมา ส่วนบางตำแหน่งของผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น Fibrous Plaque ซึ่งเป็นผลร้ายต่อหัวใจตามมา

2. Fibrous Plaque เปลี่ยนแปลงมาจาก Fatty Streak มีลักษณะเป็นปื้นไขมันหรือแผ่นนูนแข็งอยู่ที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง Fibrous Plaque อาจขยายนูนยื่นเข้าไปขวางการไหลเวียนเลือด มีผลให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ Fibrous Plaque นี้จะมีโมโนไซต์ (Monocyte) ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) Foam Cell และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันสะสมอยู่ ส่วน foam cell เกิดจากสารไขมันสะสมอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเป็นส่วนใหญ่และอยู่ในเซลล์แมโครฟาจเป็นส่วนน้อยซึ่งต่างจาก Fatty Streak ดังนั้น Fibrous Plaque ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือส่วนที่เป็นแกนในและส่วนที่เป็นเปลือกหุ้ม (Fibrous Cap) ส่วนที่เป็นแกนในประกอบด้วยซากเซลล์ ผลิตโคเลสเตอรอล และ Foam Cell ส่วน

ที่เป็นเปลือกหุ้มประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและ เซลล์ กล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งจะมีด้านหนึ่งชิดกับแกนใน ส่วนอีกด้านจะสัมผัสกับเลือดที่ไหลเวียน

3. ภาวะแทรกซ้อนของ Fibrous Plaque (Complicated Lesion)

ภาวะแทรกซ้อนของ Fibrous Plaque จะทำให้เกิดอาการทางคลินิก เช่น เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการไหลเวียนเลือดลดลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างดังต่อไปนี้

3.1 มีหินปูนมาจับ (Calcification) ที่ Fibrous Plaque ทำให้ตกระดอน มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง เพราะ เกิดการฉีกขาดได้ง่าย

3.2 Fibrous Plaque ฉีกขาด (Plaque Rupture) เกิดบาดแผลทำให้เกิดกลไกการแข็งตัวของเลือดเกิดเป็นลิ่ม (Thrombus) เกาะติดผนังชั้นในหลอดเลือดซึ่งจะไปอุดตันการไหลเวียนเลือด

3.3 มีเลือดออกภายใน Fibrous Plaque (Hemorrhage into Plaque) ทำให้เกิด Hematoma ภายใน Fibrous Plaque มีผลให้ขนาดของรูหลอดเลือดตีบแคบลง

3.4 มีเศษเซลล์จาก Fibrous Plaque ฉีกขาด (Fragmentation) หลุดเข้าไปในกระแสเลือดเกิด Emboli

3.5 ผนังหลอดเลือดแดงโป่งพองจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerotic Aneurysm) รอยโรคที่เกิดขึ้นถ้ารุนแรงมากก็จะลุกลามจากชั้นในไปชั้นกลาง หรืออาจถึงชั้นนอกของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอและเกิดการโป่งพอง

อิสรา (2536) กล่าวว่าสาเหตุทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายๆ ปัจจัย ที่เรียกกันว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ มี 8 ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย

1.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

การบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรีสูงก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของ Lipoprotein ในเลือด โดย NCEP

ชนิดของไขมันในเลือด	ระดับความเสี่ยงต่อโรค (mg/dl)		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	เสี่ยงสูง
Total Cholesterol (mg/dl)	<200	200-239	≥240
LDL Cholesterol	<130	130-159	≥160
HDL Cholesterol	130-159	≥60	35-59
Triglycerides	<200	200-399	400-1000

ที่มา: อภิชาติ (2543)

ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง หมายถึง ภาวะที่โคเลสเตอรอลในเลือด (Total Cholesterol) มีค่าตั้งแต่ 200 mg/dl ขึ้นไป และถ้าระดับโคเลสเตอรอลสูงเกินกว่า 240 mg/dl จะพบอัตราเสี่ยงการเกิดโรคเพิ่มขึ้น สาเหตุของไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง กรรมพันธุ์ โรคบางอย่างหรือการใช้ยาบางชนิด ในส่วนของการรับประทานอาหารเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว (Saturated Fat) ได้แก่ นม เนย ไขมันที่ติดอยู่ในเนื้อสัตว์ การบริโภคไขมันชนิดนี้มากเกินไปจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างโคเลสเตอรอลมากขึ้น และอันตรายจากไขมันประเภทอิ่มตัวจะมีมากกว่าไขมันประเภทไม่อิ่มตัว (Unsaturated Fat) ที่ได้จากพืช

เนื่องจากไขมันเป็นสารไม่ละลายน้ำจะรวมตัวอยู่กับโปรตีน (โปรตีนเป็นตัวจับโคเลสเตอรอล) เพื่อให้ละลายตัวอยู่ในน้ำเลือดได้เรียกว่า Lipoproteins ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนโปรตีน (ถ้าเลี้ยงในกระแสเลือดได้) ทำให้ไขมันกระจายตัวในน้ำเลือดส่งไปทั่วร่างกาย

ไขมันในเลือดที่สำคัญแบ่งออกเป็น (ศุภชัย, 2540)

1) โคลเลสเตอรอล (Total Cholesterol) ประกอบด้วย

1.1) ไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein Cholesterol) หรือ LDL-C Lipoprotein เป็นไขมันชนิดเลวที่ได้มาจากกรดไขมันอิ่มตัวเพราะบรรจุโคเลสเตอรอลไว้เป็นปริมาณมากกว่า “ความหนาแน่นต่ำ” หมายความว่าในสภาพที่เลือดไม่แข็งตัวมันจะเป็นสารที่จะลอยตัวอยู่บนชั้นผิวของเลือดในลักษณะเดียวกับน้ำมันที่มันเนยจับเป็นฝอยลอยอยู่ข้างบน

Assmann (1982) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่มีโคเลสเตอรอล ซึ่งมีระดับ LDL-C ในเลือดสูงกว่าปกติทำให้ตะกอนไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือด รุขของหลอดเลือดตีบแคบจึงมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง

1.2) ไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein) HDL-C มีหน้าที่สลายภาวะหลอดเลือดแข็งที่เกิดกับผนังหลอดเลือด จะทำให้แอลดีแอลที่เกาะติดกับหลอดเลือดแข็งออกจากเซลล์ไปสู่ตับ เพื่อแปรสภาพกลายป็นน้ำดีช่วยย่อยอาหาร แล้วขับถ่ายออกจากร่างกายทางลำไส้ต่อไป ดังนั้นไขมันชนิด HDL-C ที่มีค่าสูง จะเป็นตัวช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันอีกชนิดหนึ่งในเลือดมักจะมีระดับสูงในคนอ้วน คนที่บริโภคน้ำตาลและบริโภคไขมันชนิดอิ่มตัวรวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาหลอดเลือดตีบระดับไตรกลีเซอไรด์ที่เหมาะสมไม่ควรสูงกว่า 150 mg/dl

ผลการศึกษาของ Reuther and Hansen (1985) พบว่าบุคคลที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์และ โคลเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าบุคคลที่มีระดับไขมันในเลือดปกติถึง 4.3 เท่า

1.2 โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง โรคที่มีภาวะโรคความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูง โดยมีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทซึ่งค่าความดันปกติในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 120/80 มิลลิเมตรปรอทมีรายงานการศึกษาจำนวนมากให้การสนับสนุนว่าการลดลงของค่าความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 19 (ปาหนัน และคณะ, 2552)

วิชัย (2550) กล่าวถึงผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจมากกว่าคนปกติ ผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงร้อยละ 11 และร้อยละ 18.4 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่มีน้ำหนักปกติ มีอัตราเกิดความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 4.6 ดังนั้นผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากขึ้นเท่าใดอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเช่นกัน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนาน ๆ หากไม่ได้รับการรักษาแล้ว จะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ ผลตามมาก็คือเกิดโรคหัวใจจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หัวใจต้องทำงานหนัก เพื่อสูบฉีดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทั่วร่างกาย เชื่อว่าผนังหลอดเลือดจะบีบตัวแรง ดังนั้นแรงดัน ที่เพิ่มขึ้นจะก่อให้เกิดแรงกระแทก ทำให้ผนังหลอดเลือดฉีกขาด สารที่เป็นพวกไขมันไปเกาะติดได้ง่าย ซึ่งเป็นตัวเร่งให้หลอดเลือดหัวใจ เกิดการตีบตันเร็วขึ้น

จากการศึกษาจำนวนมากให้การสนับสนุนว่าการลดลงของค่าความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD) ร้อยละ 19 (Lancet, 1990 อ้างใน ปาหนันและคณะ, 2552)

1.3 การสูบบุหรี่

กรมควบคุมโรค (2549) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับบุหรี่ดังนี้

“บุหรี่” หมายความว่า บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุง ตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

“สูบบุหรี่” หมายความว่ารวม ถึงการกระทำใดๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันจากการเผาไหม้ของบุหรี่

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2008 รายงานว่า ประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 5.4 ล้านคน ในแต่ละปี และหากไม่มีมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ ที่เข้มแข็งและเร่งด่วน คาดประมาณภายในค.ศ.2030 การเสียชีวิตดังกล่าวจะเพิ่มมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี และในศตวรรษที่ 21 คาดว่าจะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตถึง 1000 ล้านคน ส่วนในประเทศไทย พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15-74 ปีลดลง โดยในปี 2550 พบการสูบบุหรี่ร้อยละ 22.5 พบในช่วงอายุ 20-49 ปี และเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงประมาณ 20 เท่า กล่าวคือพบเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 41.5 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 2.4 ซึ่งลดลง ส่วนในปีพ.ศ. 2547 พบว่าเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 49.1 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 2.7 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าอายุที่เริ่มการสูบบุหรี่พบน้อยลง กล่าวคือ ในปีพ.ศ. 2550 พบว่า อายุของประชาชนโดยเฉลี่ย เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18 ปี ส่วนในปีพ.ศ. 2547 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 22 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

วิชัย (2536) กล่าวว่า คนส่วนใหญ่เชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งปอดแต่ความจริงยิ่งกว่านั้นคือการสูบบุหรี่เป็นที่มาของโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย หลักฐานที่ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดหัวใจปรากฏชัดเจนมาตั้งแต่ พ.ศ.2483 หรือนานกว่า 60 ปีมาแล้ว และในปัจจุบันยังมีองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์อีกมากมายที่ยืนยันการเกี่ยวพันกันระหว่างควันบุหรี่รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหลาย กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและ ไม่ว่าจะเป็นการสูบเองหรือสูดเอาควันบุหรี่ที่คนอื่นสูบเข้าไปก็ตาม การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านกลไกหลายอย่าง เช่นการทำลายเยื่อชีวภาพด้านในของหลอดเลือด ทำให้ไขมันมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด นอกจากนี้ฤทธิ์จากสารในควันบุหรี่ยังเพิ่มการแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับไขมันตัวอันตราย คือ แอลดีแอล คอเรสเตอรอล และลดไขมันตัวพหุประโยชน์ต่อร่างกาย คือ เอชดีแอล คอเรสเตอรอล รวมทั้งเข้าไปกระตุ้นให้หลอดเลือดหัวใจหดเกร็ง ยิ่งไปกว่านั้นสารนิโคติน (Nicotin) ที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด ยังทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และเพิ่มระดับความดันเลือดให้สูงขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ Neaton JD และ Wentworth D (อ้างใน ปาหนัน และคณะ, 2552) กล่าวว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ อันหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนว่าสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แบบ Intervention Trial ติดตามเป็นเวลา 12 ปี เพื่อหา Multiple Risk Factors ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ชายอายุ 35-57 ปี พบว่าคนที่สูบบุหรี่แม้ว่าระดับ Total Cholesterol และ Systemic Blood Pressure จะเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ก็ยังพบว่า คนสูบบุหรี่จะมีอัตราการตายในช่วง 12 ปี เป็น 21.1 ต่อประชากร 10000 คน ในขณะที่คนไม่สูบบุหรี่มีอัตราการตายเพียง 8.6 คน ต่อประชากรที่เท่ากัน

1.4 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่สร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการที่ฮอร์โมนอินซูลินทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสจากเลือดไปใช้เป็นพลังงานในเซลล์ได้ดีพอผลที่เกิดขึ้นคือระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง ซึ่งในคนปกติจะมีน้ำตาลในเลือด <110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (6.1 มิลลิโมล/ลิตร) หรือระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม <140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (7.75 มิลลิโมล/ลิตร) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้โดย (อภิรักษ์, 2549)

1) ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร โดยการงดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose หรือ FPG) ≥ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (7.0 มิลลิโมล/ลิตร) ซึ่งทำการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ

2) ระดับกลูโคสในพลาสมาเวลาใดก็ได้ (Random Plasma Glucose) ≥ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (11.1 มิลลิโมล/ลิตร) ร่วมกับการมีอาการของโรคเบาหวาน (ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุอื่น) หรือ

3) ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (Oral Glucose Tolerance Test) ≥ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (11.1 มิลลิโมล/ลิตร)

โรคเบาหวานแบ่งได้เป็น 4 ชนิดใหญ่ๆ ได้แก่ (Diabetes Care, 1997 อ้างใน ปาหนัน และคณะ, 2552)

1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes) หรือเป็นที่รู้จักกันว่า โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-dependent Diabetes: IDDM หรือ Juvenile Diabetes) มีสาเหตุจากการที่เซลล์ตับอ่อนถูกทำลายหรือมีความผิดปกติทางพันธุกรรมจึงทำให้ต้องรักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน และโรคเบาหวานชนิดนี้มักเกิดในตั้งแต่วัยเด็ก (Childhood-onset) โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จะเป็นโรคก่อนอายุ 25 ปี

2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes) หรือเป็นที่รู้จักกันว่า โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin-Dependent Diabetes: NIDM หรือ Adult-onset) มีลักษณะที่เนื้อเยื่อไม่สามารถใช้ อินซูลินได้และเนื้อเยื่อชนิดเบต้าเซลล์ตับอ่อนของมีความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน ซึ่งโรคเบาหวานชนิดนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่จากรายงานการวิจัยมักพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมักมีประวัติในครอบครัว อายุมากขึ้น (35 ปีขึ้นไป) มีน้ำหนักเกินและขาดการออกกำลังกาย และปัจจุบันมีรายงานจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ประมาณร้อยละ 90 ของกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก

3) โรคเบาหวานชนิดอื่น (Other specific type หรือ Maturity-onset Diabetes in Youth) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยาหรือสารเคมี และอื่นๆ

4) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus) หมายถึงโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Cardio Vascular Disease โดยเฉพาะ Coronary Heart Disease, Peripheral Vascular Disease และ Cerebro Vascular Disease ผู้ป่วยเบาหวานชนิด NIDM จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวมากกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-5 เท่า

1.5 โรคอ้วน

โรคอ้วน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีไขมันสะสมตามร่างกายมากจนอาจส่งผลถึง ภาวะสุขภาพได้โดยสามารถทราบว่าเป็นโรคอ้วนหรือไม่นั้น ได้จากการหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index): BMI) ดังสูตรคำนวณต่อไปนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2551)

$$\text{การคำนวณดัชนีมวลกาย (กก.ต่อตรม.)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูงเป็นเมตร}^2}$$

ในคนปกติมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางกิโลเมตรดัง ตารางที่... ในขณะที่บุคคลที่มีน้ำหนักเกินจะมีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 25-30 กิโลกรัม/ตาราง กิโลเมตร และจัดว่าเป็นโรคอ้วนเมื่อบุคคลเหล่านั้นมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตาราง กิโลเมตร ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง น้ำหนักกับประเภทค่าดัชนีมวลกาย

น้ำหนัก	ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางกิโลเมตร)
น้ำหนักน้อย	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5-24.9
น้ำหนักเกิน	25.0-29.9
โรคอ้วน ระดับที่ 1 (Class 1)	30.0-34.9
โรคอ้วน ระดับที่ 2 (Class 2)	35.0-39.9
โรคอ้วน ระดับที่ 3 (Class 3)	≥ 40

ที่มา: ปาหนัน และคณะ (2552)

สถิติรายงานว่าในปี พ.ศ.2550 มีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 และผู้ที่มีอ้วนร้อยละ 3.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 และผู้ที่มีอ้วนร้อยละ 3.0 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2551)

นิธิ (2546) กล่าวไว้ว่า ความอ้วน หรือเซลล์ไขมันที่มีขนาดเพิ่มขึ้นและใหญ่ขึ้นมีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจอย่างยิ่ง คนอ้วนนั้นมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจล้มเหลวมากกว่าคนไม่อ้วน ทั้งนี้เนื่องจากคนอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง มากกว่าคนอื่นๆ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินกว่าปกติยังมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนที่น้ำหนักปกติถึงร้อยละ 30 - 40

จากผลการศึกษาของ The Framingham Heart Study พบว่า โรคอ้วนเป็นตัวทำนายที่สำคัญของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Disease) และอัตราการเสี่ยงของโรคจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชายที่มีรอบเอวมากกว่า 102 เซนติเมตรหรือ 40 นิ้ว และในเพศหญิง ที่มีรอบเอวมากกว่า 88 เซนติเมตรหรือ 35 นิ้ว ซึ่งสถิติในปี พ.ศ.2550 รายงานว่าพบเพศหญิง มีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 32.2 ในขณะที่เพศชายมีเส้นรอบเอวเกินเพียงร้อยละ 9.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2551)

1.6 การขาดการออกกำลังกาย

ปิยะนุช และคณะ (2544) กล่าวว่า การออกกำลังกาย (Exercise or Exercise Training) คือกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ที่มีการวางแผนหรือมีการเตรียมตัว โดยจะเป็นกิจกรรมที่มีมีการทำซ้ำๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกาย (Physical Fitness)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

เสก (2534) กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก หมายถึง การออกกำลังกายที่เป็นการลำเลียงออกซิเจนเพื่อใช้ในขบวนการทำงานร่างกายที่กระทำติดต่อกันนานพอที่จะกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต ระบบการหายใจ ซึ่งมีผลทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือ ให้ออกกำลังกายด้วยความหนักปานกลาง ซึ่งจะทำให้สามารถออกกำลังกายได้นานพอสมควรก่อนที่จะเหนื่อยอ่อนและหมดแรงผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต

การออกกำลังกายทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทั้งขณะพักและในช่วงออกกำลังกายลดลงซึ่งเป็นผลมาจากโลหิตที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจในขณะเต้นแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น เพิ่มการบีบรัดตัวของหลอดเลือด เพิ่มการใช้ออกซิเจนจากเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีการเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดงและปริมาณของเลือดทำให้การขนส่งออกซิเจนให้กับเซลล์มากขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายช่วยลดระดับไขมันที่เป็นโทษแก่ร่างกาย (Low Density Lipoproteins) และเพิ่มระดับไขมันที่เป็นประโยชน์ (High Density Lipoprotein) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ

จากผลการศึกษาว่าการขาดการออกกำลังกาย (Physical Inactivity) จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณร้อยละ 21.5 (สำนักโรคไม่ติดต่อ 2551)

1.7 ความเครียด

จรรยาพร (2538) ได้ให้ความหมายความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาร่างกายแสดงออกไปเมื่อมีบุคคล เหตุการณ์ หรือสิ่งหนึ่ง สิ่งใดกระทบร่างกายและจิตใจของบุคคล ทำให้ต้องเผชิญปัญหาและความกดดัน ต้องหาคำตอบให้ตนเองว่าจะสู้ต่อไป จะวิ่งหนีออกมาหรือจะอดทนนิ่งเฉย

กรมสุขภาพจิต (2540) ได้แบ่งสาเหตุความเครียด เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ

- 1) ด้านจิตใจ ได้แก่ กลัวจะไม่สำเร็จในการทำงาน มีความกังวลใจล่วงหน้ากับปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น
- 2) การเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงจนถึงเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะ ความดันโลหิตสูง

3) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การแต่งงาน การเปลี่ยนแปลงตามวัยการเกษียณอายุและการสูญเสียคนรักอย่างกะทันหัน เป็นต้น

ผลของความเครียด

ภาวะเครียดสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในผู้ที่เป็โรคหัวใจโดยมีกลไกดังนี้ ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น หัวใจบีบตัวมากขึ้นหัวใจเต้นเร็วขึ้นอาจจะเกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจ เลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น (Cholesterol และ Triglyceride) และเกิดอุดตันหลอดเลือดได้ง่ายขึ้นในผู้หญิงจะทำให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ฮอร์โมนนี้จะป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นส่งผลต่อระบบร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการทำงานสัมพันธ์ภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อมและเมื่อประสิทธิภาพในงานตกต่ำสัมพันธ์ภาพเสื่อม จิตใจย่อมได้รับผลตึงเครียดมากขึ้นซ้ำซ้อนนับว่าความเครียด เป็นภัยต่อชีวิตอย่างยิ่ง (นิธิ ,2546)

1.8 การดื่มแอลกอฮอล์

ศรีวงศ์ (2533) กล่าวว่า แอลกอฮอล์ (Alcohol) เป็นของเหลวไม่มีสี แอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มมีนเมาคือ เอธิลแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มมีนเมาชนิดต่าง ๆ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้ บรั่นดี จะมีปริมาณของเอธิลแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ออกฤทธิ์กดประสาท มีการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

สุพัฒน์ (2547) ได้กล่าวเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มสุรา มีดังนี้

1) ทางด้านศาสนา ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามห้ามการดื่มสุรา เพราะถือว่าเป็นอบายมุขและบ่อเกิดความชั่วทั้งหลาย สำหรับศาสนาคริสต์ถือว่าการดื่มสุราจนมีนเมาทำให้เสียสุขภาพ เป็นบาปเพราะทำลายร่างกายที่พระเจ้าสร้างและยังเป็นเหตุให้ทำชั่วอื่นๆ อีกด้วย

2) ผลเสียทางเศรษฐกิจ

2.1) ผู้ที่ดื่มสุราและครอบครัวจะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อสุรานอกจากนี้ยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ติดสุราหรือได้รับการเจ็บป่วยจากสาเหตุการดื่มสุรา

2.2) ทำให้เสียเวลาในการทำงานและประสิทธิภาพการทำงานก็ลดลงด้วย

2.3) การดื่มสุราจากต่างประเทศเข้ามาทำให้เสียเศรษฐกิจของประเทศ

3) ผลเสียทางสังคม การดื่มสุราจนมึนเมาเป็นเหตุนำมาซึ่งความแตกร้างในครอบครัว อุบัติเหตุ ความผิดปกติทางเพศและคดีอาชญากรรม เป็นต้น

4) ผลเสียทางสุขภาพ การดื่มสุราเป็นจำนวนมากทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น โรคตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเหน็บชา โรคหัวใจ โรคติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น ส่วนฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ โดยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น นอกจากนี้แอลกอฮอล์ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงเห็นได้ว่าแอลกอฮอล์นั้นมีผลต่อระบบภายในร่างกายหลายระบบ ยิ่งบริโภคในปริมาณที่มากและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานก็ยิ่งเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ เหล่านี้มากขึ้น

สำนักโรคไม่ติดต่อ (2551) ได้กำหนดแนวปฏิบัติเบื้องต้นให้เกิดการจัดการตนเองสำหรับบุคคลทั่วไป ของการลดการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง โดยควรลดการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ในผู้ชายไม่ควรเกิน 2 แก้วต่อวัน ผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 แก้วต่อวัน (1 แก้ว หมายถึง เหล้าไม่เกิน 1 ออนซ์ หรือ 30 มล. เบียร์ไม่เกิน 12 ออนซ์ หรือ 360 มล. ไวน์ไม่เกิน 5 ออนซ์ หรือ 150 มล. วิสกี้ไม่เกิน 1½ ออนซ์ หรือ 45 มล.)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ มี 3 ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย

2.1 กรรมพันธุ์ (Heredity)

พันธุกรรมยังผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะครอบครัวที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ บทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกี่ยวข้องกับยีนที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงปัจจัยทางพันธุกรรมเหนี่ยวนำให้เกิด 4 ลักษณะ คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคอ้วน

จากการศึกษาของ Newman (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ Cholesterol ชนิดต่างๆ ความดันโลหิตและน้ำหนักตัวของเด็กในเมืองโบคาลูซา สหรัฐอเมริกาพบว่าไม่ว่าพ่อแม่หรือลูกหลานที่มีระดับ Cholesterol หรือ LDL สูง ลูกหลานของท่านจะมีโอกาสที่จะมีระดับ Cholesterol สูงกว่าลูกหลานของคนที่มีความดันโลหิต 2- 5 เท่า (อ้างใน ปาหนัน และคณะ, 2552)

2.2 อายุ (Age)

ชวนพิศ (2549) กล่าวว่า อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจมักพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคนี้ในคนอายุน้อยกว่า 40 ปี เนื่องจากรูปแบบการใช้ชีวิตของคนในยุคนี้เร่งรีบ นิยมรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ตั้งแต่วัยเด็กซึ่งอาหารประเภทนี้มักเป็นอาหารที่มีไขมันสูง โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจะปรากฏชัดเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการเสื่อมสลายของหลอดเลือด (Degenerative Change)

2.3 เพศ (Gender)

แม้ว่าเพศชายคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าหญิง 4 เท่า ต่อเมื่ออายุ 55 ปีขึ้นไป เพศหญิงจะมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าของคนปกติ โดยผู้หญิงจะเริ่มมีปัญหาระบบหัวใจเมื่อเข้าสู่วัยทอง ผู้หญิงจะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงหรือวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงเป็น 3 เท่าของผู้หญิงปกติ หรือหมดประจำเดือนช้า อัตราตายของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ลดต่ำลง

ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา เชื่อว่าเกิดจากการรณรงค์ป้องกันผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นโรคมามาก่อน (Primary Prevention) โดยรณรงค์ให้ประชากรเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หยุดสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและควบคุมระดับไขมันในเลือด หากควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวทำให้อุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำลง (American Heart Association, 2001)

แนวคิด ทฤษฎี และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

ธนวรรณ (2544) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotion Behavior) หมายถึง การดูแลตนเอง ป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจกรรม การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรค การงดดื่มสุราและงดสูบบุหรี่
2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น สงสัยว่าตนเองป่วย มีความเชื่อในผู้แนะนำ รวมทั้งไม่ทำ อะไร แต่คอยให้อาการผิดปกตินั้นหายไปเอง
3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่รู้ว่าตนเองเจ็บป่วยต้องเข้ารับรักษาหรือกำจัดโรคที่เจ็บป่วย รวมทั้งฟื้นฟูสภาพร่างกาย

Pender (1987) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเสนอเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญา และการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายในเจตนิมิต (2541) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประการ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือการวินิจฉัยในระยะไม่มีอาการของความเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ หรือเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยา ตามแผนการรักษาการออกกำลังกายเพื่อป้องกันมิให้อาการของโรครุนแรง และเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สารเสพติด การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอและการรับประทานอาหารบางชนิด

กล่าวโดยสรุป แล้วพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่

1. พฤติกรรมการดำรงไว้ให้สุขภาพดำรงไว้ให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันโรค (Health Maintenance and Protective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ปราศจากโรคภัยและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคด้วย ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 2 ส่วนนั้นสนับสนุนซึ่งกันและกันคือ การส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และสังคมย่อมส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมนำไปสู่การป้องกันโรค โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเหล่านั้นให้หลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อุบัติการณ์ของโรคและสาเหตุของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นตัววัดที่ชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถแก้ปัญหาโรคภัยที่สืบเนื่องหรือเป็นผลมาจากพฤติกรรมของบุคคลได้
2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติเพื่อให้อาการโรคหายได้พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ เกิดจากการเรียนรู้มากกว่าการเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่ พฤติกรรมใหม่

พรรณิ (2540) กล่าวถึงองค์ประกอบของพฤติกรรม ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domian) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสภาพพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ทำที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบดื่มชาชูกำลัง ความไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Phychomotor Domain) พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกาย และสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสีย(Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรคเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไป การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไป แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์จากความหมายต่างๆ ของพฤติกรรม สรุปได้ว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมใดๆ

ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งที่สังเกตได้คือ พฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกและที่สังเกตไม่ได้ คือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน

การป้องกันโรค เป็นมาตรการที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพ เพราะการทำให้คนไม่ป่วยย่อมเป็นการง่ายและประหยัดกว่าการรักษา และในกระบวนการป้องกันโรคพบว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่จะทำให้บุคคลป่วยหรือไม่ป่วยเป็นโรคนั้นคือ ผลจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันโรคจึงหมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมากมักจะอ้างถึงผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงและ หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ การดูแลตนเองในสภาพปกติ เป็นการดูแลตนเอง เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ สร้างเกราะภูมิคุ้มกันในโรคที่สามารถป้องกันได้สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งสามารถป้องกันโรคในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นการกระทำเพื่อควบคุมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ประกอบด้วยการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

1. ด้านการบริโภคอาหาร

ระดับโคเลสเตอรอลมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูง คือการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น การป้องกันและควบคุมภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดต้องควบคุมโดยเลือกบริโภคอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการและเหมาะสมกับวัย

กองโภชนาการ กรมอนามัยร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ ได้จัดทำข้อปฏิบัติ การกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือเรียกว่า “โภชนบัญญัติ 9 ประการ” เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับคนไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (กรมอนามัย, 2548)

1) กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัวแต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ การกินอาหารหลายๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ ถ้ากินไม่ครบ 5 หมู่ หรือกินอาหารซ้ำซากเพียงบางชนิดทุกวัน อาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอหรือมากเกินไป อันจะนำไปสู่การกินที่มีผลให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี

น้ำหนักตัวใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพ เนื่องจากแต่ละคนควรมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัยและสัมพันธ์กับความสูง ดังนั้นการรักษาน้ำหนักตัวและรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่อ้วนลงพุงจึงมีความสำคัญและจำเป็นยิ่ง จึงควรชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ตลอดจนการบริโภคอาหารให้หลากหลาย ในสัดส่วนที่เหมาะสมตามคู่มือธงโภชนาการ มีรายละเอียดดังนี้

2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงาน สารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ซึ่งผ่านการขัดสีแต่น้อย ถือว่ามีประโยชน์มาก เนื่องจากมีสารอาหาร โปรตีน ไขมัน โยอาหาร แร่ธาตุ และวิตามินในปริมาณที่สูงกว่า

อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงปริมาณอาหารประเภทข้าวและแป้งที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน เพราะถ้าร่างกายได้รับเกินความต้องการแล้วจะเปลี่ยนเป็นไขมัน เก็บไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้

3) กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ นอกจากจะให้วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารแล้ว ยังมีสารอื่นๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดและช่วยทำให้เยื่อของเซลล์ รวมทั้งอวัยวะต่างๆ แข็งแรงอีกด้วย

4) กินปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีนที่ดี โปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายและซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ

ปลาเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ หากกินแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะช่วยลดปริมาณไขมันในเส้นเลือด ถ้ากินปลาเล็กปลาน้อยจะได้แคลเซียมซึ่งทำให้กระดูกและฟัน แข็งแรง

การกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำ ไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนอย่าง เพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและโลหิต ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ต่อไป

ไข่เป็นอาหารโปรตีนราคาถูก หาซื้อง่าย ปรุงและกินง่าย ผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการ ปกติควรกินไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ที่สำคัญควรกินไข่ที่ปรุงให้สุก ถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งโปรตีน ที่ดี หาง่าย ราคาถูก ควรกินถั่วเมล็ดแห้งสลับกับ เนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับ สารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น

5) ดื่มนมที่เหมาะสมตามวัย นมประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญ คือ โปรตีน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะวิตามินบี 2 นมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง จะลดการเสื่อมสลายของกระดูกและทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำหน้าที่ปกติ

6) กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ อาหารแทบทุก ชนิดมีไขมันเป็นส่วนประกอบมากน้อยแตกต่างกันไป ไขมันเป็นแหล่งพลังงานที่สูงให้กรดไขมัน ที่จำเป็นต่อร่างกายช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมัน ในปัจจุบันคนไทย มีแนวโน้ม การกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไปทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อ้วนและเกิดโรคอื่นๆ ตามมา การได้รับ ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลมากเกินไป ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อ การเป็นโรคหัวใจ การรู้จักชนิดของอาหารที่มีไขมันสูง และรู้จักวิธีการประกอบอาหารจะทำให้ สามารถควบคุมหรือจำกัดปริมาณไขมันในอาหารได้

7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด ปัจจุบันคนไทยนิยมกินอาหาร รสจัดและใช้เครื่องปรุงรสกันมากเพราะเครื่องปรุงรสทำให้อาหารอร่อย มีรสชาติ เกิดความพึง พอใจต่อผู้บริโภค แต่ถ้ากินอาหารรสจัดมากเกินไป จนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

อาหารที่มีรสหวาน ซึ่งเป็นรสที่คนทั่วไปชื่นชอบ ได้แก่ ขนมหวานและผลไม้ รสหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม จากอาหารดังกล่าวทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น พลังงานส่วนเกินที่ได้จากน้ำตาลจะไปเก็บสะสมไว้ในร่างกาย หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มว่า จะเป็นโรคอ้วนได้

รสเค็มจากอาหารที่ได้จากการเติมน้ำปลาเกลือแกง ซีอิ๊ว โดยเฉพาะการรับประทาน อาหารประเภทของหมักดอง ปลาาร้า ปลาเค็ม นอกจากนี้เกลียยังแฝงมากับอาหารอื่นอีก เช่น ขนม อบกรอบ ขนมขบเคี้ยว และผงชูรส การได้รับเกลือมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชา ขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นในการกินอาหารควรลดการปรุง รสที่ไม่จำเป็นและหันมากินอาหารแบบไทยที่มีพืชผักสมุนไพร และกับข้าวที่เป็นเครื่องเคียงที่ปรุง จากเนื้อสัตว์และผักต่าง ๆ ทำใหร่างกายได้รับอาหารสมดุล

8) กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน สังคมไทยในปัจจุบันเป็นสังคมเมือง มากขึ้น มีการรีบเร่งในการดำเนินชีวิต เปลี่ยนพฤติกรรมจากการประกอบอาหารในครัวเรือนเป็น การซื้ออาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภค หรืออาหารพร้อมปรุง อาหารเหล่านี้มักมีการปนเปื้อนไม่ สะอาด เป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษและการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหาร ฉะนั้นเพื่อให้ ผู้บริโภคมีสุขภาพอนามัยที่ดี จึงควรต้องรู้จักวิธีการเลือกซื้อ และการปรุงประกอบอาหารสุก สะอาดปลอดภัย และมีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการ

9) งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการดื่มเหล้าเป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มักเกิดโรคขาดสารอาหาร ทั้งโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ และเมื่อดื่มไปนาน ๆ ดับจะถูกทำลายทำให้ เกิดการขาดสารอาหารมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะ อาหารและลำไส้ และในระยะหลังพบว่ายังเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งของคอและหลอดอาหาร ราย ที่เป็นโรคสุราเรื้อรังมักเกิดโรคตับแข็งและโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม ดังนั้นในรายที่ดื่มเป็นประจำ ต้องลดปริมาณการดื่มให้น้อยลง ถ้างดดื่มได้ก็จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

สรุปได้ว่า หลักสำคัญในการควบคุมอาหารในผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามที่สมาคมหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association, 2001) ได้แนะนำไว้ดังนี้

- 1) แต่ละวันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานอาหารทั้งหมด หรือไม่เกินวันละ 3-4 ช้อนโต๊ะ ของน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร รวมทั้งกะทิและเนย
- 2) ลดไขมันประเภทอิ่มตัวให้เหลือเพียงร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมดไขมันชนิดอิ่มตัวมากจากผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ไข่แดง น้ำมันหมู เนย นม และผลิตภัณฑ์จากนม รวมทั้งน้ำมันพืชจำพวกน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว
- 3) รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้เหลือเพียงวันละ 300 mg อาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ปลา กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก
- 4) เพิ่มการทานเส้นใยอาหารจากพืชผัก ผลไม้ ธัญพืช เปลี่ยนจากข้าวขาวเป็นข้าวกล้อง เนื่องจากเส้นใยอาหารมีความสามารถจับโคเลสเตอรอลและน้ำดีในลำไส้เล็กไว้ ทำให้ถูกดูดซึมเข้าร่างกายน้อยลง ถูกขับออกทางอุจจาระมากกว่าผู้ที่ไม่ทานเส้นใยอาหาร

2. ด้านการออกกำลังกาย

สุขบัญญัติ 10 ประการในการออกกำลังกาย

จรรยาพร (2538) กล่าวว่า สุขบัญญัติสิบประการในการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬา เพื่อสุขภาพ มีดังนี้ คือ

- 1) ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
- 2) ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที
- 3) ออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างหักโหม

4) ควรอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และผ่อนคลายก่อนเลิกออกกำลังกาย

5) ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย

6) ออกกำลังกายที่ให้ความสนุกสนาน

7) แต่งกายให้เหมาะสมกับชนิดของการออกกำลังกาย

8) ออกกำลังกายในสถานที่ปลอดภัย

9) ควรออกกำลังกายหลากหลายชนิด

10) ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว ต้องตรวจสอบสุขภาพก่อนออกกำลังกาย

ขั้นตอนการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (จารุวรรณ และคณะ อ่างใน พรรณี , 2552)

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up Phase)

เป็นช่วงเตรียมพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกาย จะใช้วิธีการยืดกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้ปรับตัวก่อนการออกกำลังกายจริง ระยะเวลาประมาณ 5 - 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนออกกำลังกายจริงจัง (Exercise Phase)

ขั้นนี้จะเป็นขั้นตอนการออกกำลังกายจริงๆ อย่างเต็มที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นเพิ่มความอดทนแก่ร่างกาย และจะต้องทำต่อเนื่อง เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นในขั้นตอนนี้ ควรเลือกใช้การเดิน ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาประมาณ 15 นาทีขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการผ่อนคลาย

เมื่อได้ออกกำลังกายตามกำหนดที่เหมาะสม ตามขั้นตอนที่ 2 แล้ว ควรจะค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายลงทีละน้อย แทนการหยุดการออกกำลังกายโดยทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่ค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

ตำรง (2537) กล่าวว่า เป้าหมายหลักของการออกกำลังกาย คือ การเสริมสร้างความอดทนของหัวใจ ปอด กิจกรรมที่เหมาะสม จึงควรเป็นประเภทที่ใช้แหล่งพลังงานทางแอโรบิกคือ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นจังหวะที่ไม่เร่งเร็วมากแต่มีความต่อเนื่องและนานพอรูปแบบที่นิยมได้แก่ การวิ่งเหยาะ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก การออกกำลังกายประเภทพื้นฐานต่างๆ

พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอแบบแอโรบิก อย่างน้อย 20 นาทีต่อวันหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลต่อการป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อม การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคภัยร้ายแรงได้ โดยเฉพาะ โรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะอันเนื่องจากการมีอายุเพิ่มขึ้นและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ผู้ที่ออกกำลังกายจะเกิดโรคเหล่านี้ ได้ช้ากว่าผู้ที่ขาดการออกกำลังกายหรืออาจไม่เกิดขึ้นเลยก็เป็นได้

ประโยชน์การออกกำลังกายแบบ Aerobic ช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1) ผลต่อระบบไหลเวียน การออกกำลังกายมีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต คือทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขนาดและความแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และความดันโลหิตลดต่ำลง เพิ่มการสูบน้ำออกปริมาณการไหลเวียนของเลือด ไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ได้ดี

2) กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ เพิ่มขนาดและปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ

3) ลดน้ำหนักและ ลดการสะสมไขมันในร่างกาย

4) การออกกำลังกายจะทำให้ไขมันชนิดเลว LDL ต่ำลง และสามารถทำให้ไขมันตัวที่เป็นประโยชน์คือ HDL เพิ่มขึ้นด้วย จึงสามารถป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้อย่างดีที่สุด (Powell, 1987)

5) ลดการรวมตัวของเกร็ดเลือดและเพิ่มการละลายของไฟบริน

3. ด้านการจัดการความเครียด

ความเครียด เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับทุกคนที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่บุคคลสามารถเลือกวิธีการต่างๆ ในการเผชิญความเครียดเหล่านั้นได้ โดยการฝึกฝนให้เกิดทักษะในการจัดการแก้ไขหรือมีการยอมรับในสิ่งเป็นจริงที่เกิดขึ้นและหาทางแก้ไข โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในตนเองและจากภายนอก เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะพยายามจัดการกับความเครียดเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดสูงมากเกินไปจนทำให้เกิดความสูญเสีย

สมจิต (2536) กล่าวถึง การจัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะ

1) มุ่งแก้ไขที่ปัญหา การแก้ไขที่ปัญหากระทำโดยการระบุปัญหา แสวงหาแนวทางในการแก้ไขใช้ทางเลือกที่ได้ประโยชน์สูงสุดและลงมือปฏิบัติในการจัดการกับความเครียด

2) การจัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญและกำลังใจหรือลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสามารถแก้ปัญหา โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิต ได้แก่ การบริหารเวลา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2.2) ปรับเปลี่ยนบุคคลิกภาพการรับรู้ของตนเอง เรียนรู้พัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ทำสมาธิ เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2540) เสนอรูปแบบการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

1) การยอมรับความเป็นจริงและคิดในเชิงบวก เมื่อมีปัญหาอย่าเพิ่มความกดดันให้ตนเองโดยการมองโลกในแง่ร้ายให้พยายามคิดในเชิงบวก และมองโลกในหลายๆ แง่มุม เช่น ยอมรับว่าทุกคนมีโอกาสผิดพลาดได้ทั้งนั้น และควรหาทางแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นมากกว่าโทษตนเอง

2) วางแผนแก้ปัญหา พยายามค้นหาสาเหตุของความเครียดแล้วแก้ไขให้ตรงจุดซึ่งการ ค้นหาสาเหตุอาจทำได้โดยสำรวจตนเอง วิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอคำปรึกษาและช่วยค้นหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขความเครียดนั้น วิธีการแก้ไขควรมองหาหลาย ๆ วิธีและเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด

3) การผ่อนคลายความเครียดแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

3.1) การคลายความเครียดในภาวะปกติเป็นวิธีคลายเครียดที่คนทั่วไปนิยมปฏิบัติ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ตนถนัด หรือชอบ และสนใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกรับสบายใจมากขึ้น เช่น เปลี่ยนอิริยาบถในการทำงานเป็นครั้งคราว เล่นกีฬาหรือบริหารร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพอ พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เป็นต้น สิ่งที่สำคัญคือ ควรหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยแก้ปัญหา กลับสร้างปัญหาให้เพิ่มมากขึ้นอีก

3.2) การคลายความเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง เทคนิคที่ใช้คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก เพราะเมื่อมีความเครียดกล้ามเนื้อต่างๆ จะมีการหดเกร็งมาก วิธีการที่ใช้ ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ และการไปรับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hot line) ของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

4. การควบคุมการสูบบุหรี่

บุหรี่ เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ได้ให้คำนิยามไว้ว่า ยาเสพติดคือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าร่างกายทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพและก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพและยังก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย และนักเภสัชวิทยาทำการวิเคราะห์บุหรี่พบว่า เมื่อจุดบุหรี่สูบเพียง 3 วินาที บริเวณเผาไหม้จะมีอนุภาคนิวตริ่งสูงถึง 850 - 880 อนุภาคเซลเซียส ซึ่งสามารถสลายสารเคมีกว่า 1200 ชนิดในบุหรี่และสารพิษที่สำคัญที่มีโทษร้ายแรงคือ สารนิโคติน และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (กรมควบคุมโรค, 2546)

การป้องกันตนเองจากบุหรี่

สุพัฒน์ (2547) กล่าวว่า การป้องกันและแก้ไขการสูบบุหรี่ควรแก้ที่ค่านิยมอันดับแรก โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ดังนี้

- 1) ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุหรี่
- 2) อาจารย์ไม่สูบบุหรี่เพื่อเป็นแบบอย่าง และควรห้ามนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ด้วย
- 3) พระภิกษุสงฆ์ควรเทศน์ เพื่อชี้แนะในเรื่องการไม่ควรสูบบุหรี่ แสดงตนเป็นแบบอย่างที่ดี
- 4) แพทย์ควรทำตนเป็นแบบอย่างและชี้ให้เห็นโทษของบุหรี่
- 5) รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน ร่วมมือกัน รณรงค์ให้เห็นความจำเป็นการต่อต้านบุหรี่ เช่น การรณรงค์ส่งเสริมให้หน่วยงาน ประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมให้ละเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่ด้วยตนเองนับว่ามีความสำคัญมาก เพราะผู้สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 90 สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง อุไร (2543) ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ตั้งใจเลิกบุหรี่ว่ามีหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การให้ดื่มน้ำมากๆ ไม่เข้าใกล้คนสูบบุหรี่หรือสิ่งแวดล้อมที่มีบุหรี่ การใช้สมุนไพรการฝังเข็ม การดูวิดีโอ การทำสมาธิ การรักษาสัญญา การให้รางวัลเมื่อทำได้สำเร็จการตั้งใจจริงในการเลิกบุหรี่ เป็นเรื่องสำคัญ อย่างไรก็ตามการให้กำลังใจจากครอบครัวและเพื่อนฝูงคอยสนับสนุนมักจะประสบผลสำเร็จมากกว่าผู้ที่อดบุหรี่ตามลำพัง

การเลิกบุหรี่

เทคนิคง่ายๆ เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ (ตำนักรโรคไม่ติดต่อ อ่างใน พรรณี, 2552)

- 1) ลงมือเลิก ด้วยความตั้งใจ
- 2) เลือกวันเลิกที่สำคัญมีความหมาย เช่น วันเกิด วันพ่อ
- 3) บอกคนใกล้ชิดให้รู้ด้วยเพื่อขอกำลังใจ
- 4) ทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่
- 5) ช่วงที่พยายามเลิกบุหรี่ควรหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่
- 6) ปรับพฤติกรรม เช่น ออกกำลังกายแทน
- 7) ให้พิจารณาผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- 8) หากไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง ต้องการคำแนะนำโทรปรึกษาได้ที่ โทร. 1600
- 9) ให้ดื่มน้ำอุ่นตอนเช้า 2 แก้ว และบ่าย 2 แก้ว เพื่อขับสารนิโคตินออกจากร่างกาย
- 10) รับประทานวิตามินบีคอมเพล็กซ์เพื่อช่วยทำลายพิษของนิโคติน

- 11) รับประทานอาหารประเภทผักสด ผลไม้สด
- 12) งดอาหารรสมันจัด หวานจัด เค็มจัด ไม่ดื่มสุรา ชา กาแฟ ยาระงับประสาท
- 13) อาบน้ำเย็นๆ เพื่อช่วยลดความอยากนุหรีได้

5. การควบคุมการดื่มสุรา

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol หรือ Ethanol) ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกินร้อยละ 60 (เป็นเกณฑ์กำหนดสากลทั่วไปแต่ของคนไทยครอบคลุมถึงปริมาณไม่เกินร้อยละ 80) ถ้าในน้ำสุรามีแอลกอฮอล์อยู่มาก เมื่อดื่มจะรู้สึกเมาตามความแรงมีอยู่หลายชนิด เช่น กระแช่ สุราขาว ไวน์ บรั่นดี วิสกี้ คอนยัค แชมเปญ เบียร์ ฯลฯ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2551)

แนวทางการควบคุมการดื่มสุรา

- 1) หลีกเลี่ยงการดื่มสุราด้วยสาเหตุเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า
- 2) ถ้าไปงานเลี้ยงสังสรรค์ควรรับประทานอาหารไปก่อน หรือดื่มสุราไปพร้อมกับกลับแก้้มทำให้การดูดซึมแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย ช้าลง
- 3) ขณะดื่มควรหลีกเลี่ยงการต่อรงที่ชักชวนให้ดื่มมากขึ้น
- 4) ควรดื่มช้าหากดื่มเร็วปริมาณแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายมากอย่างรวดเร็วจะทำให้เมาเร็วขึ้น

เทคนิคบอกลา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ, 2551 อ้างใน พรรณี, 2552)

- 1) เขียนเหตุผลว่าทำไมจึงควรหยุดดื่มเหล้า

2) ลงมือทำความตั้งใจ โดยกำหนดวันที่จะเริ่มหยุดดื่ม เขียนวันที่ตั้งใจจะเริ่มหยุดดื่มใส่กระดาษแปะไว้ที่ที่เห็นได้ชัด

3) บอกความตั้งใจของคุณให้คนอื่นรับรู้ด้วย

4) ระหว่างที่หยุดดื่มนั้นให้หันมาดูแลตัวเอง ระวังการเหตุผลที่เขียนไว้ในข้อแรกบ่อยๆ

5) หากพลาดพลั้งผลอดดื่มในระหว่างที่งด ก็ให้ถือเป็นประสบการณ์เพื่อเรียนรู้และเริ่มต้นใหม่

6) หลังประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มในช่วงเวลาที่ตั้งใจไว้ ให้ต่อเวลาออกไปอีก เมื่อทำไปเรื่อยก็จะกลายเป็นความเคยชิน

7) หากความตั้งใจหยุดดื่มไม่สำเร็จอาจปรึกษาแพทย์

8) หลีกเลียงสิ่งใดก็ตามที่จะทำลายความตั้งใจของคุณ

9) เล็งเป้าหมายให้แม่นยำ และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

6. การตรวจร่างกายประจำปี

เป็นวิธีการหนึ่งที่เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและปกป้องสุขภาพได้เป็นอย่างดี มีโรคหลายชนิดที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น หรือหากเกิดขึ้นแล้วมีการตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะแรกจะมีผลต่อการรักษาทำให้หายได้ การตรวจประจำปีเป็นการตรวจคัดกรอง (Screening Examination) ที่ควรทำในช่วงอายุ 35-65 ปี การตรวจร่างกายเพื่อติดตาม ควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือด น้ำตาลในเลือด ระดับความดันเลือดสูงเพื่อไม่ให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือเพื่อไม่ให้เกิดโรคต่อเนื่อง

การตรวจสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์

สมจิต (2536) กล่าวถึง การตรวจสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ ประกอบด้วย การตรวจ ดังนี้

1) การตรวจเกี่ยวกับโรคหัวใจสาเหตุการตายเป็นอันดับสองของประเทศไทย รองจากอุบัติเหตุ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด คนที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ คนอ้วน ผู้สูบบุหรี่ ผู้ที่มีความดันสูง เรื้อรัง มีไขมันเส้นเลือดสูง มีความเครียดวิตกกังวลสูงตลอดเวลาและมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

2) การตรวจวัดความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งเกิดจากความเครียด ความผิดปกติ เช่น มีไขมันจับที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้เลือดไหลเวียนได้ยากส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อขับเลือดออกมาให้เพียงพอและความดันโลหิตก็จะเพิ่มสูงขึ้น

3) การหาระดับไขมันในโลหิต ตรวจได้โดยเจาะเลือดแล้วนำไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ ชนิดของไขมันในโลหิตที่ตรวจ ได้แก่ ระดับของ Total Cholesterol, HDL Cholesterol, LDL Cholesterol , Triglyceride ในรายที่มีอายุเกิน 40 ปี หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ แพทย์จะให้เจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันในเลือดภายหลังจากการงดอาหารและเครื่องดื่ม 12 ชั่วโมง ค่าปกติของระดับไขมันในเลือดสำหรับ โคลเลสเตอรอล ไม่ควรสูงเกิน 200 mg/dL.

4) การตรวจปัสสาวะเป็นการหาว่าในปัสสาวะมีน้ำตาลหรือไม่เป็นการตรวจเพื่อดูโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ การตรวจปัสสาวะสามารถตรวจหาโปรตีน หรือเซลล์เม็ดเลือดแดงอันเป็นผลมาจากไต และความผิดปกติซึ่งเกิดจากโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ

5) การตรวจคลื่นหัวใจ ซึ่งมีการตรวจ 2 แบบ คือ ตรวจดูการทำงานของหัวใจขณะที่ออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) ทำให้สามารถตรวจพบในผู้ป่วยบางรายซึ่งไม่พบความผิดปกติของการตรวจคลื่นหัวใจขณะพัก การตรวจคลื่นหัวใจนี้ผลจะออกมาเป็นรูปกราฟจึงต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้อ่านและแปลผล

6) การตรวจหาเซลล์มะเร็งมะเร็งเป็นโรครที่เป็นแล้วต้องมีการสูญเสียชีวิตอย่างแน่นอน โดยเฉพาะถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องในอเมริกา พบว่า ร้อยละ 22 ของการตายทั้งหมด มาจากสาเหตุของการเป็นมะเร็ง การตรวจพบโรคได้เร็วและเข้ารับการรักษาได้ทันท่วงที่ทำให้มีโอกาสรอดจากโรครนี้ได้

บรรทัดฐานของการตรวจที่ควรทราบ

- 1) การตรวจหาปริมาณสารชีวเคมี ควรทำ ทุก 2 ปี
- 2) การวัดความดันโลหิตควรทำ ทุกปี
- 3) ควรตรวจฟัน ควรตรวจทุก 1-2 ปี
- 4) การตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า ควรทำ ทุก 3-5 ปี (สำหรับผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป)
- 5) การตรวจวัดสายตา ควรทำ ทุก 3-5 ปี
- 6) การตรวจสอบการได้ยิน ควรทำ ทุก 5 ปี เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไปจนถึง 70 ปี หลังจากนั้นควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทุกปี
- 7) ในผู้หญิง อายุ 40 ปี ขึ้นไป ควรตรวจเต้านมทุก 2 ปี อายุ 50 ปีขึ้นไป ตรวจปีละ 1 ครั้ง การตรวจมะเร็งปากมดลูก อายุ 40 ปีขึ้นไป ควรทำ ปีละครั้ง การตรวจสุขภาพจะได้ผลดีอยู่ที่ผู้ที่แข็งแรง อาจเป็น แพทย์ พยาบาล หรือนักเทคนิคการแพทย์จะต้องประมวลผลเข้าด้วยกันแล้วแปลผลให้ผู้มารับการตรวจเข้าใจ โดยให้คำอธิบายเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหา เมื่อพบความบกพร่องหรือความผิดปกติที่ต้องแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางก็ควรส่งต่อเพื่อการดูแลที่ถูกต้อง นอกเหนือจากผลการตรวจสุขภาพที่ได้รับ ควรให้การแนะนำ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีร่วมกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ของ Lawrence Green เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม โดยมีสมมุติฐานว่า สุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย

แนวคิดทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE (PRECEDE Model)

PRECEDE – PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green และ Marshall Krueter เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการ ส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์/พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลยุทธ์/วิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนดำเนินงาน สุขศึกษา **PROCEED** เป็นคำย่อมาจาก (Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development) เป็นระยะเวลาของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วน **PRECEDE** ให้เสร็จก่อน จึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุซึ่งปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจนในการพัฒนา กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment Education Model) ของ Freire

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่างๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมือง และสังคมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคลของ Green (1980) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุซึ่งและประเมินปัญหาด้านสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : Q O L) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภครบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชน ตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal Groups) การอภิปรายเจาะกลุ่ม (Focus Group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผน พิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุซึ่งว่า มีปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จุดเน้นของระยะนี้ก็คือจะระบุซึ่งสาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

1. กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงาน โครงการและ การใช้ทรัพยากร

3. มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงาน ร่วมกัน นอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหาที่ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่น ระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ต้องการให้เกิด และมากน้อยเพียงใด ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้เมื่อไร ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัย ด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียไป เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับ อายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของความเจ็บป่วย/การเกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น)

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหา สาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยในระบายนี้นี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่าง เป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในขั้นตอนที่ 2 ในขั้นตอนนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่ พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึง พันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการ บริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในขั้นตอนนี้ ก็คือ การจัดลำดับความสำคัญของ สาเหตุพฤติกรรมในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรมนั้นๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตใน แต่ละประเด็นของขั้นตอนที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย นำมา วางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้โดยสรุป การวินิจฉัยด้านพฤติกรรม เป็นการวินิจฉัยว่ามี พฤติกรรมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุไว้ ในขั้นตอนที่ 1 – 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา (Educational Diagnosis)

ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling Factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (Reinforcing Factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะ เป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุซึ่ง จะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและทางลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้น จึงต้องพินิจลงไปเลยว่า จะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตาม วัตถุประสงค์กิจกรรมนั้นๆ

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพึงพอใจของบุคคล ซึ่ง ได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อายุ เพศ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขภาพด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุประสงค์ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าว มีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้าที่ออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุ ว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (อ้างใน Green, 1980) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 4 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บป่วย การทรมาน พิการ เสียชีวิต
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม
4. ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบที่จะมีผลต่อการปรับตัวทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเวลาในการมารับบริการสุขภาพ และความยากลำบากในการปฏิบัติตัว เช่น ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญคือ การหาได้ง่าย และความสามารถในการเข้าถึงได้ง่าย ของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น

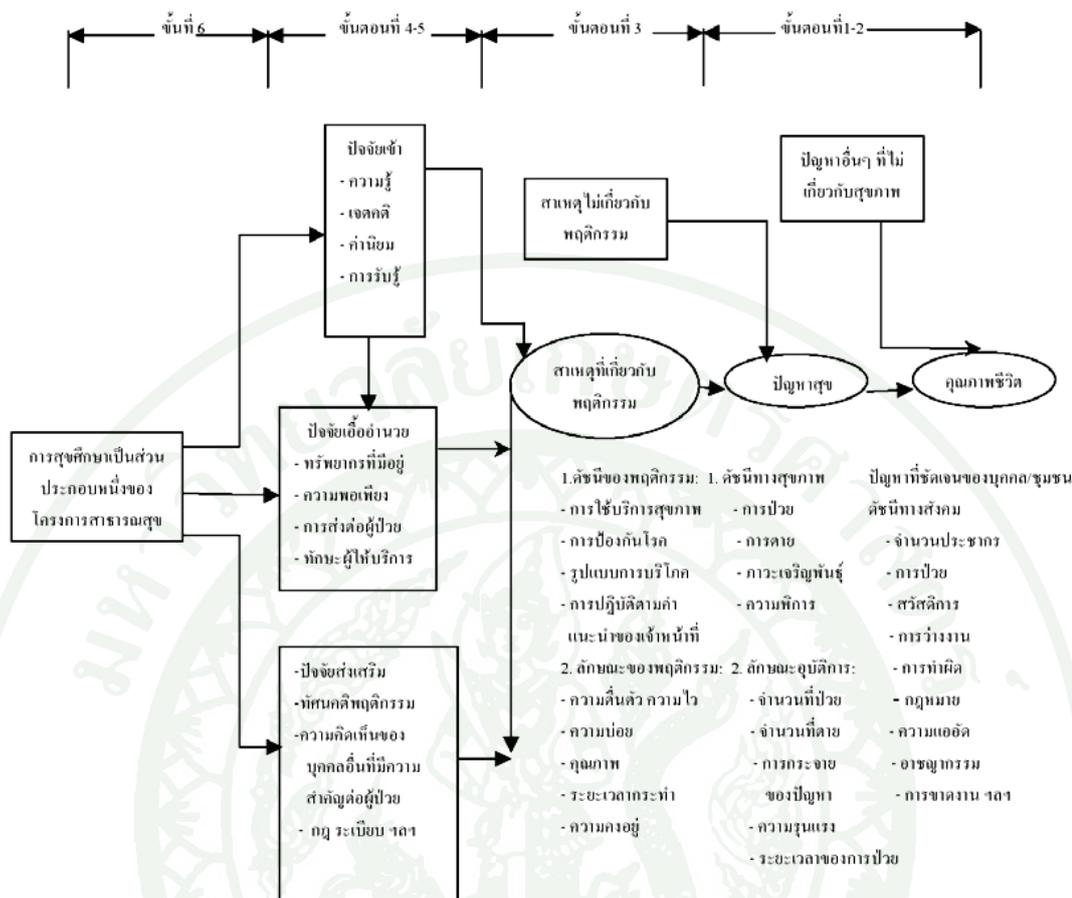
ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ซึ่งสิ่งที่ได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ สื่อมวลชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีทางด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงกันข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนอื่นๆ จะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework

ที่มา: Green et al. (1980) อ้างถึงใน สมทรง และ สรวงศ์ภรณ์ (2540)

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Evaluation)

ขั้นตอนนี้จะไม่มีการแสดงอยู่ในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจน การประเมินผลใน PRECEDE Model จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขภาพ การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายที่สุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานในระยะยาว

โดยหลักของ PRECEDE Model การดำเนินการในเรื่องต่างๆ ถ้ามีผลต่อบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายในลักษณะที่เป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแล้ว ย่อมจะมีผลต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น เพราะเมื่อใดก็ตามที่ปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีความเหมาะสมสอดคล้องกันทั้งในระดับและทิศทางก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมได้ในที่สุด ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีของ PRECEDE Model มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้พัฒนาขึ้นเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลและได้รับการยืนยันว่ามีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการแสวงหาการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค แรงจูงใจต่อสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่าย ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับเอาใจใส่ (ประภาเพ็ญ และ สวึง, 2536)

ในระยะแรก Rosenstock (1974) ได้สรุปถึงองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้และความคาดหวังของบุคคล และกล่าวว่าการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง

3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคมักเกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และต้องไม่มีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัตินั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความกลัว หรือความอาย เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง (Rosenstock, 1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของเขาและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงโรคโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดหรือความอาย เป็นต้น

Becker and Maiman (1978) ได้เสนอว่า องค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถอธิบายได้ถึงความต้องการที่จะยินยอมรับการรักษา และจากความตั้งใจอันเนื่องมาจากแรงจูงใจทางสุขภาพอนามัย ซึ่งสรุปได้ว่า บุคคลนั้นยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และยอมรับในการบำบัดรักษา ซึ่งการยอมรับนั้นเกิดจากการมีสิ่งสนับสนุนทั้งภายในตัวเขาและภายนอกตัวเขาด้วย ในส่วนของการยอมรับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้เป็นหลักในการทำนายพฤติกรรม จะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริงที่บุคคลนั้นรับรู้ได้ไม่ยาก จึงทำให้เกิดการยอมรับในพฤติกรรมนั้น ในทำนองเดียวกัน องค์ประกอบของสุขภาพที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์นั้น การรักษาก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรค ดังนั้นเพื่อให้รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น ควรจะต้องมีการวางแผนให้ตรงจุดประสงค์ และในการวัดการประเมินต้องใช้การวัดจำนวนมากๆ ซึ่งส่วนใหญ่ในองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ที่การรับรู้ของบุคคลที่ต้องการจะวัดพฤติกรรม โดยสรุป องค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถแยกเป็นลำดับข้อและให้รายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม

คำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคล ต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker et al., 1974)

1. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง บุคคลก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร และถ้าบุคคลมีความเชื่อและวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคอย่างมาก ก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ

2. การรับรู้ประโยชน์ของป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของบุคลากร ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

3. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผล

ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด การตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สะดวกสบาย การมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประสิทธิภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปและการประเมินแรงจูงใจของบุคคล สามารถวัดจากความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร มีข้อมูลยืนยันได้ว่าความสนใจ ความใส่ใจ และแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ หรือค่านิยมทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง เจตคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วย เช่นเดียวกันได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม เจตคติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านต่าง ๆ

แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนซึ่งมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยโรคเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข

Pender (1996) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา มารดา คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจให้คำแนะนำ
2. กลุ่มเพื่อน ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง และสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เคยประสบมากับเพื่อน
3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา เป็นกลุ่มที่มีการพบปะในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนา นั้น ๆ
4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แกผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุน
5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Pender (1996) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วม เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือความห่วงใย การกระตุ้นเตือน หรืออาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า
2. แรงสนับสนุนทางข้อมูล ข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร ข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ
3. แรงสนับสนุนทางการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
4. แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตรา (2540) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40-59 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา ทำการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจและการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าภายหลังจากทดลองนำหน้ากตัวและระดับโคเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองลดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉริยา (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพฯ พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิง โรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาระยะเวลาเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

วณิ (2543) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษา การส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเส้นเลือด โดยมีปัจจัยด้านชีวสังคม และปัจจัยด้านสังคมจิตลักษณะ สามารถทำนายไขมัน Cholesterol ได้ร้อยละ 19.5 และยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพเป็นตัววัดการทำนายไขมัน HDL ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเอื้อได้แก่การมีทรัพยากรสนับสนุนแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวก กับแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้พิพากษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิภารัตน์ (2545) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การขาดแหล่งประโยชน์ และความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับอายุและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

อัจฉราภรณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ยังต้องเน้นที่พฤติกรรมออกกำลังกาย รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการจัดความเครียด

ลัดดาวัลย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย

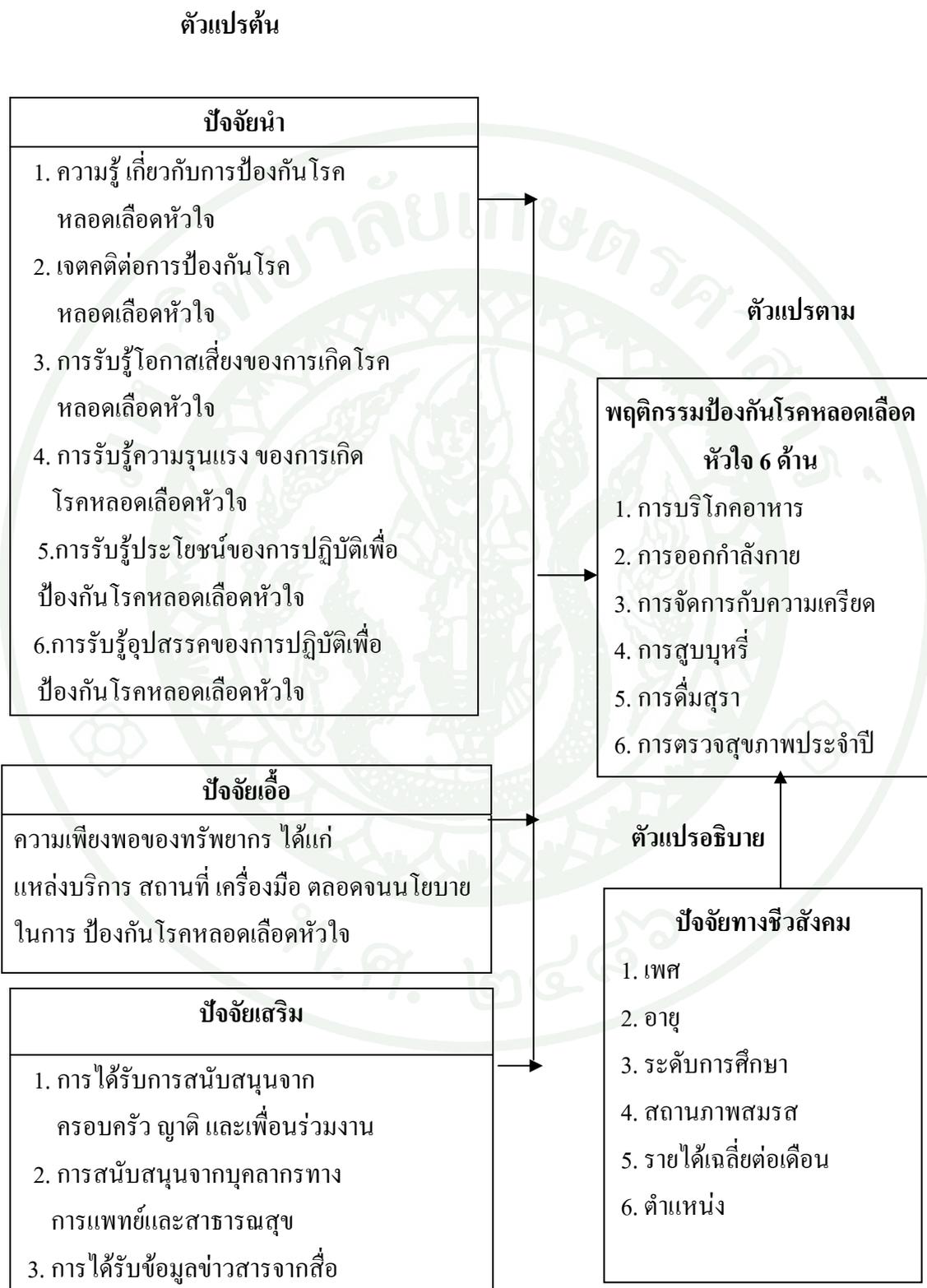
โรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล
ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพลินตา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 35
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาส
เสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุน
ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือด
หัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ เพศ
อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ และบุคคลใกล้ชิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

นุชรรัตน์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด
หัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ผลการศึกษา
พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัย
แพทยศาสตร์ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง
ต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ มีนโยบายเกี่ยวกับการ
ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริมได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติและเพื่อน
ร่วมงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .01

ปิยาภรณ์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านชีวสังคม นำปัจจัย และ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ความรู้เจตคติ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ความเพียงพอของทรัพยากร ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและ การได้รับ ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ทุกตัวแปร ส่วนตัวแปรร่วม 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ส่วนเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานรวมถึง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 24.2

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย ในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือข้าราชการ พนักงานราชการและลูกจ้างประจำที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนกลางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12) ปีงบประมาณ 2552 รวมทั้งสิ้น 1418 คน (กองการเจ้าหน้าที่ กรมควบคุมโรค, 2552)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากประชากร โดยกำหนดจากการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane (1973) ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (0.05)

เมื่อแทนค่าลงในสูตรจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ

$$n = \frac{1418}{1 + 1418 (0.05)^2}$$

$$= \frac{1418}{1+1418 (0.0025)}$$

$$= \frac{1418}{1+3.545}$$

$$= \frac{1418}{4.545}$$

กลุ่มตัวอย่าง = 312 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกมาจากคัดมาจากราชการ พนักงานราชการและ ลูกจ้างประจำที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนกลางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่1-12) โดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Random Sampling) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ(Stratified Random Sampling) เพื่อจัดหน่วยประชากรในแต่ละชั้นให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด จัดหน่วยประชากรที่ต่างชั้นกันให้มีความแตกต่างกันมากที่สุด แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแต่ละชั้นด้วยวิธีสุ่มแบบง่ายตัวอย่างที่สุ่มมาได้จะเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด แยกเป็นรายหน่วยงานดังนี้ (กองการเจ้าหน้าที่ กรมควบคุมโรค, 2552)

หน่วยงาน	ประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
1. สำนักงานเลขานุการกรม	42	9
2. สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์	6	1
3. สำนักจัดการความรู้	5	1
4. กองแผนงาน	30	7
5. กองการบุคลากร	42	9
6. กองคลัง	39	9

7. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	6	1
8. กลุ่มตรวจสอบภายใน	6	1
9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	175	38
10. สำนักโรคติดต่อทางแมลง	103	23
11. สำนักโรคติดต่อทั่วไป	86	19
12. สำนักโรคไม่ติดต่อ	39	9
13. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	79	17
14. สำนักระบาดวิทยา	86	19
15. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่	22	5
16. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์	12	3
17. สำนักวัณโรค	68	15
18. สำนักงานคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ	9	2
19. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ	6	1
20. สถาบันบำราศนราดูร	309	68
21. สถาบันราชประชาสมาสัย	248	55
รวม	1418	312

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของบุคลากร

ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่ง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง (Opened - ended) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยนำของบุคลากรกรมควบคุมโรคหรือคุณลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมี 5 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดเป็นประโยชน์บอกเล่า คำตอบมีให้เลือกตอบคือ ถูก ผิด หรือไม่แน่ใจโดยคะแนนข้อคำถามตอบใช่ได้ 1 ตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบได้ 0 จำนวน 16 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบใช่	ให้	1	คะแนน
ตอบไม่ใช่	ให้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนความรู้จากค่ามัธยมาเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ความรู้มาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
 ความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
 ความรู้น้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

2.2 แบบสอบถามด้านเจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 13 – 52 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่า มีเจตคติต่อการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดที่ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก		ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
		(Positive Statement)	(Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผลด้านเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนด้านเจตคติจากค่ามัธยมาเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เจตคติดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

เจตคติปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

เจตคติไม่ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

2.3 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 15 – 60 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผลด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากค่ามัธยมาเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้ (สุวิมล, 2546)

การรับรู้ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

การรับรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

การรับรู้ไม่ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนน

ต่ำสุด

2.4 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรง ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 10 – 40 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผลด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากค่ามัธยมาเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

การรับรู้ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

การรับรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

การรับรู้ไม่ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

2.5 แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 5 ข้อแต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 5-20 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1	4

2.6 แบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 8 ข้อแต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยช่วงคะแนน มีค่าระหว่าง 8-32 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผลด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากค่ามัธยมาเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้ (สุวิมล, 2546)

การรับรู้ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

การรับรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

การรับรู้ไม่ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนน

ต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย ในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 10 – 40 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่ามีความพร้อมทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มาก

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	มีค่าคะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
		(Positive Statement)	(Negative Statement)
มีมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
มีมาก	มีค่าคะแนน	3	2
มีน้อย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่มี	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผล ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนด้านความเพียงพอของทรัพยากร จากค่ามัธยฐานเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

มีมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

มีน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า รวม 21 ข้อ แยกเป็นรายละเอียดดังนี้

4.1 การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย ไม่ได้รับเลย ประกอบด้วยช่วงคะแนน มีค่าระหว่าง 8-32 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่าได้รับการสนับสนุนมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
ได้รับมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
ได้รับมาก	มีค่าคะแนน	3	2
ได้รับน้อย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่ได้รับเลย	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผล ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับของคะแนนด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน จากค่ามัธยฐานเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ได้รับมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ได้รับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ได้รับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

4.2 การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย ไม่ได้รับเลย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 4 – 16 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่าได้รับการสนับสนุนมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
ได้รับมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
ได้รับมาก	มีค่าคะแนน	3	2
ได้รับน้อย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่ได้รับเลย	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผล ด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับของคะแนนด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากค่ามัธยฐานเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้ (สุวิมล, 2546)

ได้รับมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ได้รับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ได้รับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

4.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย ไม่ได้รับเลย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 9 – 36 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่าได้รับการสนับสนุนมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
ได้รับมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
ได้รับมาก	มีค่าคะแนน	3	2
ได้รับน้อย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่ได้รับเลย	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผล ความเพียงพอด้านข่าวสารจากสื่อ ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนความเพียงพอ ด้านข่าวสารจากสื่อ คำนวนจากค่ามัธยมาเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้ (สุวิมล, 2546)

ได้รับมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ได้รับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ได้รับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย ไม่ปฏิบัติ ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 15 – 60 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
ปฏิบัติเป็นประจำ	มีค่าคะแนน	4	1
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	มีค่าคะแนน	3	2
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่ปฏิบัติ	มีค่าคะแนน	1	4

เกณฑ์การประเมินผลพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากค่ามัธยมาเลขคณิต คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้ (สุวิมล, 2546)

ระดับดี	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือการวิจัยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย
2. ศึกษาจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า และคำแนะนำ มาสร้างแบบสอบถามโดยมีข้อกระทงคำถามเป็น ทั้งปลายปิดและปลายเปิด โครงสร้างเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย

4. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาและนำมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

5.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลจากการทดลอง ใช้ไปทำการตรวจสอบคุณภาพวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1970) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วน ได้ดังนี้

- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับความรู้
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับเจตคติ
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับปัจจัยเสริม
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

5.3 แบบสอบถามความรู้ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก และค่าความยากง่ายรายข้อ โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson Formula 20 หรือ KR-20 เลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .2 ขึ้นไป

5.4 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจาก ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงอธิบดีกรมควบคุมโรค และผู้อำนวยการ สำนัก/กอง/สถาบันต่างๆ ในกรมควบคุมโรค เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตัวเอง และนำแบบสอบถามไปชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างมีอิสระ และเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 1 เดือน โดยดำเนินการในเดือน มกราคม 2553

3. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ความถูกต้องและความครบถ้วนของคำตอบ และซักถามเพิ่มเติมเมื่อไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม โดยนำมาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.) เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะข้อมูล ของบุคลากร ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัย กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สถิติสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Order Correlation) สำหรับตัวแปรต้นที่ไม่ใช่ การกระจายในรูปแบบโค้งปกติ แต่สำหรับตัวแปรต้นที่มีการกระจายของข้อมูลรูปแบบโค้งปกติ จะใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)
ประเภทการสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งหน้าที่
2. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติต่อ
การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรง
ของโรค ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ความเพียงพอของทรัพยากร ได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่
เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน และ
การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์
ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิเคราะห์
หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้
สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ด้วยสถิติ
Contingency Coefficient และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank
Order Correlation) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson

's Product Moment Correlation Coefficient) นอกจากนี้ยังมีสถิติชั้นรองในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับการวิเคราะห์สถิติทั้งหมดนี้ได้กระทำโดยรวมในแต่ละตอนเป็นรายด้าน เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 พรรณนาข้อมูล ปัจจัยทางชีวสังคม ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 1 พรรณนาข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

(n = 312)

	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	61	19.6
	หญิง		
		251	80.4
2. อายุ			
	35 - 44 ปี	101	32.4
	45 - 54 ปี	166	53.2
	55 - 59 ปี	45	14.4

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าอนุปริญญา	51	16.3
อนุปริญญา	30	10.0
ปริญญาตรี	143	45.8
ปริญญาโท	85	27.2
ปริญญาเอก	3	1.0
4. สถานภาพการสมรส		
โสด	85	27.2
สมรส	204	65.4
หม้าย	12	3.9
หย่าร้าง/แยก	11	3.5
5. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	0.3
5,000 – 9,999 บาท	10	3.2
10,000 - 14,999 บาท	48	15.4
15,000 -19,999 บาท	47	15.1
20,000 -24,999 บาท	72	23.1
25,000 – 29,999 บาท	54	17.3
30,000 บาทขึ้นไป	80	25.6
6. ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน		
ข้าราชการ	243	77.9
พนักงานราชการ	15	4.8
ลูกจ้างประจำ	54	17.3

จากตารางที่ 3 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.4 มีอายุระหว่าง 45-54 ปี ร้อยละ 53.2 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 45.8 พบ สถานภาพการสมรสแล้ว ร้อยละ 65.4 มีรายได้ต่อเดือน 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 25.6 และ พบมีตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบันเป็นข้าราชการถึงร้อยละ 77.9

ตอนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.1 ปัจจัยนำ

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

			(n = 312)
	ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรู้มาก	(คะแนนระหว่าง 15 - 16 คะแนน)	39	12.5
ความรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 12 - 14 คะแนน)	174	55.8
รู้น้อย	(คะแนนระหว่าง 0 - 11 คะแนน)	99	31.7

$$\bar{X} = 12.07 \quad S.D. = 2.49 \quad \text{Max} = 16 \quad \text{Min} = 0$$

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 รองลงมามีรู้น้อย ร้อยละ 31.7 และมีความรู้มาก พบร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

2.1.2 เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับเจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 312)

ระดับเจตคติ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เจตคติที่ดี (คะแนนระหว่าง 33 - 37 คะแนน)	68	21.8
เจตคติปานกลาง (คะแนนระหว่าง 28 - 32 คะแนน)	132	42.3
เจตคติไม่ดี (คะแนนระหว่าง 18 - 27 คะแนน)	112	35.9

$\bar{X} = 28.88$ S.D. = 3.88 Max = 37 Min = 18

จากตารางที่ 5 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 รองลงมามีเจตคติไม่ดีร้อยละ 35.9 และมีเจตคติที่ดี พบร้อยละ 21.8 ตามลำดับ

2.1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 6 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 312)

ระดับการรับรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ดี (คะแนนระหว่าง 38 - 45 คะแนน)	57	18.3
การรับรู้ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 33 - 37 คะแนน)	95	30.4
การรับรู้ไม่ดี (คะแนนระหว่าง 18 - 32 คะแนน)	160	51.3

$\bar{X} = 33.09$, S.D. = 5.46, Max = 45, Min = 18

จากตารางที่ 6 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.3 รองลงมามีการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 30.4 และการรับรู้ที่ดี พบ ร้อยละ 18.3 ตามลำดับ

2.1.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 7 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 312)

	ระดับการรับรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ดี	(คะแนนระหว่าง 27 - 30 คะแนน)	69	22.1
การรับรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 22 - 26 คะแนน)	96	30.8
การรับรู้ไม่ดี	(คะแนนระหว่าง 11 - 21 คะแนน)	147	47.1

$\bar{X} = 22.53$, S.D. = 4.13, Max = 30, Min = 11

จากตารางที่ 7 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 47.1 รองลงมาเป็นการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 30.8 และการรับรู้ที่ดี พบ ร้อยละ 22.1 ตามลำดับ

2.1.5 การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 8 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 312)

	ระดับการรับรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ดี	(คะแนนระหว่าง 14 – 15 คะแนน)	85	27.2
การรับรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 9 - 13 คะแนน)	208	66.7
การรับรู้ไม่ดี	(คะแนนระหว่าง 5 - 8 คะแนน)	19	6.1

$\bar{X} = 11.89$, S.D. = 2.37, Max = 15, Min = 5

จากตารางที่ 8 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 รองลงมา มีการรับรู้ดี ร้อยละ 27.2 และมีการรับรู้ไม่ดี ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ

2.1.6 การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 9 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 312)

ระดับการรับรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
การรับรู้ดี (คะแนนระหว่าง 27 - 58 คะแนน)	32	10.3
การรับรู้ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 22 - 26 คะแนน)	259	83.0
การรับรู้ไม่ดี (คะแนนระหว่าง 13 - 21 คะแนน)	21	6.7

$\bar{X} = 11.63, S.D. = 3.41, \text{Max} = 47, \text{Min} = 4$)

จากตารางที่ 9 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคส่วนใหญ่ มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 83.0 รองลงมา มีการรับรู้ดี ร้อยละ 10.3 และมีการรับรู้ไม่ดี ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยอื่น

ความเพียงพอของทรัพยากร ได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 10 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเพียงพอของทรัพยากรในการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 312)

ระดับความเพียงพอของทรัพยากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีมาก (คะแนนระหว่าง 18 - 28 คะแนน)	64	20.5
มีปานกลาง(คะแนนระหว่าง 11 - 17 คะแนน)	113	36.2
มีน้อย (คะแนนระหว่าง 1 - 10 คะแนน)	135	43.3

$\bar{X} = 11.99$, S.D. = 5.34, Max = 28, Min = 1

จากตารางที่ 10 พบว่าบุคลากร ครอบคลุมโรคส่วนใหญ่มีทรัพยากรเพียงพอ อยู่ใน
ระดับน้อย ร้อยละ 43.3 รองลงมา มีปานกลาง ร้อยละ 36.2 และมีมากพบ ร้อยละ 20.5 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยเสริม

2.3.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน

ตารางที่ 11 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว
ญาติ และเพื่อนร่วมงาน

(n = 312)

ระดับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ได้รับมาก (คะแนนระหว่าง 17 - 24 คะแนน)	41	13.1
ได้รับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 12 - 16 คะแนน)	131	42.0
ได้รับน้อย (คะแนนระหว่าง 0 - 15 คะแนน)	140	44.9

$\bar{X} = 12.00$, S.D. = 4.42, Max = 24, Min = 0

จากตารางที่ 11 พบว่าบุคลากร ครอบคลุมโรคส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน
จากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 44.9 รองลงมา ได้รับปานกลาง
ร้อยละ 42.0 และได้รับมากพบ ร้อยละ 13.1 ตามลำดับ

2.3.2 การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

			(n = 312)
ระดับการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ได้รับมาก	(คะแนนระหว่าง 8 - 12 คะแนน)	55	17.6
ได้รับปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 4 - 7 คะแนน)	129	41.3
ได้รับน้อย	(คะแนนระหว่าง 0 - 3 คะแนน)	128	41.0

$\bar{X} = 4.23$, S.D. = 3.07, Max = 12, Min = 0

จากตารางที่ 12 พบว่าบุคลากร ครอบคลุมโรคส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.3 รองลงมาได้รับน้อย ร้อยละ 41.0 และได้รับมากพบ ร้อยละ 17.6 ตามลำดับ

2.3.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

			(n = 312)
ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ได้รับมาก	(คะแนนระหว่าง 18 - 27 คะแนน)	44	14.1
ได้รับปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 12 - 17 คะแนน)	121	38.8
ได้รับน้อย	(คะแนนระหว่าง 0 - 11 คะแนน)	147	47.1

$\bar{X} = 12.15$, S.D. = 5.11, Max = 27, Min = 0

จากตารางที่ 13 พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคที่มีความคิดเห็นตรงกันว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ในช่องทางต่างๆ โดยได้รับน้อยถึง ร้อยละ 47.1 รองลงมาได้รับปานกลาง ร้อยละ 38.8 และได้รับมากเพียง ร้อยละ 14.1

ตารางที่ 14 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

			(n = 312)
	ระดับพฤติกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(คะแนนระหว่าง 30 - 39 คะแนน)	89	28.5
ระดับปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 24 - 29 คะแนน)	137	43.9
ระดับไม่ดี	(คะแนนระหว่าง 14 - 23 คะแนน)	86	27.6

$\bar{X} = 26.34$, S.D. = 5.12, Max = 39, Min = 14

จากตารางที่ 14 พบว่า บุคลากรกรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.5 และระดับ ไม่ดี ร้อยละ 27.6 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตรวจสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 15

จากเป็นตัวแปรต้นที่มีคุณสมบัติเป็นตัวแปรนามกำหนดกับ ตัวแปรสเกลอันดับ จึงวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวโดยการทดสอบหาความสัมพันธ์ ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าไคสแควร์ (Chi-square test) และทดสอบระดับของขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ Contingency Coefficient (กัลยา, 2551) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ			χ^2	p-value
	(n = 312)				
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
1.เพศ				0.940	0.625
ชาย	15(16.9)	30(21.9)	16(18.6)		
หญิง	74(83.1)	107(78.1)	70(81.4)		
รวม	89(100)	137(100)	86(100)		
2.อายุ				2.082	0.721
35 – 44 ปี	31(34.8)	39(28.5)	31(36.0)		
45 – 54 ปี	47(52.8)	77(56.2)	42(48.8)		
55 – 59 ปี	11(12.4)	21(15.3)	13(15.1)		
รวม	89(100)	137(100)	86(100)		
3.สถานภาพการสมรส				0.177	0.996
โสด	24(27.0)	37(27.0)	24(27.9)		
สมรส	59(66.3)	90(65.7)	55(64.0)		
หย่า/แยก/หม้าย	6(6.7)	10(7.3)	7(8.1)		
รวม	89(100)	137(100)	86(100)		
4.ระดับการศึกษา				8.016	0.400
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ปวช.	15(16.9)	19(13.9)	17(19.8)		
อนุปริญญา	11(12.4)	14(10.2)	5(5.8)		
ปริญญาตรี	44(49.4)	66(48.2)	33(38.4)		
ปริญญาโท/เอก	19(21.3)	38(27.7)	31(36.0)		
รวม	89(100)	137(100)	86(100)		

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมกำบังกัน			χ^2	p-value
	โรคหลอดเลือดหัวใจ				
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
5. รายได้ต่อเดือน				8.346	0.237
ต่ำกว่า 5,000 – 14,999 บาท	18(20.2)	24(17.5)	17(19.8)		
15,000 – 19,999 บาท	18(20.2)	16(11.7)	13(15.1)		
20,000 – 24,999 บาท	20(22.5)	36(26.3)	16(18.6)		
25,000 – 29,999 บาท	17(19.1)	20(14.6)	17(19.8)		
ตั้งแต่ 30,000 บาท ขึ้นไป	16(18.0)	41(29.9)	23(26.7)		
รวม	89(100)	137(100)	86(100)		
6. ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน				4.102	0.129
ข้าราชการ	69(77.5)	113(82.5)	61(70.9)		
พนักงานราชการ/ ลูกจ้างประจำ	20(22.5)	24(17.5)	25(29.1)		
รวม	89(100)	137(100)	86(100)		

จากตารางที่ 15 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ทุกตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค เนื่องจากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1 ทุกตัวแปร

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค เนื่องจากทั้งตัวแปรต้น (ปัจจัยนำ) และตัวแปรตาม (พฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดหัวใจ) เป็นตัวแปรเชิงปริมาณทุกตัวแปร จึงต้องดำเนินการทดสอบการกระจายของทั้งตัวแปรต้น และ

ตัวแปรตามโดยสถิติทดสอบ kolmogorov – Smirnov Test พบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution) ยกเว้น ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ ดังนั้นจึงการทดสอบโดย สถิติวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์จาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rho Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยนำเข้า	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value
1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ	.165	.003**
2. เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.153	.007**
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.258	.000**
4. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.210	.000**
5. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.214	.000**
6.การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.119	.096

** p-value < .01

จากตารางที่ 16 พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 เป็นบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ความเพียงพอของทรัพยากรได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร ควบคุมโรค

เนื่องจากทั้งตัวแปรต้น (ปัจจัยเอื้อ : ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ) และตัวแปรตาม (พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ) เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ จึงต้องดำเนินการทดสอบการกระจาย โดยสถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov Test พบว่า ทั้งตัวแปรตาม และตัวแปรต้น ไม่ได้มีลักษณะการกระจายแบบ โกลังปกติ (Normal Distribution) ดังนั้น จึงการทดสอบโดย สถิติวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์จากการพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของสเปียร์แมน (Spearman’s Rho Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	p- value
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	
ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.178**	.002

**p-value < .01

จากตารางที่ 17 พบว่า ปัจจัยเอื้อ ความเพียงพอของทรัพยากรได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร ควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึง เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3 ทั้งหมด

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูล

ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค

เนื่องจากทั้งตัวแปรต้น และตัวแปรตาม เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ จึงต้องดำเนินการทดสอบการกระจายของทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยสถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov Test พบว่าทั้งตัวแปรตาม และตัวแปรต้นไม่ได้มีลักษณะการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) ยกเว้น ตัวแปร: การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีกระจายแบบโค้งปกติ ดังนั้นจึงทดสอบโดย สถิติวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์จากการพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rho Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน	.475	.000**
2. การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากร	.246	.000**
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ	.304	.000**

**p-value < .01

จากตารางที่ 16 พบว่า ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึง เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4 ทั้งหมด

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสำคัญที่ได้ค้นพบ และนำมาเป็นข้อวิจารณ์ตามสมมติฐานมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษาลักษณะทางชีวสังคม หรือลักษณะ ส่วนบุคคล ของบุคลากร กรมควบคุมโรค พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.4 มีอายุระหว่าง 45-54 ปี ร้อยละ 53.2 มีระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 45.8 สถานภาพการสมรสแล้ว ร้อยละ 65.4 มีรายได้ต่อเดือน 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 25.6 และมีตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบันเป็นข้าราชการถึง ร้อยละ 77.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของ ปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับเพลินตา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย ฒ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ และบุคคลใกล้ชิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และ สอดคล้องกับปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคมเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรืออีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจาก ประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจจะไม่มีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดง พฤติกรรมเช่นกัน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติ ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การ รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุม โรค

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ ความรู้ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้อง กับอัจฉราภรณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ โรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติและไม่สอดคล้องกับปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่ สอดคล้องกับลัดดาวัลย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของญาติในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จึงกล่าวได้ว่า อาจเนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ ด้านสุขภาพ มีนโยบายและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค อยู่ใกล้ชิดกับ ข้อมูลสุขภาพ ทำให้บุคลากรสามารถนำความรู้ ไปปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องได้

ซึ่งตรงกับแนวคิดของ PRECEDE Framework ที่กล่าวไว้ว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วยจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจมีโรคประจำตัว และได้รับความรู้ คำแนะนำถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ที่อาจสอดคล้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจจึงส่งผลให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและทำให้เกิดพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของตนเองอยู่แล้ว

เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เจตคติ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า เจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับนุชรรัตน์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จึงกล่าวได้ว่าอาจเนื่องมาจากเจตคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์ในอดีต ซึ่งแสดงถึงการได้รับการปลูกฝังเจตคติที่ดีตั้งแต่วัยเด็ก ภายใต้อิทธิพลของพ่อแม่ การเรียนรู้จากครอบครัวและโรงเรียนซึ่งสรุปว่าถ้าบุคลากร กรมควบคุมโรค มีเจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดี ก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีด้วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค พบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 47.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค พบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และตรงกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อภารกิจชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้องเช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้นต่อมา Becker et al. (1995) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากการรับรู้ของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม ซึ่งภาวะนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงซึ่งสอดคล้องกับ จิตรา (2540) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40-59 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา ทำการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ในความสามารถของตนความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจและการปฏิบัติตัวสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าภายหลังการทดลองน้ำหนักตัวและระดับ โคเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองลดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตรงกับ อัจฉราภรณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและ หลอดเลือดในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีผลต่อ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความสัมพันธ์ กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร ควบคุมที่ถูกต้อง เหมาะสมและยั่งยืน

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร ควบคุมโรค ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ผลการวิเคราะห์ส่วนความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร ควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กันซึ่งสอดคล้องกับปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ เจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับอัจฉริยา (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือด หัวใจในกรุงเทพฯ พบว่า และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงกล่าวได้ว่าบุคลากร ของกรมควบคุมโรค มีการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมองเห็นคุณค่าในข่าวสารนั้นว่าเมื่อปฏิบัติแล้ว จะส่งผลดีต่อสุขภาพตนเอง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร
 กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.0 ผลการวิเคราะห์ส่วนความสัมพันธ์
 พบว่า การรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค
 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค
 ซึ่งสอดคล้องกับเพลินตา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
 ผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์
 กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ
 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่สอดคล้องกับกับ
 ปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ
 เจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์
 ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จึงกล่าวได้ว่าบุคลากร ของ กรมควบคุมโรค อาจมีความคิดเห็นว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน
 โรคหลอดเลือดหัวใจ มีความยุ่งยากเสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดอุปสรรคในการ
 ปฏิบัติตัวที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

ดังนั้นจึงควรเพิ่มความเข้มข้นในเรื่องการสื่อสารความเสี่ยง อย่างต่อเนื่องเพื่อ ให้บุคลากร
 ของกรมควบคุมโรคมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 ที่เหมาะสมและยั่งยืนตลอดไป

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยอื่น ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือด
 หัวใจ ได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย ของบุคลากรของ กรมควบคุมโรค
 ส่วนใหญ่ เห็นว่าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 43.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.2 ส่วนความสัมพันธ์กับ
 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ผลการวิเคราะห์ พบว่า
 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่น กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร
 กรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อ
 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
 สาธารณสุขพบว่า ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิ (2543) ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเอื้อได้แก่การมีทรัพยากรสนับสนุนแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวก กับแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้พิพากษา ในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับ วิภารัตน์ (2545) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การขาดแหล่งประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50

จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ แหล่งบริการ สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนนโยบาย มีความสำคัญที่จะสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค เพื่อให้บุคลากรของ กรมควบคุมโรค มีความสามารถที่จะใช้หรือเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้ ที่จะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจได้ดียิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค จากผลการศึกษาพบว่าบุคลากรกรมควบคุมโรคส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 44.9 การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับน้อยกับระดับปานกลางก้ำกึ่งกัน คือร้อยละ41.0 และ 41.3 ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 47.1 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ นุชรรัตน์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีปัจจัยเสริมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 47.67 และพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ มาก การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ยังได้รับน้อย ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ได้รับน้อย และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์ในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือถ้าบุคลากรได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ จากสื่อต่าง ๆ มากขึ้น พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจก็จะดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคล ดำรงไว้ซึ่ง สภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมสภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันการเจ็บป่วยแสดงให้เห็นว่า การได้รับ ข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ จะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตรงกับ Caplan, Casel and Core ผู้คิดค้นทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีแนวคิดที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

จึงกล่าวได้ว่า การได้กับการสนับสนุนจากครอบครัวญาติ เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับ การป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากสื่อต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค ดังนั้นบุคคลในครอบครัวเพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรให้กำลังใจและมีการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย เกี่ยวกับ การป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างต่อเนื่องและจริงจัง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม โดยทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดทฤษฎี แบบจำลอง PRECEDE Model แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีแรง สนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดและตั้งสมมติฐานการวิจัยผลการศึกษาที่ได้จะ นำมาเป็นข้อมูล เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย ไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันในการลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ที่ถูกต้อง ตลอดจนการส่งเสริม สุขภาพของบุคลากร กรมควบคุมโรค ให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 312 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน(รายชื่อในภาคผนวก ก) และ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมา วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นในแบบวัด เจตคติ ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยวิธีหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71, .73, .75, .77, .75, .88 และ .70 ตามลำดับ โดยเริ่มดำเนินการในเดือน มกราคม 2553 ผลการ วิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้คือ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างถูกต้องพึงประสงค์ต้องประกอบด้วยหลายปัจจัยตามทฤษฎี PRECEDE Model ที่ได้นำมาวิเคราะห์ และทำให้ทราบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ได้กำหนดไว้ดังนี้คือ

2.1 เพื่อทราบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ บุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากการวิจัย พบว่า บุคลากรกรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.9 ระดับดีร้อยละ 28.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 27.6 ตามลำดับ

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่ง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากร กรมควบคุมโรค จำนวน 312 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเป็น เพศหญิง ร้อยละ 80.4 ขณะที่บุคลากรชายมีร้อยละ 19.6 หรือ คิดเป็นสัดส่วนของบุคลากรหญิงต่อชายเป็น 4.1 เท่า อายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี มีจำนวนสูงสุด ร้อยละ 53.2 รองลงมา ได้แก่กลุ่มอายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 32.4 สถานภาพการสมรส พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.4 รองลงมา คือ สถานภาพโสด ร้อยละ 27.2 ระดับการศึกษาสูงสุด โดยรวมพบว่า มากสุดที่ระดับปริญญาตรี ถึงร้อยละ 45.8

รองมา คือ ปริญาโท ร้อยละ 27.2 รายได้ต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.6 รองมา คือ รายได้ต่อเดือนในช่วง 20,000-24,999 บาท ร้อยละ 23.1 และตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการถึง ร้อยละ 77.9 รองลงมา คือ ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 17.3 และพนักงานราชการพบเพียงร้อยละ 4.8 เท่านั้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งหน้าที่ พบว่า ไม่มีตัวแปรใด ที่สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากร กรมควบคุมโรค จำนวน 312 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 รองลงมามีความรู้น้อย พบมากถึง ร้อยละ 31.7 และมีความรู้มากพบเพียงร้อยละ 12.5 เท่านั้น ด้านเจตคติพบว่า ส่วนมากบุคลากร มีเจตคติในระดับปานกลางต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือระดับ ไม่ดีพบสูงร้อยละ 35.9 หรือ บุคลากร 3 คนพบ 1 คน จาก ส่วนเจตคติที่ดีนั้น พบเพียงร้อยละ 21.8 ด้านการรับรู้พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 51.3 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.4 ส่วนระดับดี พบค่อนข้างน้อย เพียงร้อยละ 18.3 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในที่ไม่ดี พบได้ถึงร้อยละ 47.1 หรือเกือบประมาณครึ่งหนึ่งของบุคลากรทั้งหมดของกรมควบคุมโรค รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.8 และระดับที่ดี มีเพียงร้อยละ 22.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับดี พบร้อยละ 27.2 และการรับรู้ที่ไม่ดี มีเพียงร้อยละ 6.1 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า

ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.0 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับดี พบร้อยละ 10.3 และ การรับรู้ที่ไม่มีดีมีเพียงร้อยละ 6.7

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค พบว่ามีตัวแปรที่สนับสนุน สมมติฐานที่ 2 จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นตัวแปร การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ บุคลากร กรมควบคุมโรค

2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรใน การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากร กรมควบคุมโรค จำนวน 312 คน พบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคจำนวนเกินกว่าครึ่งเล็กน้อย มีความเห็นตรงกันว่าทรัพยากรในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นเพียงพอร้อยละ 36.2 แต่มีบุคลากรจำนวนถึง ร้อยละ 43.3 ที่มี ความเห็นว่า ทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นไม่เพียงพอ ซึ่งแสดงความกังวล อย่างชัดเจน ดังนั้นอาจมีความจำเป็นในการสอบถามเพิ่มเติม หรือวิจัยในเชิงคุณภาพต่อไป

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค พบว่าตัวแปรนี้คือ ความเพียงพอ ของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเป็น การสนับสนุนสมมติฐานที่ 3

2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากร กรมควบคุมโรค จำนวน 312 คน พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงานที่เพียงพอ นั้นได้รับการสนับสนุนระดับน้อยร้อยละ 44.9 รองลงมา ระดับปานกลางร้อยละ 42.0 และร้อยละ 13.1 เห็นว่าได้รับการสนับสนุนมาก ส่วน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอ นั้น ร้อยละ 41.3 ได้รับการสนับสนุนปานกลาง รองลงมา ได้รับการสนับสนุนระดับน้อยร้อยละ 41.0 และร้อยละ 17.6 เห็นว่าได้รับการสนับสนุนมาก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจจากแหล่งต่างๆพบว่า บุคลากร กรมควบคุมโรคที่มีความคิดเห็นตรงกันว่าได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ในช่องทางต่างๆ โดยได้รับน้อยถึง ร้อยละ 47.1 รองลงมาได้รับปานกลาง ร้อยละ 38.8 และได้รับมากเพียง ร้อยละ 14.1 ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้ จะชี้นำไปสู่ความจำเป็นในการสอบถามเพิ่มเติม หรือวิจัยในเชิงคุณภาพต่อไป

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค พบว่า สนับสนุนสมมติฐานที่ 4 ทุกตัวแปรได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวญาติ เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับ ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวแปร

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค ดังนั้นผู้วิจัย ขอเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหา ตามลำดับขั้น
2. จัดทำโครงการส่งเสริม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค เสนอคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโรคไม่ติดต่อเพื่อให้ความเห็นชอบต่อโครงการ และ จัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

เพื่อให้บุคลากร กรมควบคุมโรค มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่าง ถูกต้อง จึงควรมีการกำหนดแผนปฏิบัติการ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนัก เลขาธิการกรม สำนักจัดการความรู้ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ดำเนินงานตามแผนงาน/ กิจกรรมที่กำหนดไว้ดังนี้

1. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในรูปแบบต่างๆ โดยเนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่ได้จากการวิจัย และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ การตรวจสุขภาพประจำปี โดยสื่อสาร ผ่านช่องทางต่างๆดังนี้

- 1.1 การประชุมประจำเดือนของผู้บริหารกรมควบคุมโรค ซึ่งผู้บริหารประกอบด้วย อธิบดี รองอธิบดี ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการสำนัก/สถาบัน/ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่1-12

- 1.2 ทางอินเทอร์เน็ตของกรมควบคุมโรคที่ <http://www.ddc.go.th>

- 1.3 เสียงตามสาย ของกรมควบคุมโรค ซึ่งออกอากาศวันละ 2 ครั้ง ได้แก่ช่วงเช้า (8.00-9.00 น.) และช่วงพักกลางวัน (12.00-13.00 น.)

1.4 รูปแบบการจัดนิทรรศการต่างๆ เช่น การทาบปัญหาสุขภาพชิงรางวัล ติดโปสเตอร์ ป้ายประกาศในลักษณะกระตุ้นเตือนให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และชักชวนให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค

1.5 จัดหมายเวียนในการแจ้งข่าวสาร ไปยังสำนัก/สถาบัน/ต่างๆ เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ แก่บุคลากร กรมควบคุมโรค

1.6 การฝึกอบรมให้ความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นระยะ ๆ เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัย การบริหารจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และการตรวจสุขภาพประจำปี

2. จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการส่งเสริมให้เกิดค่านิยมร่วม เช่น รมรงค์ให้มีการออกกำลังกาย ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนหรือการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด จัดโครงการและ กิจกรรมจูงใจการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กำหนดเป็นนโยบายให้มีวันกีฬาของหน่วยงาน เพื่อสนับสนุน ให้บุคลากรมีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน จัดทำโครงการออกกำลังกายเพื่อ “ลดรอบเอว” เพื่อการลดเสี่ยง ลดโรค โดยให้แต่ละหน่วยงานจัดแข่งขันลดน้ำหนัก ภายในสำนัก/สถาบัน ของตนเอง ซึ่งมีการประเมินน้ำหนัก ของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ที่เข้าโครงการทุกสัปดาห์ มีเงินรางวัลสำหรับผู้ลดน้ำหนักได้ตามเกณฑ์ ส่วนผู้ที่เข้าโครงการแล้ว น้ำหนักเพิ่มขึ้นจะถูกปรับเงินเข้าสวัสดิการของหน่วยงาน ทั้งนี้ระหว่างการเข้าร่วมโครงการในทุกวัน จะมีการเปิดเพลง กระตุ้นให้มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อประมาณ 15 นาที เพื่อปลุกเร้าให้บุคลากรในสำนัก/สถาบัน เห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย

3. จัดหาทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่หลากหลายมากพอกับความต้องการของผู้ใช้ เพื่อเอื้อให้บุคลากรมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น เช่น การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายที่มีอุปกรณ์เพียงพอจัดสวัสดิการให้บุคลากรได้ใช้บริการในสถานบริหารร่างกายฟรี อนุญาตให้มีการเปิดร้านจำหน่ายหรือขายอาหารเพื่อสุขภาพแต่ต้องอำนวยความสะดวกให้บุคลากรเข้าถึงบริการได้ในราคายุติธรรม ตลอดจนแนวคิดในการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ สุรา เพื่อตอบสนองแก่บุคลากร ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และสุรา

4. ส่งเสริมสนับสนุนนโยบายการตรวจสุขภาพประจำปี ของบุคลากร กรมควบคุมโรค ซึ่งได้ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี อยู่แล้ว

5. จัดตั้งชมรมและกิจกรรมต่าง ๆ เช่น “คนรุ่นใหม่ต้องใส่ใจลดโคเลสเตอรอล” ชมรม แอโรบิก ชมรมป้องกัน จัดกิจกรรมการสอนทำอาหารชีวิต แม่โคไบโอติก เป็นต้น เพื่อให้บุคลากร ของกรมควบคุมโรค มีเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในการส่งเสริมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทดลองเปรียบเทียบรูปแบบสื่อ โปรแกรมสุขศึกษาว่ารูปแบบใดที่มีผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้มีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่ากัน

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรคกับบุคลากรกรมอื่น ๆ โดยแยกวิเคราะห์พฤติกรรมรายด้าน

3. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวิจัยโดยเพิ่มตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพค่านิยม ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง โครงการส่งเสริมสุขภาพตนเองของหน่วยงานเพื่อเป็นประโยชน์ ในการประเมินปัญหาและวางแผนในการส่งเสริมป้องกันโรค ของบุคลากรให้ชัดเจนและครอบคลุมต่อไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2546. การทบทวนองค์ความรู้ การควบคุมการบริโภคยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

_____. 2549. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535. พิมพ์ครั้งที่ 7. บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด, กรุงเทพฯ.

_____. 2552. รายงานประจำปี 2552. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กระทรวงสาธารณสุข. 2552. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). แหล่งที่มา: <http://moph.go.th/>, 10 เมษายน 2552..

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2540. คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, นนทบุรี.

กรมอนามัย. 2548. ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

_____. 2540. คู่มือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กองการเจ้าหน้าที่ กรมควบคุมโรค. 2552. การดำเนินงานอัตราพัฒนาบุคลากร. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. 2552. แผนปฏิบัติการราชการ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2552-2554. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

จรรยาพร ธรณินทร์. 2538. การเสริมสร้างสุขภาพคนยุคใหม่. ต้นอ้อ แกรมมี จำกัด, กรุงเทพฯ.

- จรรยา ตันติธรรม. 2542. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์นิติบรรณการ, กรุงเทพฯ.
- จิตรรา ไชยชนะ. 2540. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ
กลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40 - 59 ปี เขตเทศบาลเมืองจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นายศรี สุพรศิลป์ชัย. 2540. พฤติกรรมสังคมกับผลกระทบต่อสุขภาพ. สารศิริราช
49 (2): 166 – 177.
- นายศรี สุพรศิลป์ชัย. 2548. สรุปผลการวิจัยหัวใจและหลอดเลือด. บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด,
กรุงเทพฯ.
- ชวนพิศ ทำนอง. 2541. ประสบการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดำรง กิจกุล. 2537. การออกกำลังกาย. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ชนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. 2544. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.
เอกสารการสอน ชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขหน่วยที่ 3
(ปรับปรุงครั้งที่ 1). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิธิ มหานนท์. 2546. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Acute myocardial infraction. โอ เอส
พรินติ้งเฮาส์ บางกอกน้อย, กรุงเทพฯ.

ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา. 2549. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ปิยะนุช รักพาณิชย์, ภัทรารุช อินทรกำแหง และวิศาล คันธารัตนกุล. 2544. การทบทวนองค์ความรู้และเทคนิคการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย. บริษัท นวัตกรรมคาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด, กรุงเทพฯ.

พรรณี ทิพย์ธราดล. 2552 .แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

พรรณี บัญชรหัตถกิจ. 2540. อนามัยโรงเรียน. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วณี กอสุวรรณศิริ. 2543. แบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิภกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิชัย ต้นไพจิตร. 2536. ภาวะไขมันสูงในเลือด. โภชนศาสตร์คลินิก. โรงพิมพ์อักษรสมัย, กรุงเทพฯ.

- วิชัย เอกพลากร. 2550. **สะกดรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.
- ศรีวงศ์ หะวานนท์. 2533. **โครงการควบคุมการดื่มสุราเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจร**. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ที่สำนักพิมพ์อาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม, กรุงเทพฯ.
- ศุภชัย ถนอมรัฐพงษ์. 2540. **โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2 ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.
- สมทรง รักษ์เฝ้าและ สรวงศ์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. 2540. **กระบวนการทางสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. 2551. **รายงานผลการดำเนินโครงการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรคประจำปี 2550**. กรมควบคุมโรค, นนทบุรี.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. 2547. **ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ**. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.
- สุวิมล ติรกานนท์. 2546. **การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. **การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550**. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, กรุงเทพฯ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2551. **รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2551**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

- เสก อักษรานุเคราะห์. 2534. การออกกำลังกายสายกลางเพื่อสุขภาพและชะลอความแก่. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. 2543. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. ชวนชมการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. 2549. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข (Quick reference guide) สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- อัจฉราภรณ์ ถนอมกิตติ. 2545. ประเมินผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัด สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. 2540. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อิสรา สุขุมาลจันทร์. 2536. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- อุไร ศรีแก้ว. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ การดูแลอย่างต่อเนื่อง. ลิขมบราเดอร์การพิมพ์, สงขลา.
- American Heart Association. 2001. **Heart and Stroke Statistical Update**. Available Source: <http://www.americanheart.org>.
- Assmann, G. 1982. **Lipid metabolism and atherosclerosis**. F.K. Scmattauer Verlagmbh, Stuttgart.
- Becker, M.H. and L.M. Maiman. 1974. The Health belief model : origins and Co relational in psychology theory. **Health Education Monographs** (4): 336-353.

Cronbach. and J. Lee. 1970. **Essential of Psychological Testing**. Harper and Row, New York..

Green, L.W. 1980. **Health Education Planning: A Diagnostic Approach**. Mayfield Publishing Company, California.

Higgins, C. 1997. Measurement of cholesterol and triglyceride. **Nursing Times**. Inter ASIA study group. InterASIA study group. J Cardiol Risk Factor. Inpress

Omron, Abdel. 1971. The Epidemiological Transition: A theory of Population Change. **Milbank Memorial Fund Quarterly** . 64 (2): 509-539

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion Nursing Practice/Nola J.** 3rd ed. Appleton and Lange, Stamford.

Pender, N. 1996. **Health promotion in Nursing practice**. Appleton & Lange. Connecticut, New York.

Powell, K.E. 1987. **Physical Activity and the Incidence of Coronary Heart Disease** Annual Review of public health, New York.

Reuther, M.A. and C.B. Hansen. 1985. **Cardiovascular nursing. Medical Examination**. Publishing Co., Inc., Illinois.

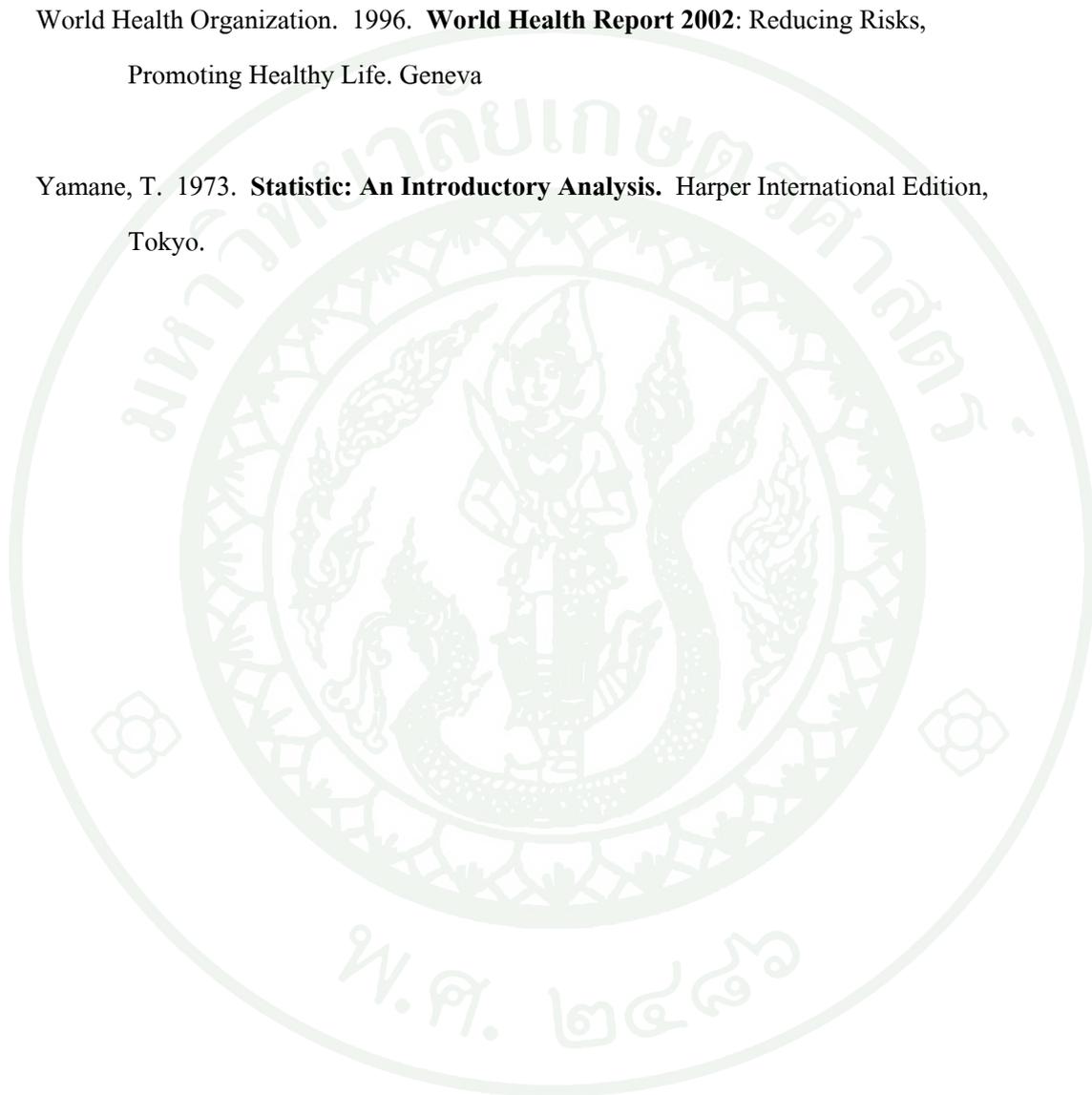
Rosenstock. 1974. The Health belief model and preventive health behavior. pp 52-68 in N.K. Janz and M.H. becker. **The Health belief model : A decade Later** . **Health Education Quarterly** 11 (4): 147-152.

Selye, H. 1965. The stress Syndrome. **American Journal of Nursing**. 16 (3): 15.

Thom, L.A., W.B. Kannel, H. Silbershatz and R.B. D'Agostino. 2001. **Cardiovascular disease in the United States and prevention approaches**. In V. Fuster, R.W. Alexander and R.A. O'Rourke (Eds.). *The Heart*. McGraw-Hill, New York.

World Health Organization. 1996. **World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. Geneva

Yamane, T. 1973. **Statistic: An Introductory Analysis**. Harper International Edition, Tokyo.







รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. ดร.นายแพทย์ ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการ (นายแพทย์ผู้อำนวยการสูง)
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข
2. นางพินิดา จิระไพศาลพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1
กรุงเทพ ฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข
4. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข
5. นางนิตยา ภัทรกรรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข



ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจง

1. ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของบุคลากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

2.1 ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน	16	ข้อ
2.2 เจตคติต่อการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน	13	ข้อ
2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน	15	ข้อ
2.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน	10	ข้อ
2.5 การรับรู้ประโยชน์ และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน	13	ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 15 ข้อ

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาโทสาขาสุขศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งคำตอบที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในภาพรวมของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3. กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ บุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรคที่ปฏิบัติงานในส่วนกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 35- 59 ปี ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ และลูกจ้างประจำ

4. ในการกรอกแบบสอบถาม โปรดตอบตามความเป็นจริง และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ คำถามเนื่องจากถ้าตอบไม่ครบทุกข้อคำถาม ผู้วิจัยไม่สามารถนำคำตอบไปวิเคราะห์ผลได้

งานวิจัยในครั้งนี้จะสำเร็จลุล่วงได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูลดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามมา ณ ที่นี้ด้วย

ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสอบถามเพื่อทำการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. คู่
() 3. หย่า/แยก () 4. หม้าย

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด

- () 1. ต่ำกว่าอนุปริญญา หรือ ปวช.
() 2. อนุปริญญา หรือ ปวส.
() 3. ปริญญาตรี
() 4. ปริญญาโท
() 5. ปริญญาเอก

5. รายได้ต่อเดือน

- () 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท () 2. 5,000 – 9,999 บาท
() 3. 10,000 – 14,999 บาท () 4. 15,000 – 19,999 บาท
() 5. 20,000 – 24,999 บาท () 6. 25,000 – 29,999 บาท
() 7. ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป

6. ตำแหน่งในปัจจุบัน

- () 1. ข้าราชการ ตำแหน่ง.....ระดับ
- () 2. พนักงานราชการ ตำแหน่ง.....
- () 3. ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ

2.1 ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้ ความเข้าใจของท่าน
เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ข้อที่	ข้อความถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้			
2.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
3.	การปรุงอาหารโดยใช้ไขมันอิ่มตัวเหลือ ช่วยป้องกันไขมันในเลือดสูง			
4.	การออกกำลังกายทำให้การเต้นของหัวใจทั้งขณะพัก และในช่วงออกกำลังกายลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากเลือดที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจในขณะที่เต้นแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น			
5.	การออกกำลังกายอย่างหนักครั้งละนานๆ ดีกว่าการออกกำลังกายทุกวัน			
6.	สารนิโคตินในบุหรี่มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง			
7.	การดื่มสุราทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย			
8.	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วันละไม่เกิน 1 แก้วมาตรฐาน ¹ สำหรับผู้หญิง และ 2 แก้วมาตรฐาน สำหรับผู้ชาย เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
9.	ความเครียดหรือความวิตกกังวลจะไม่ส่งผล ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
10.	ผู้ที่มีระดับ โคลเลสเตอรอลในเลือด เกินกว่า 200 mg/dl มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติ			
11.	การรับประทานยา คลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ดี			

ข้อที่	ข้อความถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
12.	โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดงไม่เพียงพอกับความต้องการเนื่องจากการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ			
13.	การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นเช่น คนรอบข้างโดยที่ตนเองไม่ได้สูบบุหรี่ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
14.	วัยผู้ใหญ่ไม่ควรกินช็อกโกแลตเพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว			
15.	การตรวจสุขภาพประจำปีโดยการ ชักประวัติ เอ็กซเรย์หน้าอก ปอด การตรวจด้วยกราฟ อี เค จี และการวัดความดันโลหิตเป็นการตรวจหาความผิดปกติของหัวใจเบื้องต้น			
16.	การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเริ่มแรก			

หมายเหตุ ¹ 1 แก้วมาตรฐาน หมายถึง เหล้าไม่เกิน 1 ออนซ์ หรือ 30 มล. เบียร์ไม่เกิน 12 ออนซ์ หรือ 360 มล. ไวน์ไม่เกิน 5 ออนซ์ หรือ 150 มล. วิสกี้ไม่เกิน 1 ½ ออนซ์ หรือ 45 มล.

2.2 แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียง

คำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ที่ คนอ้วนทุกคน ต้องรักษาระดับคอเลสเตอรอลในเลือดให้ปกติหรือควบคุมอาหาร				
2.	การสูบบุหรี่ประเภทไลต์ หรือ มายด์ ที่ระบุว่าปริมาณสารทาร์ และนิโคตินต่ำจะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
3.	การรับประทานอาหารประเภทปลาจะป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าการรับประทานเนื้อสัตว์อื่นๆ				
4.	อาหารจำพวกแป้งทำให้อ้วน				
5.	ควรลดการปรุงรสที่ไม่จำเป็นในอาหาร เช่นรสหวาน รสเค็ม เพื่อเป็นผลดีต่อหลอดเลือดหัวใจ				
6.	การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ไม่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้				
7.	การออกกำลังกายทุกชนิดสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้				
8.	การดื่มไวน์วันละ 240 มล.ต่อวัน (Moderate drinking) ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้ดีขึ้น				
9.	ท่านคิดว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ เท่านั้น				
10.	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี				

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11.	ถ้าประวัติครอบครัวของท่านมีพ่อแม่พี่น้องป่วยเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจท่านควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี				
12.	การจัดการความเครียดที่ถูกต้องคือการแก้ไขที่สาเหตุ ของความเครียด				
13.	การไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายประจำปีเป็นสิ่งที่ควร ปฏิบัติ				

2.3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทำข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียง
คำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ผู้ที่มีพ่อแม่ พี่น้องเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมี โอกาสเป็นได้มากกว่าไม่มีพ่อแม่ พี่น้องเป็น				
2.	คนที่มียา 35 ปีขึ้นไปหลอดเลือดจะเริ่มเสื่อมจึงมีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น				
3.	ผู้ใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนปกติ				
4.	ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจมากกว่าคนปกติ				
5.	การดื่มสุรามาก ๆ เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจน้อยลง				

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6.	เมื่อย่างเข้าสู่วัยทอง ผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				
7.	การกินเค็ม เหนย น้ำอัดลม อาหารที่มีรสเค็ม อาหารมันๆ เป็นประจำจะเพิ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
8.	การกินผัก ผลไม้ รสไม่หวานเป็นประจำทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
9.	หากมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม หอบ เวลาออกกำลังกายควรรีบไปพบแพทย์				
10.	ความเครียดและวิตกกังวลเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
11.	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
12.	การออกกำลังกายสามารถปฏิบัติได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องอบอุ่นร่างกายก่อน				
13.	การจัดแบ่งเวลาให้สมดุลในการทำงานพักผ่อนให้เพียงพอ ช่วยทำไม่ให้เกิดความเครียดจนเกินไป				
14.	การสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
15.	การสูบบุหรี่กั้นกรองสามารถป้องกันสารพิษจากบุหรี่ได้ จึงไม่เป็นอันตรายต่อหัวใจ				

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียง

คำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	หากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหัน				
2.	โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้สิ้นเปลืองเพราะเมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลาในการรักษานาน				
3.	เมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วจะมีโรคแทรกอื่นตามมาอีกหลายโรค				
4.	การสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการรุนแรงขึ้น				
5.	ยิ่งอายุมาก อัตราตายด้วยโรค หลอดเลือดหัวใจจะเพิ่มขึ้น				
6.	ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ				
7.	ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและน้ำตาลในเลือดสูงหากไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติจะทำให้เป็โรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงมากยิ่งขึ้น				
8.	ภาวะไขมันและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง จะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น				
9.	การที่ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจทำให้เสียชีวิตได้				
10.	โรคหลอดเลือดหัวใจ หากมีภาวะเครียดจะทำให้โรครุนแรงขึ้น				

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	อาการรุนแรงมากขึ้น				

2.5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทำข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ				
1.	การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดระดับ คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และเพิ่ม HDL (ไขมันดี) ในเลือด				
2.	การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
3.	การยอมรับความจริงและคิดในเชิงบวกเป็นวิธีการบริหารความเครียดที่ช่วยลดความเครียดได้				
4.	การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ				
5.	การไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่จากคนที่สูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ				

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	<u>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ</u>				
6.	การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีรายละเอียดมาก ไม่สามารถทำได้หมด และปฏิบัติได้ยาก				
7.	ท่านต้องซื้ออาหารนอกบ้านเป็นประจำเกือบทุกวันจึงไม่มีโอกาสได้เลือกบริโภคอาหารที่ปรุงสุกหลักโภชนาการ				
8.	ท่านไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เนื่องจากสถานที่ออกกำลังกายอยู่ไกลบ้าน				
9.	ที่บ้านไม่มีเครื่องออกกำลังกาย ท่านจึงไม่ได้ออกกำลังกาย				
10.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เป็นเรื่องยุ่งยากเป็นภาระกับครอบครัวและต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น				
11.	เมื่อไปงานเลี้ยง เพื่อนจะชวนให้ดื่มสุรามากกว่า 2 แก้วมาตรฐาน ¹ เสมอ				
12.	ร่างกายของท่านไม่ได้มีความผิดปกติอะไร จึงไม่จำเป็นต้องไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี				
13.	ท่านไม่ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปีเนื่องจากต้องรอคิวนาน ยุ่งยาก				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยอื่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียง
คำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

มีมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่ามีจำนวนมาก
มีมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่ามีจำนวนเพียงพอ
มีน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่ามีจำนวนไม่เพียงพอ
ไม่มี	หมายถึง	ท่านเห็นว่าไม่มีเลย

ข้อ ที่	ข้อความถาม	มีมากที่สุด	มีมาก	มีน้อย	ไม่มี
	แบบสอบถามความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ (ในที่ทำงาน)				
1.	ที่ทำงานของท่านมีสวนสุขภาพ เหมาะกับการออกกำลังกาย				
2.	ที่ทำงานของท่าน มีอุปกรณ์ สำหรับการออกกำลังกายพร้อม				
3.	ที่ทำงานของท่านจัดเวลาให้เจ้าหน้าที่ออกกำลังกายเพื่อ สุขภาพ				
4.	ที่ทำงานของท่านมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจเช่น สวนหย่อม มุมนั่งเล่น				
5.	ที่ทำงานของท่านมีการให้บริการนวดคลายเครียด นวดผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ				
6.	ที่ทำงานของท่านมีร้านค้าจำหน่าย อาหารเพื่อสุขภาพ				
7.	ที่ทำงานของท่านมีคลินิกอดบุหรี่สำหรับเจ้าหน้าที่				
8.	ที่ทำงานของท่านเป็นเขตปลอดบุหรี่และสุรา				
9.	ที่ทำงานของท่านมีการให้ความรู้เรื่องการป้องกัน โรคหลอดเลือด หัวใจ				
10.	ที่ทำงานของท่านมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจ สุขภาพประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียง
คำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

ได้รับมากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ได้รับมาก	หมายถึง	ท่านได้รับ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
ได้รับน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยได้รับเลย

ข้อ ที่	ข้อความ	ได้รับ มาก ที่สุด	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับเลย
1.	<u>การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน</u> สมาชิกในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานต่างๆ เพื่อให้ท่านมี เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ				
2.	การได้รับการเอาใจใส่ พุดคุยปัญหาสุขภาพกับครอบครัว				
3.	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ครอบครัวจะเป็นที่ปรึกษาและให้ กำลังใจ				
4.	เพื่อนร่วมงาน ชักชวนให้ท่านไปออกกำลังกาย เสมอ				
5.	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะพุดคุยกับเพื่อนที่ไว้ใจได้				
6.	เพื่อนร่วมงาน ชวนไปรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารชีวจิต อาหารเม็คโครไบ โอดิกส์				
7.	ท่านทราบวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจาก การพุดคุยกับญาติ				
8.	การได้รับคำแนะนำจากญาติหรือบุคคลที่ไว้วางใจ เมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจ				
9.	<u>การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข</u> การได้รับคำแนะนำ จากแพทย์/ นักโภชนาการ/ นักจิตวิทยา เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ				

ข้อ ที่	ข้อความ	ได้รับ มาก ที่สุด	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับเลย
10.	การจัดกิจกรรมรณรงค์การลดการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม การไม่สูบบุหรี่ ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ				
11.	การได้รับคู่มือประเภทอาหารเมนูสุขภาพ				
12.	คำแนะนำ วิธีการลดความเครียด เช่นการออกกำลังกายจาก จิตแพทย์หรือแพทย์				
	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางการสื่อสาร				
13.	วิทยุ				
14.	เสียงตามสาย				
15.	โทรทัศน์				
16.	หนังสือพิมพ์				
17.	นิตยสาร วารสาร				
18.	แผ่นพับ				
19.	คู่มือ ตำรา				
20.	ป้ายประกาศ โปสเตอร์				
21.	อินเทอร์เน็ต				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียง

คำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ
1.	ท่านรับประทานอาหารพวกกุ้ง หอย ปู ปลาหมึก เครื่องในสัตว์ หนังกุ้ง				
2.	ท่านมักใช้วิธีปรุงอาหารโดยการนึ่ง ต้ม ย่าง แทนการทอด				
3.	ท่านรับประทานอาหารพวกผักและผลไม้ที่มีกากใย				
4.	ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน โดยรอบเอวไม่เกิน 90 ซม. ในผู้ชายและไม่เกิน 80 ซม. ในผู้หญิง				
5.	การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของหัวใจและปอด ควรทำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
6.	ท่านมีกิจกรรมทำในยามว่างให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ				
7.	เมื่อรู้สึกเครียด จะหาสถานที่สงบเงียบ เพื่อทำสมาธิ / ผีกจิต				
8.	ท่านควบคุมอารมณ์และความรู้สึกเมื่อรู้สึกเครียด ด้วยการหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ เพื่อให้หัวใจเต้นช้าลงความเครียดลดลง อารมณ์ดีขึ้น				

ข้อ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น ส่วน น้อย	ไม่ ปฏิบัติ
9.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์วันละ มากกว่า 2 แก้วมาตรฐาน ¹				
10.	ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น รดน้ำ ต้นไม้ ทำงานบ้าน หรือกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก และหัวใจเต้นเร็ว				
11.	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่จาก สิ่งแวดล้อมภายนอก				
12.	ท่านเดินขึ้นบันได 1-2 ชั้นแทนการขึ้นลิฟต์				
13.	ท่านสูบบุหรี่หรือผู้ใกล้ชิดท่านสูบบุหรี่				
14.	ท่านได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง				
15.	ท่านหมั่นดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออกมาก				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ - นามสกุล	นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล
วัน เดือน ปีที่เกิด	17 สิงหาคม 2503
สถานที่เกิด	จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2526-2530
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

