

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข**

**Factors Affecting to The Preventative Coronary Heart Disease Behaviors
of The Personnel in Department of Health Service Support,
Ministry of Public Health**

คำนำ

ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้เจริญอย่างรวดเร็วตามกระแสโลกาภิวัตน์ทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นเกิดภาวะที่เรียกว่า การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition) กล่าวคือปัญหาสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิต (Health-related Behavior) ที่ไม่ถูกต้อง โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคเบาหวาน เป็นต้น (ลักษณะ, 2541) การเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ นอกจากทำให้สูญเสียชีวิตแล้ว ลักษณะความเรื้อรังต้องใช้เวลาในการดูแลสุขภาพมีผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของครอบครัวและของประเทศชาติ

จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก พบว่าประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 14 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 (จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว จำนวน 5 ล้านคน และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาจำนวน 9 ล้านคน) และในอีก 30 ปีข้างหน้าสถานการณ์ดังกล่าวนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 25 ล้านคน ในปี 2563 (Global burden of Disease; Lancet: 1996) ซึ่งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับประเทศจากการศึกษา InterASIA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 – 2543 พบว่ามีระดับของปัจจัยเสี่ยงไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงกว่าการสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 1 และ 2 นอกจากนี้ผลการศึกษาระยะยาวของฟรามิงแฮม (Framingham Study) มีข้อบ่งชี้ว่า ประชากรอายุ 60 ปี เพศชาย 1 ใน 5 และเพศหญิง 1 ใน 17 คน จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาของประเทศในแถบตะวันตกแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ เบาหวาน และโรคอ้วน เป็นต้น

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมานั้นเป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศจากสังคมเกษตรกรรมก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรมมีการเติบโตทางเศรษฐกิจทำให้ประชากรมีรายได้เพิ่มขึ้น การศึกษาและอาชีพที่ดีขึ้น ชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรสะดวกสบายขึ้นกว่าเดิมด้วยมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากมาย รวมทั้งความเจริญทางด้านอุตสาหกรรม เทคโนโลยีและการขนส่งทำให้ประชากรของประเทศมีกิจกรรมการใช้ร่างกายลดลง สภาพสังคมและวัฒนธรรมเปลี่ยนแปลงไป แต่กระแสโลกาภิวัตน์เปรียบเสมือนเหรียญสองด้านนอกจากทำให้เกิดผลด้านบวกแล้วยังมีผลด้านลบด้วย กล่าวคือส่งผลให้มีการถ่ายทอดรูปแบบชีวิตที่ไม่เอื้อหนุนต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ ประกอบกับรูปแบบอาหารและการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ความนิยมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (High Cholesterol) การรับประทานอาหารจานด่วน (Fast Food) อาหารประเภทแป้งและขนมปัง เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ทำให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกินและภาวะไขมันในเลือดสูง ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549)

ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศไทย พบว่า กลุ่มที่มีอัตราความชุกของโรคอ้วนสูงมักเป็นวัยผู้ใหญ่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.2 การมีค่านิยมบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าคนไทยมีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจากร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 35.5 ในปี พ.ศ. 2546 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยมีการสูบบุหรี่มากขึ้น สัดส่วนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 21.6 ในปี พ.ศ. 2546 โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) และผลการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่ามีการออกกำลังกายน้อยลง โดยในจำนวนประชากรที่มีอายุ 11 ปี ขึ้นไปทั่วประเทศ 53.7 ล้านคน มีผู้ออกกำลังกายประมาณ 15.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.1 ปัญหาดังกล่าวทั้งหมดล้วนนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - 2547 พบว่าอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยสาเหตุการตายใน 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ในปี พ.ศ. 2543

พบว่ามียอดตาย ดังนี้ร้อยละ 52.3, 5.5 และ 10.1 สำหรับ ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามียอดตาย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนี้ร้อยละ 63, 3.9 และ 17.7 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญของคนไทย โรคนี้ยังต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องใช้เวลานานทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย สิ้นเปลืองงบประมาณในการรักษา ดังนั้นการกำหนดแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นเรื่องที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในยุคปัจจุบันมากกว่าการรักษา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้าราชการและลูกจ้าง รวมทั้งสิ้น 1,438 คน ซึ่งในนี้มีข้าราชการระดับปฏิบัติการ 869 คน จากข้อมูลการตรวจสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2547 จำนวน 484 คน ในกลุ่มนี้มีเจ้าหน้าที่อายุมากกว่า 35 ปี และมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วยผลการตรวจพบมีความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 251 คน หรือร้อยละ 51.9 จำนวน 73 คน หรือร้อยละ 15.1 มีภาวะ Triglyride สูงกว่าปกติ และมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 27 คน หรือร้อยละ 5.6 แสดงว่าเจ้าหน้าที่ยังปฏิบัติตน ในการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัย 35 ปีขึ้นไป มีภาระหน้าที่รับผิดชอบต่องานในตำแหน่งสำคัญ ๆ เป็นวัยที่เหมาะสมมีคุณสมบัติพร้อม ทুমเทให้กับการชีวิตการทำงานซึ่งบางครั้งคนอาจทำงานหนักเกินไปมีความเหนื่อยหอบ ยากได้ เหล่านี้อาจสร้างภาวะกดดันและสร้างความเครียด ขาดการออกกำลังกาย อย่างไรก็ดีตาม จากบทบาทหน้าที่และลักษณะงาน อาจถูกคาดหวังจากประชาชนให้เป็นต้นแบบการมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นผู้นำด้านสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคแก่ประชาชนโดยทั่วไป รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน อื่น ๆ ได้ ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นสำคัญและสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับ เจ้าหน้าที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
3. ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแก่เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่รับผิดชอบ กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพให้เจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนต่อไป
3. เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติม หรือเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจศึกษา ค้นคว้า ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เฉพาะข้าราชการระดับ ปฏิบัติมีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี จำนวน 869 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

แบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.5 การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย

2.1 ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

3.1 การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน

3.2 การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 ด้าน คือ

1. การบริโภคอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การจัดการกับความเครียด
4. การสูบบุหรี่
5. การดื่มสุรา
6. การตรวจสุขภาพประจำปี

ตัวแปรอธิบาย (Explanatory variables)

ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

1. เพศ

2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
6. ตำแหน่ง

นียมปฏิบัติการของตัวแปรและนียมศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

นียมปฏิบัติการของตัวแปรอิสระประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจหรืออธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของโรค พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้ง 6 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี

1.2 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ประกอบกับความรู้ ความเชื่อของแต่ละบุคคล ที่แสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะนี้มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่เกิดจากการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีผลมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความเครียด เป็นต้น

1.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ถ้าไม่ได้รับการควบคุมระดับโคเลสเตอรอล หรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดเป็นอันตรายจนถึงขั้นเสียชีวิตได้และมีผลกระทบต่อการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันหรือฐานะทางสังคม

1.5 การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้อง ซึ่งมีมากกว่าอุปสรรค ได้แก่ ระยะเวลา ความสะดวก การปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานานที่จะทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) คือ สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่ ได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค หมายถึง การมีทรัพยากร เอื้ออำนวย ได้แก่ แหล่งสถานบริการทางการแพทย์ ร้านอาหาร สถานที่ออกกำลังกาย ให้เจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) คือ การได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ให้เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ

3.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงานให้สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.2 การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ หมายถึง ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ การจัดประชุมทางวิชาการ ที่เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใน 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายไม่บริโภคอาหารที่มีไขมันในปริมาณมากเกินไปที่ร่างกายต้องการ อันจะทำให้เกิดโรคอ้วน และเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.2 พฤติกรรมออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีแบบแผนหรือมีการเตรียมตัว โดยจะเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำซ้ำ ๆ หรือสม่ำเสมอ ให้ร่างกายมีการทำงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานพอมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ระบบการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจ หลอดเลือด การออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาทีต่อครั้ง และปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์

4.3 พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด หมายถึง เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการตอบสนองต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่ระบุแน่ชัดไม่ได้ สาเหตุอาจเกิดจากภายนอกและสาเหตุจากภายในตัวบุคคลทำให้ต้องหาวิธีแก้ไขหรือพยายามปรับตัวคืนสู่สภาวะสมดุล ได้แก่ การออกกำลังกายโดยเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย การนวดคลายเครียด การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ

4.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อการสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในควันบุหรี่มีผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวใจตีบแคบและอุดตัน

4.5 พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสภาวะการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ได้แก่ การสร้างบรรยากาศภายในครอบครัวให้มีความสุข ทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ ส่งเสริมความสุข เล่นกีฬา ทำงานอดิเรก เมื่อไปงานเลี้ยงควรปฏิเสธการดื่มหรือถ้าจำเป็นต้องดื่มสุราควรดื่มเพียงเล็กน้อย

4.6 พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติในการรับบริการตรวจสุขภาพ โดยกระทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาโรคและความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ การเอกซเรย์ปอด การวัดความดันโลหิตตรวจหาระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ความเข้มข้นของเลือด และการตรวจอื่น ๆ ที่จำเป็น

5. ปัจจัยชีวิตสังคม หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่กำหนดไว้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่ง

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หมายถึง เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปีเป็นข้าราชการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

การตรวจเอกสาร

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดทฤษฎีรูปแบบจำลอง (PRECEDE Model)
4. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

หัวใจประกอบด้วยกล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่ ข้างในหัวใจเป็นโพรงบรรจุเลือด เพื่อให้หัวใจสูบฉีดไหลเวียนไปสู่ส่วนต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ในสภาพปกติเยื่อหุ้มหัวใจมี 2 ชั้นภายในเป็นช่องว่างมีของเหลวบรรจุอยู่ ประกอบด้วยเส้นเลือดขนาดใหญ่คือหลอดเลือด Aorta และหลอดเลือด Pulmonary Artery การที่กล้ามเนื้อจะได้รับเลือดไปเลี้ยงต้องผ่านหลอดเลือด Coronary ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่แยกแขนงจากหลอดเลือดแดงใหญ่โดยตรงหัวใจจึงไม่ขาดเลือด

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบ

หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) ชั้นในสุด (Intimal layer) โดยเซลล์ชั้นใน (Endothelial cell) จะทำหน้าที่ผิดปกติจากปกติ เกิดการเกาะจับของไขมันมีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ Macrophage และ

Lymphocyte ตลอดจนเกล็ดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว ระดับความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งแบ่งได้เป็น 3 ระยะ

วิชัย และคณะ (2529) ระยะ 1 รอยไขมัน (Fatty Streak) ระยะ 2 แผ่นพังพืด (Fibrous Plaque) ระยะ 3 บาดแผลซับซ้อน (Complicated Lesion) ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเป็นผลจากการคั่งของโคเลสเตอรอลที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงร่วมกับการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงการเกิดจะค่อยเป็นค่อยไป โดยอาจตรวจพบรอยไขมัน (Fatty streak) ตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป ถ้าหากความผิดปกตินี้ไม่ได้รับการแก้ไขก็จะเกิดแผ่นพังพืด (Fibrous Plaque) ในช่วงอายุ 20–30 ปี และจะกลายเป็นรอยโรคที่ซับซ้อน ได้แก่ มีหินปูนมาเกาะหรือมีเลือดออกภายใต้แผ่นพังพืดจะเกิดการตายของเซลล์ เกิดก้อนเลือดแข็งตัวที่ผนังของเนื้อเยื่อพังพืดเมื่ออายุ 40 ปี ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดแดงเสียความยืดหยุ่นและเกิดการอุดตันขึ้นได้ โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ปอด และแขนขา (วิชัย และ ชาติ, 2529)

ระยะ 1 รอยไขมัน (Fatty Streak) จัดเป็นพยาธิสภาพระยะเริ่มแรกของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าคือ ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงมีลักษณะเป็นแผ่นสีเหลืองหรือสีขาวจะพบว่าผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงมีเซลล์กล้ามเนื้อเรียบได้แทรกกรุกล้ำเข้ามาอยู่กับเซลล์เยื่อชั้นในโดยที่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่เข้ามาแทรกอยู่ในผนังชั้นในนี้มีลักษณะผิดปกติ

ระยะ 2 แผ่นพังพืด (Fibrous Plaque) เป็นส่วนของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่กรุกล้ำเข้ามาในผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง โดยมีไขมันคั่งอยู่ภายในและภายนอกเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและมีเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเพิ่มมากขึ้นด้วยต่อมากลายเป็นเนื้อเยื่อพังพืดหนา

ระยะ 3 บาดแผลซับซ้อน (Complicated Lesion) คือแผ่นพังพืดนั้นเอง แต่พยาธิสภาพมีความรุนแรงมากขึ้น กล่าวคือเยื่อบุเซลล์ของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงอาจถูกทำลายเกิดเป็นบาดแผลและมีเลือดออก มีหินปูนจับเกาะที่บาดแผลซับซ้อน

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หรือที่นิยมเรียกว่าโรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease: Coronary artery disease) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงานเป็นเพราะคนในวัยนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ขาดการพักผ่อน ทำงานมากเกินไป และออกกำลังกายน้อยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนสภาพหลอดเลือดจะเพิ่มมากขึ้นตามวัย (ชูศักดิ์, 2532) สาเหตุหลักการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการเกาะตัวหรือการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดหัวใจซึ่งประกอบด้วยโคเลสเตอรอล สารประกอบจากเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดรวมทั้งไฟบรินและหินปูนจึงทำให้รูของเส้นเลือดมีขนาดเล็กลงมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่พอขาดออกซิเจน หัวใจต้องทำงานหนักมากกว่าปกติโดยการบีบตัวให้เร็วขึ้น เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ การตีบแคบมากขึ้น ความรุนแรงของโรคจะสูงขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

อิสรา (2536) กล่าวว่าสาเหตุทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลาย ๆ ปัจจัย ที่เรียกกันว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้หรือกลุ่มปัจจัยที่คนเรามีอำนาจเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาทางระบาดวิทยาและข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวเร่งให้พบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1.1. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

การบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรีสูงก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ดังในตารางที่ 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	≥60	35-59	<35
Triqlyeerides	<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 การบริโภคไขมันชนิดนี้มากเกินไปจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างโคเลสเตอรอลมากขึ้นและอันตรายจากไขมันประเภทอิ่มตัวจะมีมากกว่าไขมันประเภทไม่อิ่มตัว (Unsaturated fat) ที่ได้จากพืช

เนื่องจากไขมันเป็นสารไม่ละลายน้ำจะรวมตัวอยู่กับโปรตีน (โปรตีนเป็นตัวจับโคเลสเตอรอล) เพื่อให้ละลายตัวอยู่ในน้ำเลือดได้เรียกว่า Lipoproteins ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนโปรตีน (ถ้าเลี้ยงในกระแสเลือดได้) ทำให้ไขมันกระจายตัวในน้ำเลือดส่งไปทั่วร่างกาย

ไขมันในเลือดที่สำคัญแบ่งออกเป็น (ศุภชัย, 2540)

- 1) โคเลสเตอรอล (Total Cholesterol) ประกอบด้วย

1.1) ไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoproteins Cholesterol) หรือ LDL-C Lipoprotein เป็นไขมันชนิดเลวที่ได้มาจากกรดไขมันอิ่มตัวเพราะบรรจุโคเลสเตอรอลไว้เป็นปริมาณมากคำว่า “ความหนาแน่นต่ำ” หมายความว่าในสภาพที่เลือดไม่แข็งตัวมันจะเป็นสารที่จะลอยตัวอยู่บนชั้นผิวของเลือดในลักษณะเดียวกับน้ำมันที่มันเนยจับเป็นฝอยลอยอยู่ข้างบน ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีโคเลสเตอรอล ซึ่งมีระดับ LDL-C ในเลือดสูงกว่าปกติทำให้ตะกอนไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ฐของหลอดเลือดตีบแคบจึงมีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูง (Assmann, 1982)

1.2) ไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein) HDL-C มีหน้าที่สลายภาวะหลอดเลือดแข็งที่เกิดกับผนังหลอดเลือดจะทำให้แอลดีแอลที่เกาะติดกับหลอดเลือดแข็งออกจากเซลล์ไปสู่ตับ เพื่อแปรสภาพกลายเป็นน้ำดีช่วยย่อยอาหารแล้วขับถ่ายออกจากร่างกายทางลำไส้ต่อไป ดังนั้นไขมันชนิด HDL-C ที่มีค่าสูงจะเป็นตัวช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Higgins, 1997)

2) ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันอีกชนิดหนึ่งในเลือดมักจะมีระดับสูงในคนอ้วน คนที่บริโภคน้ำตาลและบริโภคไขมันชนิดอิ่มตัวรวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาหลอดเลือดตีบระดับไตรกลีเซอไรด์ที่เหมาะสมไม่ควรสูงกว่า 150 mg/dl

ผลการศึกษาของ Reuther and Hansen (1985) พบว่าบุคคลที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าบุคคลที่มีระดับไขมันในเลือดปกติถึง 4.3 เท่า

1.2 โรคความดันโลหิตสูง

วิชัย (2530) กล่าวถึงผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจมากกว่าคนปกติ ผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงร้อยละ 11 และร้อยละ 18.4 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่มีน้ำหนักปกติ มีอัตราเกิดความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 4.6 ดังนั้นผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากขึ้นเท่าใดอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนาน ๆ หากไม่ได้รับการรักษาแล้วจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ ผลตามมาก็คือเกิดโรคหัวใจจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบก้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อสูบฉีดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทั่วร่างกาย เชื่อว่าผนังหลอดเลือดจะบีบตัวแรงดั่งนั้นแรงดันที่เพิ่มขึ้นจะก่อให้เกิดแรงกระแทกทำให้ผนังหลอดเลือดฉีกขาด สารที่เป็นพวกไขมันไปเกาะติดได้ง่าย ซึ่งเป็นตัวเร่งให้หลอดเลือดเกิดการตีบตันเร็วขึ้น ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท มีสถิติการเป็นโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทถึง 5 เท่า (วลัย, 2528)

1.3 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดและเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ มีรายงานพบว่าแรงกระตุ้นความอยากสูบบุหรี่คือ ความเครียด การดื่มสุรา โมโห หงุดหงิด เที้ยวกลางคืนและการดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่ เป็นต้น ผู้สูบบุหรี่เกินกว่าวันละหนึ่งซองจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 4 เท่า (วิชัย, 2530) ดังนั้นอัตราเสี่ยงจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่เวลาอายุที่เริ่มสูบบุหรี่

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 4 ล้านคน หรือวันละ 11,000 คน และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปี ข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นปีละ 10 ล้านคน (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2543) จากสถิติการตายพบว่าผู้สูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30-80 นอกจากนี้ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคที่นำไปสู่การเสียชีวิต โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ สาเหตุที่บุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากควันบุหรี่มีสารประกอบที่เป็นอันตรายหลายชนิด ได้แก่ สารประกอบทาร์ นิโคติน ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และสารพิษอื่น ๆ

สารพิษในควันบุหรี่จะมีผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1) หัวใจ นิโคตินในบุหรี่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองและต่อมหมวกไต หลังสาร Epinephrine สามารถกระตุ้นทำให้หัวใจเต้นแรง เต้นเร็ว ทำให้หัวใจทำงานหนักมากกว่าธรรมดา ถ้าผู้สูบบุหรี่มีโรคหัวใจอยู่แล้วก็อาจจะทำให้อาการของโรคหัวใจนั้นกำเริบได้อย่างมาก

2) หลอดเลือด บุหรี่จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เช่น โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์เกล็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น ทำให้เกิดการแข็งตัวและหนาตัวของผนังเส้นเลือดแดงในทุกระบบของร่างกาย ไขมันของหลอดเลือดมักจะจับแคบลงจนกระทั่งอุดตัน ซึ่งป็นอันตรายถึงชีวิตได้ถ้ามีการตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวใจจะทำให้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ก็จะเข้าไปปะปนอยู่ในกระแสเลือดแย่งที่ออกซิเจนในเลือดทำให้เซลล์ทั่วร่างกายขาดออกซิเจน ร่างกายรับออกซิเจนน้อยลงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น (อุไร, 2542)

1.4 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานมักพบบ่อยในผู้ที่มีน้ำหนัก เกินมาตรฐานอยู่ในวัยกลางคน มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะเพิ่มอัตราต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่ระดับน้ำตาลปกติ คนอ้วนจะเกิดโรคเบาหวานได้ง่ายกว่าคนผอมเพราะอาหารประเภทน้ำตาลที่เหลือเพื่อจะถูกเก็บในรูปไขมัน จึงทำให้อ้วนขึ้นคนผอมเป็นโรคเบาหวานได้เช่นเดียวกับคนอ้วนซึ่งเกิดจากการความผิดปกติการทำงานของตับอ่อน ด้วยเหตุนี้คนที่มีการผอมลง ควรต้องตรวจหาเบาหวานด้วยเช่นกัน

ภาวะน้ำตาลสูงมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดฝอย เส้นเลือดจะแข็ง เปราะง่าย เกิดลิ่มเลือดอุดตัน นอกจากนี้จะเกิดภาวะคีโตนินมีการเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นไกลโคเจนและไขมันสูงขึ้น (วิชัย, 2530)

ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมระดับน้ำตาล ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะเกิดโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ การเสื่อมของหลอดเลือดขนาดเล็กและมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยทำให้หลอดเลือดตีบแคบ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง พบได้บ่อยในเส้นเลือดบริเวณที่ไปเลี้ยงหัวใจ สมอง ไต และบริเวณขาส่วนปลาย

1.5 โรคอ้วน

กรมอนามัย (2544) ได้ให้ความหมายว่าโรคอ้วน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานเป็นผลจากการไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่เผาผลาญ ทำให้เกิดการสะสมในรูปของ Triglyceride ในเนื้อเยื่อไขมัน

กมลพรรณ และ อัมพร (2544) กล่าวว่าหากร่างกายมีปริมาณไขมันในร่างกายเกินกว่ามาตรฐานร้อยละ 20 ก็ถือว่าเข้าสู่ภาวะอ้วนแล้ว ในการวินิจฉัยโรคอ้วนในผู้ใหญ่ นั้นใช้ดัชนีมวลกาย ผู้มีน้ำหนักตัวเกณฑ์ปกติจะมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.5- 24.9 ก.ก./ม.² ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 25- 29.9 ก.ก./ม.² แสดงว่าน้ำหนักเกินและถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 ก.ก./ม.² แสดงว่าเป็นโรคอ้วน (อบเชย, 2546)

ซึ่งโรคอ้วนเป็นอันตรายและอาจทำให้เป็นโรคอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคเกี่ยวกับข้อต่อและกระดูก เป็นต้น

$$\text{การคำนวณดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็น กก.}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

จากการวิจัยปัญหาโภชนาการในผู้ใหญ่ พบว่า พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ปัญหาการจราจรติดขัดในกรุงเทพมหานครทำให้คนส่วนใหญ่ต้องนั่งเฉยบนรถยนต์หลายชั่วโมงต่อวัน หรือลักษณะงานที่ต้องนั่งทำงานตลอดเวลา พฤติกรรมชอบรับประทานอาหารจุกจิก ดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลมเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคอ้วนตั้งแต่ในวัยเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่าคนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ 4 เท่าและมักเสียชีวิตจากสาเหตุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากที่สุด (กมลพรรณและอัมพร, 2544)

โดยสรุปความอ้วนมีผลต่อระดับไขมันในเลือดกล่าวคือ ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างไรก็ตามการเสื่อมของโรคหลอดเลือดหัวใจยังสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงจากที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น พบว่าคนอ้วนมีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนที่ไม่อ้วนประมาณร้อยละ 8 – 36 (ไพบูลย์, 2538)

1.6 การขาดการออกกำลังกาย

วิทยาศาสตร์การแพทย์พิสูจน์แล้วว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอส่งผลดีต่อสุขภาพในขณะที่การขาดกิจกรรมการใช้ร่างกายหรือออกแรงในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน หรือการเล่นกีฬาจะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหัวใจและการเสียชีวิตจากหลายสาเหตุ แต่สังคมปัจจุบันกลับเอื้อให้ประชากรมีการใช้ร่างกายลดลงอย่างมาก ดังนั้นประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา จึงเน้นกลยุทธ์สร้างความตื่นตัวในด้านการส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกัน ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขเริ่มสนใจการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันโรค ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา

เนก (2540) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ว่า เป็นการกระทำที่ทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นกว่าปกติ ประมาณเท่าตัวหรือเกือบเท่าตัวเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที และในสัปดาห์หนึ่งอย่างน้อย 3-4 วัน

การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายและภาวะอ้วน พบว่าผู้ที่ทำงานอยู่กับที่ประเภทนั่งโต๊ะ ไม่มีเวลาออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่านักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดหัวใจแข็งแรง หัวใจมีการสูบฉีดเลือดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้นทำให้มีการไหลผ่านของเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือดป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือดแดง

ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีหลายข้อ ได้แก่ ลดความดันเลือด ลดการแข็งตัวของเลือดและรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน ขณะเดียวกันช่วยเพิ่มระดับ HDL-C ซึ่งเป็นไขมันชนิดดีในร่างกาย ป้องกันหลอดเลือดแข็งตรงกันข้าม LDL-C ยิ่งมีค่าสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว

1.7 ความเครียด

ความเครียดมีหลายระดับขึ้นกับการประเมินค่า ทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีความเครียดต่ำสุดคือไม่มีเลยจนถึงมากที่สุดอยู่ที่เราจะตอบสนองตอบอย่างไร ส่วนใหญ่มาจากนิสัยบุคลิกภาพพื้นฐานหรือพันธุกรรมนั่นเอง

บุคคลที่มีบุคลิกภาพชนิดเอ หมายถึง การเป็นคนริบเร่ง แข่งขัน ชีโมโห หงุดหงิดง่าย มักตั้งความหวังไว้สูงจัดว่าเป็นกลุ่มเอ (Type A) จากรายงานพบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูง และอาจเสียชีวิตจากโรคหัวใจก่อนวัยอันควร (เจลิชว, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพชนิดเอเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึง 6 เท่าของบุคลิกแบบชนิดบี (Slay, 1976)

โดยสรุป ความเครียดคือ ผลของการประเมินค่าต่อเหตุการณ์ในชีวิต การแก้ปัญหาจึงอยู่ที่การเข้าไปบริหารจัดการเพื่อลดหรือสลายความเครียดอย่างไร

อัมพร (2540) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 3 ประการ คือ

1) สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าตนเองจะไม่สมหวังกลัวจะไม่ประสบความสำเร็จ หนักใจในการทำงาน หรือภาระต่าง ๆ ทำให้รู้สึกว่าจะต้องทำสิ่งที่ไม่เกินความสามารถมีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นต้น

2) สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การตั้งครุฑ การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรักหรือการประสบอุบัติเหตุรุนแรง

3) สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหรือมีความพิการเกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น

ผลของความเครียด

ภาวะเครียดสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในผู้ที่เป็โรคหัวใจโดยมีกลไกดังนี้ ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น หัวใจบีบตัวมากขึ้นหัวใจเต้นเร็วขึ้นอาจเกิดการอุดตันของหัวใจ เลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น (Cholesterol และ Triglyceride) และเกิดอุดตันหลอดเลือดได้ง่ายขึ้นในผู้หญิงจะทำให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ฮอร์โมนนี้จะป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นส่งผลต่อระบบร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการทำงานสัมพันธ์ภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อมและเมื่อประสิทธิภาพในงานตกต่ำ สัมพันธภาพเสื่อม จิตใจย่อมได้รับผลตึงเครียดมากขึ้นซ้ำซ้อนนับว่าความเครียดเป็นภัยต่อชีวิตอย่างยิ่ง

1.8 การดื่มแอลกอฮอล์

สุรา เป็นเครื่องดื่มที่มี Ethyl Alcohol หรือ Ethanol ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกินร้อยละ 60 ซึ่งเป็นเกณฑ์กำหนดสากลทั่วไป แต่ของคนไทยครอบคลุมถึงปริมาณที่ไม่เกินร้อยละ 80 ได้แก่ กระแช่ น้ำข้าว บรั่นดี วิสกี้ คอนยัค แชมเปญ เบียร์ สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจและรายงานว่าคุณไทยมีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 31.5 (พ.ศ. 2534) เป็นร้อยละ 35.5 (พ.ศ. 2546) และในช่วงเวลาเดียวกัน มีสตรีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มจากร้อยละ 9.5 เป็นร้อยละ 14.5

สุพัฒน์(2547) ได้กล่าวเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มสุรา มีดังนี้

1) ทางด้านศาสนา ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามห้ามการดื่มสุรา เพราะถือว่าเป็นอบายมุขและบ่อเกิดความชั่วทั้งหลาย สำหรับศาสนาคริสต์ถือว่าการดื่มสุราจนเมเินมาทำให้เสียสุขภาพ เป็นบาปเพราะทำลายร่างกายที่พระเจ้าสร้างและยังเป็นเหตุให้ทำชั่วอื่น ๆ อีกด้วย

2) ผลเสียทางเศรษฐกิจ

2.1) ผู้ที่ดื่มสุราและครอบครัวจะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อสุรา นอกจากนี้ยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ติดสุราหรือได้รับการเจ็บป่วยจากสาเหตุการดื่มสุรา

2.2) ทำให้เสียเวลาในการทำงานและประสิทธิภาพการทำงานก็ลดลงด้วย

2.3) การดื่มสุราจากต่างประเทศเข้ามาทำให้เสียเศรษฐกิจของประเทศ

3) ผลเสียทางสังคม การดื่มสุราจนมึนเมาเป็นเหตุนำมาซึ่งความแตกร้างในครอบครัว อุบัติเหตุ ความผิดปกติทางเพศและคดีอาชญากรรม เป็นต้น

4) ผลเสียทางสุขภาพ การดื่มสุราเป็นจำนวนมากทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเหน็บชา โรคหัวใจ โรคติดเชื้อต่าง ๆ เป็นต้น

แอลกอฮอล์ที่คนบริโภคเข้าไปนั้นประมาณร้อยละ 90 จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็ว ถ้ามีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 30 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะเกิดอาการครึ้มครื้นสนุกสนานร่าเริง เกิดความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้นก็เริ่มมีผลต่อการตัดสินใจ การพูด ความว่องไวในการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะช้าลง ทำให้มีผลต่อการขับปัสสาวะและเมื่อระดับของแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นอีก จะทำให้สูญเสียด้านการทรงตัว การมองเห็น สมาธิความจำและอาจรุนแรงถึงขั้นหมดสติได้ แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดผลเสียต่อระบบอื่น ๆ ในร่างกาย สุปัทน์ (2547) กล่าวว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ โดยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น นอกจากนี้แอลกอฮอล์ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเนื่องจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงเห็นได้ว่าแอลกอฮอล์นั้นมีผลต่อระบบภายในร่างกายหลายระบบยิ่งบริโภคในปริมาณที่มากและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานก็ยิ่งเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ เหล่านี้มากขึ้น

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ หรือปัจจัยเสี่ยงที่ไม่อาจแก้ไขได้

2.1 กรรมพันธุ์ (Heredity)

พันธุกรรมยังผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะครอบครัวที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ บทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ทราบแน่ชัดอาจเกี่ยวข้องกับยีนที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง ปัจจัยทางพันธุกรรมเหล่านี้ทำให้เกิด 4 ลักษณะ คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวานและโรคอ้วน

จากการศึกษาของ Newman (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ Cholesterol ชนิดต่าง ๆ ความดันโลหิตและน้ำหนักตัวของเด็กในเมืองโบกาลูซา สหรัฐอเมริกาพบว่า ไม่ว่าพ่อแม่หรือลูกหลานที่มีระดับ Cholesterol หรือ LDL สูง ลูกหลานของท่านจะมีโอกาสที่จะมีระดับ Cholesterol สูงกว่าลูกหลานของคนที่มีระดับ Cholesterol ปกติ 2-5 เท่า

2.2 อายุ (Age)

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจมักพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคนี้ในคนอายุน้อยกว่า 40 ปี เนื่องจากรูปแบบการใช้ชีวิตของคนในยุคนี้เร่งรีบ นิยมรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ตั้งแต่วัยเด็กซึ่งอาหารประเภทนี้มักเป็นอาหารที่มีไขมันสูง โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจะปรากฏชัดเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นเนื่องจากกระบวนการเสื่อมสลายของหลอดเลือด (degenerative changed)

2.3 เพศ (Gender)

แม้ว่าเพศชายคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าหญิง 4 เท่า ต่อเมื่ออายุ 55 ปีขึ้นไป เพศหญิงจะมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าของคนปกติ โดยผู้หญิงจะเริ่มมีปัญหาโรคหัวใจเมื่อเข้าสู่วัยทอง ผู้หญิงจะมีระดับคอเลสเตอรอลสูงหรือวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงเป็น 3 เท่าของผู้หญิงปกติหรือหมดประจำเดือนช้า

อัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ลดต่ำลงในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา เชื่อว่าเกิดจากการรณรงค์ป้องกันผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นโรคมามาก่อน (primary prevention) โดยรณรงค์ให้ประชากรเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หยุดสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและควบคุมระดับไขมันในเลือด หากควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวทำให้อุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำลง (World Health Organization, 2002)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

Pender (1987) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเสนอเป็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญา และการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายใน

เฉลิมพล (2541) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประการ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือการวินิจฉัยในระยะไม่มีอาการของความเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติในร่างกายและจิตใจ หรือเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role Behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยา ตามแผนการรักษา การออกกำลังกายเพื่อป้องกันมิให้อาการของโรครุนแรง และเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สารเสพติด การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอและการรับประทานอาหารบางชนิด

กล่าวโดยสรุป แล้วพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่

1. พฤติกรรมการดำรงไว้ให้สุขภาพดำรงไว้ให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันโรค (Health Maintenance and Protective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคด้วย ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 2 ส่วนนั้นสนับสนุนซึ่งกันและกันคือ การส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และสังคมย่อมส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมนำไปสู่การป้องกันโรค โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเหล่านั้นให้หลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอุบัติการณ์ของโรคและสาเหตุของความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นตัววัดที่ชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถแก้ปัญหาโรคภัยที่สืบเนื่องหรือเป็นผลมาจากพฤติกรรมของบุคคลได้

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติเพื่อให้อาการโรคหายได้

พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้มากกว่าการเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่ พฤติกรรมใหม่

พรณี (2540) กล่าวถึงองค์ประกอบของพฤติกรรม ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ทำที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบดื่มยาชูกำลัง ความไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกายและสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสีย (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไปจนเกินความจำเป็น การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไป แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

จากความหมายต่าง ๆ ของพฤติกรรม สรุปได้ว่าเป็นการกระทำหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทั้งที่สังเกตได้คือ พฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกและที่สังเกตไม่ได้ คือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้รับความสนใจจากสังคมอย่างมาก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะปัญหาสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข มักมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพภายใต้ความหมาย “การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรค” จึงเปรียบเสมือนการฉีดวัคซีนให้กับสังคมจัดว่าเป็นแนวทางแก้ปัญหาเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนในสังคมแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Tannahill (1985 อ้างถึง Downie et al., 1990) ได้เสนอรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับใช้ในการวางแผนและการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยกล่าวว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยความพยายามที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพด้านดีและป้องกันสุขภาพด้านการเจ็บป่วย โดยผ่านการเหลื่อมกันของวงกลมของการให้สุศึกษา การป้องกัน และการคุ้มครองสุขภาพ

Pender (1987) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมป้องกันโรค คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อมุ่งหวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาขึ้น หรือเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง หรือลดการเกิด การบาดเจ็บและความพิการ

เป้าหมายหลักของการป้องกัน คือการลดกระบวนการเกิดโรค ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการหรือภาวะที่ไม่ต้องการให้เกิด (Downie et al., 1990) ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. Primary Prevention หมายถึง เป็นการป้องกันที่แท้จริง กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคคล โดยทั่วไปที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันต้องกระทำก่อนจะมีโรคเกิดขึ้นไม่ใช่เป็นการรักษาหรือการค้นหาอาการ แต่เป็นการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและป้องกันเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลต่อเชื้อโรค
2. Secondary Prevention การป้องกันระดับทุติยภูมิ การป้องกันในระดับนี้มีเป้าหมายที่จะระงับพัฒนาการของโรค ลดความรุนแรงของโรค และภาวะพิการที่อาจเกิดขึ้น โดยดำเนินการตรวจคัดกรองโรคในระยะเริ่มแรกกับบุคคลที่มีอัตราเสี่ยงการเกิดโรค
3. Tertiary Prevention การป้องกันระดับตติยภูมิ หมายถึง เป็นการรักษาผู้ป่วยตามวิธีการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยาวต่อไป

การป้องกันโรค เป็นมาตรการที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพ เพราะการทำให้คนไม่ป่วยย่อมเป็นการง่ายและประหยัดกว่าการรักษา และในกระบวนการป้องกันโรคพบว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่จะทำให้บุคคลป่วยหรือไม่ป่วยเป็นโรคนั้นคือ ผลจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพฤติกรรม การป้องกันโรคจึงหมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมากมักจะอ้างถึงผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงและหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ การดูแลตนเองในสภาพปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ สร้างเกราะภูมิคุ้มกันโรคที่สามารถป้องกันได้

สำหรับการศึกษารั้วนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งสามารถป้องกันโรคในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นการกระทำเพื่อควบคุมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากการศึกษา ค้นคว้าเอกสาร ประกอบด้วย การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

1. ด้านการบริโภคอาหาร

ระดับโคเลสเตอรอลมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูง คือการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น การป้องกันและควบคุมภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดต้องควบคุมโดยเลือกบริโภคอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการและเหมาะสมกับวัย

กองโภชนาการ กรมอนามัยร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการได้จัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อการมีภาวะโภชนาการและสุขภาพอนามัยที่ดี หรือเรียกว่า “โภชนบัญญัติ 9 ประการ” เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับคนไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (กรมอนามัย, 2542)

1) กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว
แต่ละหมู่ให้หลากหลายคือ การกินอาหารหลาย ๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ
ครบในปริมาณที่เพียงพอับความต้องการ ถ้ากินไม่ครบ 5 หมู่ หรือกินอาหารซ้ำซากเพียง
บางชนิดทุกวัน อาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ดังนั้นในวันหนึ่ง ๆ
เราจะต้องเลือกกินอาหารหลาย ๆ ชนิดให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ และในแต่ละหมู่
ควรเลือกกินให้หลากหลายเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ
อันจะนำไปสู่การกินที่มีผลให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี

น้ำหนักตัวใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพเพราะแต่ละคนจะต้องมี
น้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัยและได้สัดส่วนกับความสูง ดังนั้นการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์
โดยการกินอาหารให้เหมาะสม จึงมีความสำคัญและจำเป็นยิ่ง ควรชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อย
เดือนละ 1 ครั้ง

2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหาร
หลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงาน สารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่
คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ซึ่งผ่านการขัดสีแต่น้อย
ถือว่ามิประโยชน์มาก เนื่องจากมีสารอาหารโปรตีน ไขมัน ใยอาหาร แร่ธาตุ และวิตามิน
ในปริมาณที่สูงกว่า

อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงปริมาณอาหารประเภทข้าวและแป้งที่ร่างกายได้รับ
ในแต่ละวัน เพราะถ้าร่างกายได้รับเกินความต้องการแล้วจะเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บไว้ในส่วนต่าง ๆ
ของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้

3) กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ นอกจากจะให้
วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารแล้ว ยังมีสารอื่น ๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะตามผนัง
หลอดเลือดและช่วยทำให้เยื่อของเซลล์ รวมทั้งอวัยวะต่าง ๆ แข็งแรงอีกด้วย

4) กินปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีนที่ดี
โปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไป
เสริมสร้างร่างกายและซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ

ปลาเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ หากกินแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะช่วยลดปริมาณไขมันในเส้นเลือด ถ้ากินปลาเล็กปลาน้อยจะได้แคลเซียมซึ่งทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง

การกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำ ไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและโลหิต ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ไข่เป็นอาหารโปรตีนราคาถูก หาซื้อง่าย ปรุงและกินง่าย ผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการปกติควรกินไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ที่สำคัญควรกินไข่ที่ปรุงให้สุก

ถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูก ควรกินถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น

5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญ คือ โปรตีน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินต่าง ๆ โดยเฉพาะวิตามินบี 2 นมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง ช่วยลดการเสื่อมสลายของกระดูกและทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำหน้าที่ปกติ

6) กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ อาหารแทบทุกชนิดมีไขมันเป็นส่วนประกอบมากน้อยแตกต่างกันไป ไขมันเป็นแหล่งพลังงานที่สูง ให้กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกายช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมัน ในปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มการกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไปทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อ้วนและเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา การได้รับไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลมากเกินไปทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ การรู้จักชนิดของอาหารที่มีไขมันสูง และรู้จักวิธีการประกอบอาหาร จะทำให้สามารถควบคุมหรือจำกัดปริมาณไขมันในอาหารได้

7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด ปัจจุบันคนไทยนิยมกินอาหารรสจัด และใช้เครื่องปรุงรสกันมากเพราะเครื่องปรุงรสทำให้อาหารอร่อย มีรสชาติ เกิดความพึงพอใจต่อผู้บริโภค แต่ถ้ากินอาหารรสจัดมากเกินไปจนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

อาหารที่มีรสหวาน ซึ่งเป็นรสที่คนทั่วไปชื่นชอบ ได้แก่ ขนมหวานและผลไม้รสหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม จากอาหารดังกล่าวทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น พลังงานส่วนเกินที่ได้จากน้ำตาลจะไปเก็บสะสมไว้ในร่างกาย หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคอ้วนได้

รสเค็มจากอาหารที่ได้จากการเติมน้ำปลา เกลือแกง ซีอิ๊ว โดยเฉพาะการรับประทานอาหารประเภทของหมักดอง ปลาร้า ปลาเค็ม นอกจากนี้เกลียวยังแฝงมากับอาหารอื่นอีก เช่น ขนมอบกรอบ ขนมขบเคี้ยว และผงชูรส การได้รับเกลียวมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นในการกินอาหารควรลดการปรุงรสที่ไม่จำเป็นและหันมากินอาหารแบบไทยที่มีพืชผักสมุนไพร และกับข้าวที่เป็นเครื่องเคียงที่ปรุงจากเนื้อสัตว์และผักต่าง ๆ ทำให้อาหารได้รับอาหารสมดุล

8) กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน สังคมไทยในปัจจุบันเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีการรับแรงในการดำเนินชีวิต เปลี่ยนพฤติกรรมจากการประกอบอาหารในครัวเรือนเป็นการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ พร้อมบริโภคหรืออาหารพร้อมปรุง อาหารเหล่านี้มักมีการปนเปื้อนไม่สะอาด เป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร ฉะนั้นเพื่อให้ผู้บริโภคมีสุขภาพอนามัยที่ดี จึงควรต้องรู้จักวิธีการเลือกซื้อและการปรุงประกอบอาหารสุกสะอาดปลอดภัย และมีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการ

9) งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการดื่มเหล้าเป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มักเกิดโรคขาดสารอาหาร ทั้งโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ และเมื่อดื่มไปนาน ๆ ดับจะถูกทำลายทำให้เกิดการขาดสารอาหารมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ และในระยะหลังพบว่ายังเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งของคอและหลอดอาหาร รายที่เป็นโรคสุราเรื้อรังมักเกิดโรคตับแข็งและโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม ดังนั้นในรายที่ดื่มเป็นประจำต้องลดปริมาณการดื่มให้น้อยลง ถ้างดดื่มได้ก็จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

สรุปได้ว่า หลักสำคัญในการควบคุมอาหารในผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามที่สมาคมหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association) ได้แนะนำไว้ดังนี้

- 1) แต่ละวันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานอาหารทั้งหมด หรือไม่เกินวันละ 3-4 ช้อนโต๊ะ ของน้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร รวมทั้งกะทิและเนย
- 2) ลดไขมันประเภทอิ่มตัวให้เหลือเพียงร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด ไขมันชนิดอิ่มตัวมาจากผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ไข่แดง น้ำมันหมู เนย นม และผลิตภัณฑ์จากนม รวมทั้งน้ำมันพืชจำพวกน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว
- 3) ทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้เหลือเพียงวันละ 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) ออกกำลังกายครั้งละ 15-30 นาที
- 3) ออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างหักโหม

- 4) ควรรอบอุ้มร่างกายก่อนออกกำลังกาย และผ่อนคลายก่อนเลิกออกกำลังกาย
- 5) ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย
- 6) ออกกำลังกายที่ให้ความสนุกสนาน
- 7) แต่งกายให้เหมาะสมกับชนิดของการออกกำลังกาย
- 8) ออกกำลังกายในสถานที่ปลอดภัย
- 9) ควรออกกำลังกายหากหลายชนิด
- 10) ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว ต้องตรวจสอบสุขภาพก่อนออกกำลังกาย

ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อระบบการทำงานของร่างกาย (ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา, 2537)

การออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยมีความหนักและยาวนานที่เหมาะสมจะให้ผลในการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น

1) ระบบการเคลื่อนไหว

1.1) กระดูกจะเพิ่มความหนาและแข็งแรง โดยเฉพาะกระดูกบริเวณที่มีกล้ามเนื้อยึดเกาะ

1.2) ข้อต่อและเอ็นของข้อต่อต่าง ๆ จะเหนียวและหนาขึ้นทำให้ข้อต่อแข็งแรงสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3) กล้ามเนื้อ เอ็นของกล้ามเนื้อจะมีความแข็งแรง และยืดหยุ่นขึ้น ทำให้สามารถลดแรงที่มากกระทำต่อกล้ามเนื้อในทันทีทันใด เป็นการลดอันตรายที่จะเกิดกับกล้ามเนื้อ และเอ็นกล้ามเนื้อ ขณะเดียวกันจะมีการสะสมสารอาหารตั้งต้น โดยเฉพาะพวกแป้งและไขมัน ดังนั้นกล้ามเนื้อจึงสามารถทำงานได้ดีติดต่อกันได้เป็นเวลานานขึ้น นอกจากนั้นกล้ามเนื้อที่มีความตึงตัว จะทำให้กระดูกและข้อต่อวางตัวอยู่ในท่าที่เหมาะสม ป้องกันความผิดปกติของทรวงอกได้อีกด้วย

2) ผลต่อระบบประสาท การออกกำลังกายส่วนใหญ่จะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เพราะการออกกำลังกายจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) หลั่งฮอร์โมน นอร์แอดรีนาลีน (Noradrenalin Hormone) ออกมาซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติมีผลทำให้

2.1) ระบบประสาท ที่อยู่ภายใต้การสั่งงานของสมอง จะประสานงานกันได้ดีขึ้น การเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างจะเป็นไปอย่างสอดคล้อง และมีประสิทธิภาพ

2.2) ระบบประสาท ที่ทำงานนอกการสั่งการของสมองมีอยู่ 2 ประเภท ทำหน้าที่เหนี่ยวรั้งซึ่งกันและกัน จะทำงานได้อย่างสมดุลและมีประสิทธิภาพทำให้อวัยวะต่าง ๆ ที่ถูกระบบประสาทนี้ควบคุม เช่น การย่อยอาหาร และการขับถ่าย ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) ผลต่อระบบหายใจ

3.1) กล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลมแข็งแรงขึ้น ทรวงอกขยายขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ช่วยในการหายใจมีความแข็งแรงมากขึ้น

3.2) ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น มีความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น ความจุของปอด และความสามารถในการหายใจเพิ่มขึ้น

4) ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต เมื่อมีการออกกำลังกายอวัยวะต่าง ๆ ในระบบไหลเวียนโลหิตมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

4.1) หัวใจ (Heart) การออกกำลังกาย ประเภทที่ต้องใช้ความอดทนเป็นเวลานาน จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรงมากขึ้น สามารถสูบฉีดโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) ลดลง การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมาหล่อเลี้ยงเพียงพอ ป้องกัน การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด

4.2) หลอดเลือด (Blood Vessels) หลอดเลือดฝอยมีความยืดหยุ่นดี มีการกระจายตัวของหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อที่มีการออกกำลังกายมากขึ้น

4.3) ปริมาณเลือด (Blood Volume) ที่ไหลเวียนในหลอดเลือดมีเพิ่มขึ้น จึงทำให้ มีความสามารถในการจับกับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยวกันสารเคมีบางตัวในเลือดลดลง

5) จิตใจ การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อจิตใจในการลดความเครียด การออกกำลังกายเป็นประจำ อาจช่วยแก้ไขสภาวะผิดปกติของจิตใจบางอย่างได้

ดำรง (2537) กล่าวว่า เป้าหมายหลักของการออกกำลังกาย คือ การเสริมสร้าง ความอดทนของหัวใจ ปอด กิจกรรมที่เหมาะสมจึงควรเป็นประเภทที่ใช้แหล่งพลังงานทาง แอโรบิกคือ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นจังหวะที่ไม่เร่งเร็วมากแต่มีความต่อเนื่องและนานพอ รูปแบบที่นิยม ได้แก่ การวิ่งเหยาะ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก การออกกำลังกายประเภทพื้นฐานต่าง ๆ

พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอแบบแอโรบิกอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลต่อการป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อม การออกกำลังกาย สามารถป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะอื่นเนื่องจากการมีอายุเพิ่มขึ้นและปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน ผู้ที่ออกกำลังกายจะเกิดโรคเหล่านี้ ได้ช้ากว่าผู้ที่ขาดการออกกำลังกายหรือไม่เกิดขึ้นเลยก็เป็นได้

ประโยชน์การออกกำลังกายแบบ Aerobic ช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 1) ผลต่อระบบไหลเวียน การออกกำลังกายมีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต คือ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขนาดและความแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และความดันโลหิตลดต่ำลง เพิ่มการสูบฉีดปริมาณการไหลเวียนของเลือด ไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ดี
- 2) กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ เพิ่มขนาดและปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ
- 3) ลดน้ำหนักและ ลดการสะสมไขมันในร่างกาย
- 4) การออกกำลังกายจะทำให้ไขมันชนิดเลว LDL ต่ำลง และสามารถทำให้ไขมันตัวที่เป็นประโยชน์คือ HDL เพิ่มขึ้นด้วย จึงสามารถป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้อย่างดีที่สุด (Powell, 1987)
- 5) ลดการรวมตัวของเกร็ดเลือดและเพิ่มการละลายของไฟบริน

3. ด้านการจัดการความเครียด

ความเครียด เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับทุกคนที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่บุคคลสามารถเลือกวิธีการต่าง ๆ ในการเผชิญความเครียดเหล่านั้นได้ โดยการฝึกฝนให้เกิดทักษะในการจัดการแก้ไขหรือมีการยอมรับในสิ่งเป็นจริงที่เกิดขึ้นและหาทางแก้ไข โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในตนเองและจากภายนอก เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะพยายามจัดการกับความเครียดเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดสูงมากเกินไปจนทำให้เกิดความสูญเสีย

สมจิต (2536) กล่าวถึง การจัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะ

- 1) มุ่งแก้ไขที่ปัญหา การแก้ไขที่ปัญหาคะทำโดยการระบุปัญหา แสวงหาแนวทางในการแก้ไขใช้ทางเลือกที่ได้ประโยชน์สูงสุดและลงมือปฏิบัติในการจัดการกับความเครียด

2) การจัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญและกำลังใจหรือลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสามารถแก้ปัญหา โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิต ได้แก่ การบริหารเวลา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2.2) ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพการรับรู้ของตนเอง เรียนรู้พัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ทำสมาธิ เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2540) เสนอรูปแบบการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

1) การยอมรับความเป็นจริงและคิดในเชิงบวก เมื่อมีปัญหาอย่าเพิ่มความกดดันให้ตนเองโดยการมองโลกในแง่ร้าย ให้พยายามคิดในเชิงบวก และมองโลกในหลาย ๆแง่มุม เช่น ยอมรับว่าทุกคนมีโอกาสผิดพลาดได้ทั้งนั้น และควรหาทางแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นมากกว่าโทษตนเอง

2) วางแผนแก้ปัญหา พยายามค้นหาสาเหตุของความเครียดแล้วแก้ไขให้ตรงจุด ซึ่งการค้นหาสาเหตุอาจทำได้โดยสำรวจตนเอง วิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอคำปรึกษาและช่วยค้นหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขความเครียดนั้น วิธีการแก้ไขควรมองหาหลาย ๆ วิธีและเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด

3) การผ่อนคลายความเครียดแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

3.1) การคลายความเครียดในภาวะปกติเป็นวิธีคลายเครียดที่คนทั่วไปนิยมปฏิบัติโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ตนถนัด หรือชอบ และสนใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจมากขึ้น เช่น เปลี่ยนอิริยาบถในการทำงานเป็นครั้งคราว เล่นกีฬาหรือบริหารร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพอ พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เป็นต้น สิ่งที่สำคัญคือ ควรหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยแก้ปัญหาก็กลับสร้างปัญหาให้เพิ่มมากขึ้นอีก

3.2) การคลายความเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง เทคนิคที่ใช้คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก เพราะเมื่อมีความเครียดกล้ามเนื้อต่าง ๆ จะมีการหดเกร็งมาก วิธีการที่ใช้ ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ และการไปรับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hot-Line) ของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ประเวศ (2535) ได้เสนอการประยุกต์หลักการทางพุทธศาสนา เช่น การนำแนวคิดมรรค 8 การนั่งขัดสมาธิ เพื่อแก้ไขความเครียดจากการทำงาน ผลของสมาธิที่มีต่อสรีระร่างกาย สมาธิที่เกิดจากการฝึกฝนจะมีผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดต่ำลง

ในการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่เน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก วิธีการคลายเครียดที่สามารถทำได้ด้วยตนเองมีหลากหลายวิธี ดังนั้นจึงควรเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ได้แก่

1) จินตนาการในทางบวก (Guide imagery) มโนภาพที่ทำให้การสร้างจินตนาการทำให้กระตุ้นการทำงานที่เปลือกของสมองซีกขวาที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสุนทรียธรรม จินตนาการจากการชี้นำทำให้จิตใจ สงบ สบายใจ ผ่อนคลาย เนื่องจากไปกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิก

2) การฝึกลมหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal or diaphragmatic breathing) การหายใจเข้าออกอย่างช้า ๆ จะทำให้ปลดปล่อยความเครียด

3) การใช้ดนตรีบำบัด (Music Therapy)

4) การฝึกทำสมาธิ การทำจิตใจให้เป็นสมาธิเป็นการทำจิตใจให้ตั้งมั่น ผลการฝึกสมาธิจะทำให้ความดันเลือดต่ำลง จำนวนเลือดเทในเลือดต่ำลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจและการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

5) การออกกำลังกายเป็นประจำเพียงวันละ 20-30 นาที จะช่วยให้ร่างกายหลั่งสารสุขออกมา สารสุขจะช่วยให้อาการของโรคเกี่ยวกับประสาททั้งหลายหมดไป การออกกำลังกายมุ่งหวังเพียงให้เกิดการผ่อนคลายเท่านั้น โดยอาจเลือกกระทำวิธีที่ตนพอใจและกระทำสม่ำเสมอ

6) การนวดคลายเครียดเป็นการนวดสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัวในสถานการณ์ที่มีความเครียดทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว ลดอาการเจ็บปวดของร่างกาย

7) การใช้อารมณ์ขัน (Humor) การหัวเราะทำให้ร่างกายหลั่งสาร Endorphins เพิ่มขึ้นในกระแสเลือด สามารถลดความตึงเครียดและทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายได้

4. ควบคุมการสูบบุหรี่

บุหรี่ เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่ายาเสพติดคือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าร่างกายทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพและก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพและยังก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย และนักเภสัชวิทยาทำการวิเคราะห์บุหรี่พบว่า เมื่อจุดบุหรี่สูบเพียง 3 วินาที บริเวณเผาไหม้จะมีอุณหภูมิสูงถึง 850 - 880 องศาเซลเซียส ซึ่งสามารถสลายสารเคมีกว่า 1200 ชนิดในบุหรี่และสารพิษที่สำคัญที่มีโทษร้ายแรงคือ สารนิโคติน และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์

การป้องกันตนเองจากบุหรี่

สุพัฒน์(2547) กล่าวว่า การป้องกันและแก้ไขการสูบบุหรี่ควรแก้ที่ค่านิยมอันดับแรก โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ดังนี้

- 1) ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุหรี่
- 2) อาจารย์ไม่สูบบุหรี่เพื่อเป็นแบบอย่าง และควรห้ามนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ด้วย

3) พระภิกษุสงฆ์ ควรเทศน์ เพื่อชี้แนะในเรื่องการไม่ควรสูบบุหรี่ แสดงตนเป็นแบบอย่างที่ดี

4) แพทย์ควรทำตนเป็นแบบอย่างและชี้ให้เห็นโทษของบุหรี่

5) รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน ร่วมมือกัน รณรงค์ให้เห็นความจำเป็นการต่อต้านบุหรี่ เช่น การรณรงค์ส่งเสริมให้หน่วยงาน ประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมให้ละเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่ด้วยตนเองนับว่ามีความสำคัญมาก เพราะผู้สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 90 สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง อุไร (2542) ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ตั้งใจเลิกบุหรี่ว่ามีหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การให้ดื่มน้ำมาก ๆ ไม่เข้าใกล้คนสูบบุหรี่หรือสิ่งแวดล้อมที่มีบุหรี่ การใช้สมุนไพร การฝังเข็ม การควิดีโอ การทำสมาธิ การรักษาด้วยยา การให้รางวัลเมื่อทำได้สำเร็จการตั้งใจจริงในการเลิกบุหรี่เป็นเรื่องสำคัญ อย่างไรก็ตามการให้กำลังใจจากครอบครัวและเพื่อนฝูงคอยสนับสนุนมักจะประสบผลสำเร็จมากกว่าผู้ที่อดบุหรี่ตามลำพัง

5. ควบคุมการดื่มสุรา

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

แนวทางการควบคุมการดื่มสุรา

1) หลีกเลี่ยงการดื่มสุราด้วยสาเหตุเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า

2) ถ้าไปงานเลี้ยงสังสรรค์ควรรับประทานอาหารไปก่อน หรือดื่มสุราไปพร้อมกับกลั้วกลั้มทำให้การดูดซึมแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย ช้าลง

3) ขณะดื่มควรหลีกเลี่ยงการต่อรงที่ชักชวนให้ดื่มมากขึ้น

4) ควรดื่มช้า หากดื่มเร็วปริมาณแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายมากอย่างรวดเร็ว จะทำให้เมาเร็วขึ้น

6. การตรวจร่างกายประจำปี

เป็นวิธีการหนึ่งที่เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและปกป้องสุขภาพได้เป็นอย่างดี มีโรคหลายชนิดที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือหากเกิดขึ้นแล้วมีการตรวจพบได้ตั้งแต่วะยะแรก จะมีผลต่อการรักษาทำให้หายได้ การตรวจร่างกายประจำปีเป็นการตรวจคัดกรอง (Screening Examination) ที่ควรทำในช่วงอายุ 35-65 ปี การตรวจร่างกายเพื่อติดตาม ควบคุม ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด น้ำตาลในเลือด ระดับความดันเลือดสูงเพื่อไม่ให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือเพื่อไม่ให้เกิดโรคต่อเนื่อง

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

แนวคิดทฤษฎีรูปแบบจำลอง (PRECEDE Model)

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมและสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์กรประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่

- ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
- โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- องค์กรประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
- ความรู้
- องค์กรประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎี จิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมและพยายามหาทางแก้ปัญหาโดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน

PRECEDE-PROCEED Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมที่มีแนวคิดว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวินิจฉัยถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Model เป็นการเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้น แล้วพิจารณาย้อนกลับไปที่เหตุ (Input) ได้แก่ ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ (สมทรง และ สรวงศ์ภรณ์, 2540)

ขั้นตอนและกระบวนการวินิจฉัย ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน (ภาพที่1)

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในกลุ่มประชาชนเป้าหมาย (ผู้ป่วย นักเรียน ลูกจ้าง / คนงาน ผู้บริโภค) ซึ่งสามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม (ในขั้นตอนที่ 1) ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเมื่อได้วิเคราะห์ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 แล้ว ผู้บริหารส่วนมากมักจะวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยทันที โดยปราศจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 โดยเฉพาะในแง่ของเหตุและผล (Cause-effect) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Behavioral and Environmental Diagnosis)

ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพ (Environmental และ Health – related Behavioral Factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นตอนที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยน สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือของบุคคลอื่น อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคลชี้ให้เห็นว่างานสุขภาพที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลนี้เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นจะต้องพิจารณาสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจจะเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือระดับองค์กรที่เล็กลงมา

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา และองค์กร (Phase 4: Educational and Organizational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการสุศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินงานสุศึกษา โดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพึงพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Educational Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ (Socio-economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุศึกษาด้วย

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง เหตุการณ์ที่บุคคลได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือการรายงาน เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

ทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Attitude)

ประภาเพ็ญ (2526) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกสภาพของจิตใจ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเป็นเรื่องของจิตใจที่สัมพันธ์กับความรู้สึกมีต่อเหตุการณ์ใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจกล่าวได้ว่าทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motive) หากแต่เป็นสภาพความพร้อมที่จะได้ตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

ดวงเดือน (2519) ได้สรุปลักษณะสำคัญของทัศนคติ ไว้ดังนี้

1. ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคลไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด
2. เป็นสภาวะของจิตใจที่มีความมั่นคงพอสมควร แต่ก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ มีอิทธิพลเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้
3. สภาวะของจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคลให้บุคคลมีการสนองตอบต่อสิ่งเร้าเป็นทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

ในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้ เช่น เกิดจากความเชื่อ และมีคนอื่นสนับสนุน เป็นต้น

ประภาเพ็ญ (2526) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกิดจาก

1. ทัศนคติได้จากการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ได้แก่ บุคลิกภาพ เพศ และการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน เป็นต้น ย่อมเกิดผลทำให้ทัศนคติของบุคคลแตกต่างกันออกไป ผู้ใหญ่มักจะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยาก ดังนั้นการปลูกฝังพฤติกรรมในกลุ่มผู้มีอายุมากจะทำได้ยากกว่าผู้มีอายุน้อย จึงควรสร้างให้เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กจากการเรียนรู้ภายใต้สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว และการเรียนรู้ในโรงเรียนในด้านเพศพบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลง ทัศนคติได้ดีกว่าผู้ชาย

2. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience)

พริ้มเพรา (2536) กล่าวว่า ประสบการณ์เฉพาะอย่างเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้พบเหตุการณ์นั้นด้วยตนเอง

3. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) หรือความมีอำนาจของบุคคลสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในบุคคลอื่นได้

4. องค์ประกอบของสถาบัน (Institutional) ทักษะคติของบุคคลอาจเกิดขึ้นสืบเนื่องจากกฎระเบียบที่มีอยู่และบุคคลต้องถือปฏิบัติจนรับสิ่งนั้นมาเป็นทัศนคติของตน

ทัศนคติม้องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ (ดวงเดือน, 2539)

1. องค์ประกอบทางความรู้เชิงประเมินค่า หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งว่ามีประโยชน์มากน้อยเพียงใดและมีโทษมากน้อยเพียงใด เป็นความรู้หรือความเชื่อถือที่ใช้ประเมินค่าสิ่งนั้นได้ ถ้าบุคคลเห็นว่าสิ่งนั้นดีมีประโยชน์ก็จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นดี แต่ถ้าบุคคลมีความรู้ว่สิ่งนั้นไม่ดีมีโทษก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น
2. องค์ประกอบทางความรู้สึกเป็นองค์ประกอบที่แสดงถึงความรู้สึกของบุคคลว่าชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้น พอใจหรือไม่พอใจสิ่งนั้น ความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับคุณหรือโทษของสิ่งเหล่านั้นแล้ว บุคคลจะต้องมีความรู้ว่สิ่งใดดีหรือไม่ดีก่อนที่จะมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้น นอกจากนี้้องค์ประกอบทางความรู้สึกยังสอดคล้องกับองค์ประกอบทางความรู้ด้วย กล่าวคือถ้าบุคคลมีความรู้ว่สิ่งนั้นดีมีประโยชน์ก็จะเกิดความรู้สึกชอบ พอใจในสิ่งนั้น แต่ถ้าบุคคลมีความรู้ว่สิ่งนั้นไม่ดีมีโทษก็จะเกิดความรู้สึกไม่ชอบไม่พอใจสิ่งนั้น
3. องค์ประกอบทางความพร้อมที่จะกระทำ เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่า และมีความรู้สึกชอบต่อสิ่งนั้นแล้วสิ่งที่ตามมาคือ ความพร้อมที่จะกระทำให้สอดคล้องการความรู้สึกของตนต่อสิ่งนั้น ดังนั้น้องค์ประกอบนี้จึงเป็นองค์ประกอบที่กำหนดการกระทำพฤติกรรมของบุคคลกล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้ว่สิ่งนั้นดีมีคุณค่าก็เกิดความรู้สึกชอบ พอใจในสิ่งนั้น บุคคลจึงพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งที่ตนเองชอบและพอใจในลักษณะของการสนับสนุนหรือช่วยเหลือในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่สิ่งนั้นไม่ดีมีโทษ ก็เกิดความรู้สึกไม่ชอบไม่พอใจในสิ่งนั้น บุคคลจึงพร้อมที่จะหลีกเลี่ยงหรือทำลาย ไม่สนับสนุนและไม่ช่วยเหลือ

โดยสรุปการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพก่อน การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ผลระยะยาว ควรมีการปลูกฝังพฤติกรรมทางสุขภาพให้ตั้งแต่เด็กซึ่งสามารถทำได้ 3 ลักษณะ คือ การเรียนรู้จากครอบครัว และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว การเรียนรู้ในโรงเรียนหรือสถานศึกษาและการเรียนรู้จากสังคมสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น Green (1980) กล่าวว่า ทักษะที่เป็นปัจจัยเอื้อคือความสามารถของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาอย่างเต็มความสามารถ

ดังนั้นปัจจัยเอื้อ จึงมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ดีก็ได้ ปัจจัยเอื้ออันวนนี้ประกอบด้วย ทักษะ แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำให้เกิดพฤติกรรม การที่บุคคลได้มีโอกาสในการใช้แหล่งบริการสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ และมีโอกาสกระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่ดีต่อสุขภาพจนเกิดทักษะหรือสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่พฤติกรรมอนามัยของบุคคลอาจถูกจำกัดจากทรัพยากรที่มีอยู่และความสามารถในการเข้าถึง

ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของบุคคลนั้น สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจจะเป็นกฎระเบียบที่บังคับให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ สิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ โดยอาจจะสนับสนุนหรือยับยั้งให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ทวนวรรณ (2538) กล่าวว่า ปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งที่ต้องมีจะขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ ส่วนปัจจัยเสริมจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ที่ง่ายขึ้นหรือรวดเร็วขึ้น ถ้าได้มีแรงกระตุ้นจากบุคคลต่างหรือจากสิ่งแวดล้อมและสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม (2535) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุน ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคอง จากบุคคลในสังคมประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าและการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน เวลา และแรงงาน ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม จึงจะส่งผลให้ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมหรือบรรลุจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการคือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ

ก. กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิก เป็นการส่วนตัวสูงกลุ่มนี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง

ข. กลุ่มทุติยภูมิที่มีความสัมพันธ์กันตามแผน และเกณฑ์ที่ตั้งไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

หลักของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

1. มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข้อมูลในลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.2 ข้อมูลข่าวสารเป็นข้อมูลในลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม

2.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุน อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

2.4 ต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการในที่นี้คือการมีสุขอนามัยที่ดี

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

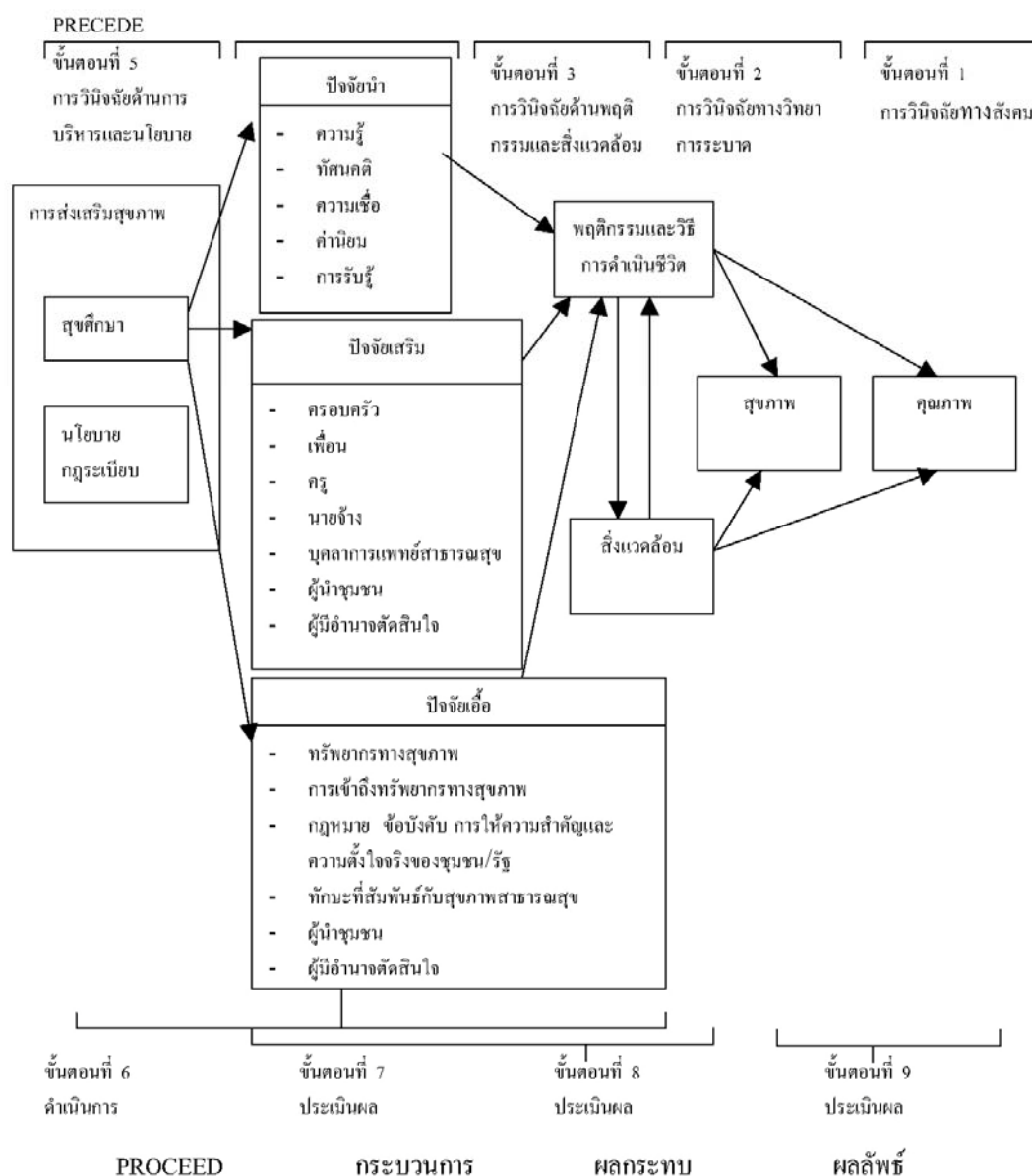
1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิดเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดเห็นของบุคคล

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการใช้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัสดุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสารหรือเวลา

คำกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการเผชิญหน้ากับภาวะกดดัน ความเครียดจากบทบาทหน้าที่ และงานประจำ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดังนั้นถ้าเจ้าหน้าที่ได้รับการประคับประคองจากบุคคลในกลุ่มสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ย่อมมีผลทางด้านจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กรีน และครูเทออร์ (Green and Kreuter, 1991) ได้มานำเสนอให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวทั้ง 4 ขั้นนี้ จะช่วยให้ผู้วางแผนได้จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบต่าง ๆ และนำไปสู่การพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม (Intervention) การตัดสินใจเลือกกิจกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญขององค์ประกอบและทรัพยากรที่มีอยู่และที่จะทำให้เกิดขึ้นได้



ภาพที่ 1 รูปแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: Green and Kreuter (1991)

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Phase 5: Administrative and Policy Diagnosis)

ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กร และด้านการบริหาร เพื่อนำสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน อาจพบว่ามีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนการดำเนินงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย หรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะแก้ไขได้โดยการร่วมมือประสานงานส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปนอกจากนี้ในขั้นนี้ก็จะเกี่ยวข้องกับการจัดกลยุทธ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมโดยพิจารณาถึงสถานที่ จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชน สถานประกอบการ / โรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6, 7, 8 และ 9 (Phase 6, 7, 8 and 9: Implementation , Process Evaluation, Impact Evaluation and Outcome Evaluation)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการดำเนินงาน และการประเมินผลซึ่งที่จริงแล้วการประเมินผลนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผนของ Model แล้ว โดยขั้นนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว Model นี้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อบุคคล ทำให้กำหนดกลวิธีในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม การประเมินผลใน PRECEDE-PROCEED Model จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินกระบวนการ การประเมินผลกระทบของโครงการ หรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยองค์ประกอบทั้ง 3 กลุ่มที่นำ

มาศึกษาคือ ปัจจยนำ ปัจจยเอื้อ ปัจจยเสริม เพื่อนำผลการศึกษามาใช้วางแผนและหาทวิวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ต้องการและสนับสนุนพฤติกรรมที่ต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้น้อยลงและเป็นต้นแบบให้กับหน่วยงานอื่น ๆ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่ (ประภาพัณญ์ และ สวิง, 2536)

ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนามาจากการศึกษาปรากฏการณ์ทฤษฎีสนามแห่งชีวิตของ Kurt Lewin et al. (อ้างถึงใน สมทรง และ สรวงศ์ภักดิ์, 2540) เป็นผู้ริเริ่มนำรูปแบบเจตคติด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและเชื่อว่าสิ่งนั้นจะทำให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ทั้งยังอธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลใดจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีแรงจูงใจเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะทำให้เขาได้รับผลคุ้มค่า โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกล้า ความอาย ฯลฯ

นอกจากปัจจัยการรับรู้ของบุคคล Rosenstock (1974) ยังได้เสนอเพิ่มเติมในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นนั้น จะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาพบว่านอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพต่อมา Becker and Maiman (1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เป็นปัจจัยนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ซึ่งพบว่ามียุทธผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

จากแนวคิดนี้ มีผู้ศึกษานำมาเป็นแนวทางและสรุปได้ว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพของเขานั้น ต้องเกิดจากการที่เขายอมรับว่าการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีมากกว่าและสิ่งที่เขาจะต้องปฏิบัติเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บุคคลที่มีการรับรู้เนื่องจากมีความเชื่อในระดับปานกลาง หรือมีความเชื่อในระดับสูง จึงทำให้หลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงจึงวัดจากความเชื่อทั้ง 3 ทาง (Becker and Maiman, 1980) คือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค ข้อสรุปของแพทย์ ซึ่งทำให้การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิดไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสการกลับเป็นซ้ำ หรือเกิดอาการของโรคขึ้นมาอีก

1.3 ความรู้สึกของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

งานวิจัยที่แสดงถึงการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีอิทธิพลต่อความรู้สึก และทำให้บุคคลยอมรับว่าเขามีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนั้นได้ ดังเช่น การศึกษาของ กรองทิพย์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของคณงานก่อสร้าง จังหวัดระยอง พบว่าการที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีโอกาสหรือไวต่อการเจ็บป่วยเพียงใดจะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคดีขึ้น การศึกษา Rosenstock (1974) พบว่าความเชื่อในโอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคของมารดาที่นำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันสอดคล้องกับ Orem (1980) กล่าวว่า การรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป สามารถพัฒนา ความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของตนเองได้ การรับรู้จึงทำให้บุคคลทราบถึง ความจำเป็นและเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและช่วยในการประเมิน คาดการณ์ คิดไตร่ตรอง ตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะช่วยผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิด ความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษาบางครั้งเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่องานทางสังคมและการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งการรับรู้ ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึง ภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคล ไม่ปรารถนา ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงพยายามหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดีในระดับการรับรู้ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ กรองทิพย์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของคณงานก่อสร้าง จังหวัดระยอง พบว่าคณงานก่อสร้างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์สูง จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ถูกต้องมากขึ้นด้วย และ ชัยพงศ์ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมพบว่า การรับรู้ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาของ Becker (1978) พบว่า มารดาของบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่รับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ ของบุตร และมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการดูแลตามแผนการรักษา

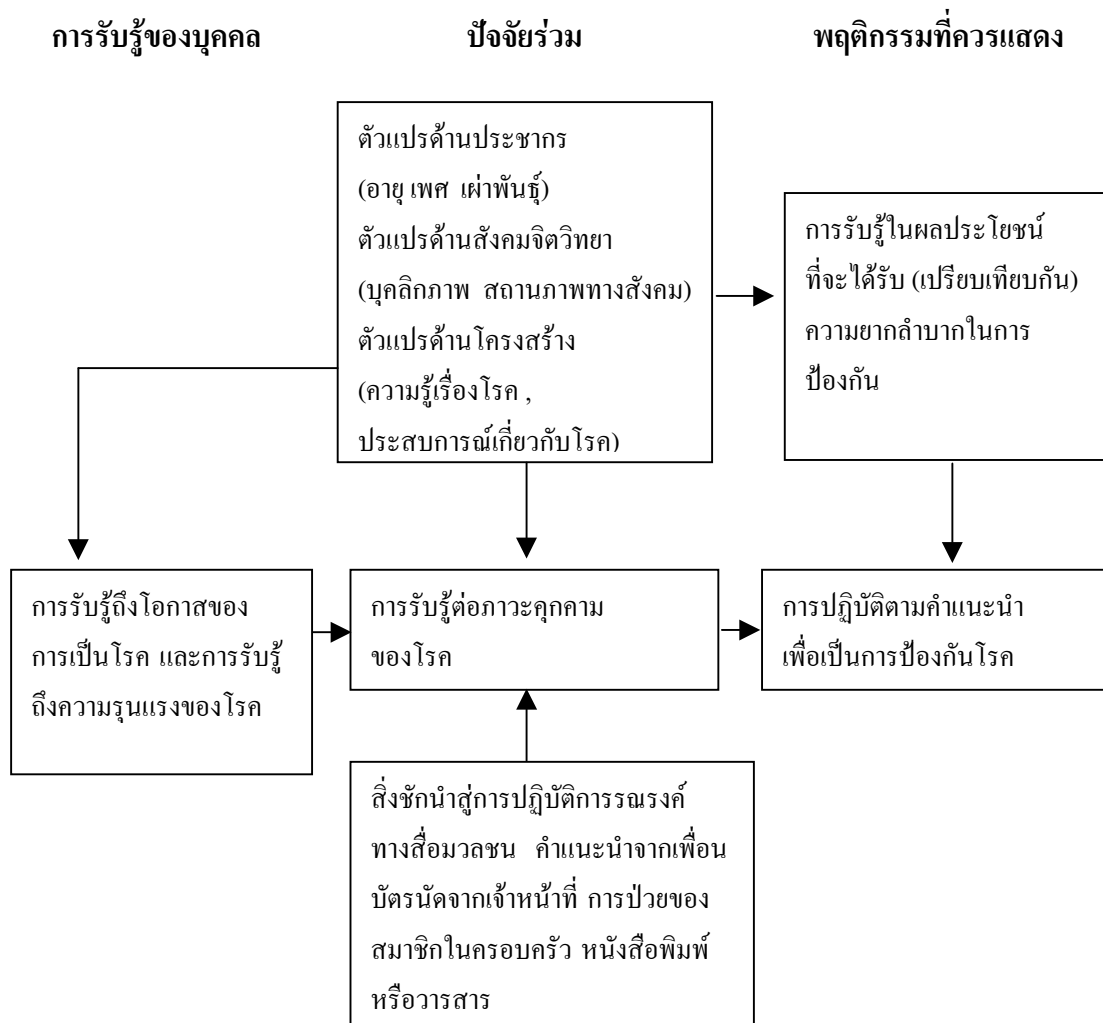
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยวิธีแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นจะเป็นผลจากความเชื่อวิธีนั้น ๆ ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคนั้นน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ สอดคล้องกับ พรนิภา (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลในการดูแลบุตรป่วยกลุ่มอาการเนฟโรติก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ Becker (1974) พบว่าการรับรู้ผลดีของการรับประทานยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการรักษาบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ในทางลบจากผลการศึกษาของ Klinger (1984) พบว่าการปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง Rosenstock (1974) กล่าวว่า อุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “ข้อขัดแย้งทางจิตใจ” ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขที่จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก สิ่งเร้า ภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ

กิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังตัวอย่าง เช่น สอดคล้องกับ สุภาพ (2528) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของการดูแลตนเอง พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา การดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบ ดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้แก่ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วย เช่นกัน



ภาพที่ 2 “รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Becker et al. (1974)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิรวรรณ (2542) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะด้านโภชนาการและความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก กิจกรรมด้านร่างกายจัดอยู่ในเกณฑ์ดีน้อยที่สุด ส่วนอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรอิทธิพลระหว่างบุคคล ระดับการศึกษา อิทธิพลด้านสถานการณ์และระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถนำไปสร้างสมการทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล ระดับการศึกษา อิทธิพลด้านสถานการณ์และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ลัดดาวัลย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและอาชีพ โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 31.00

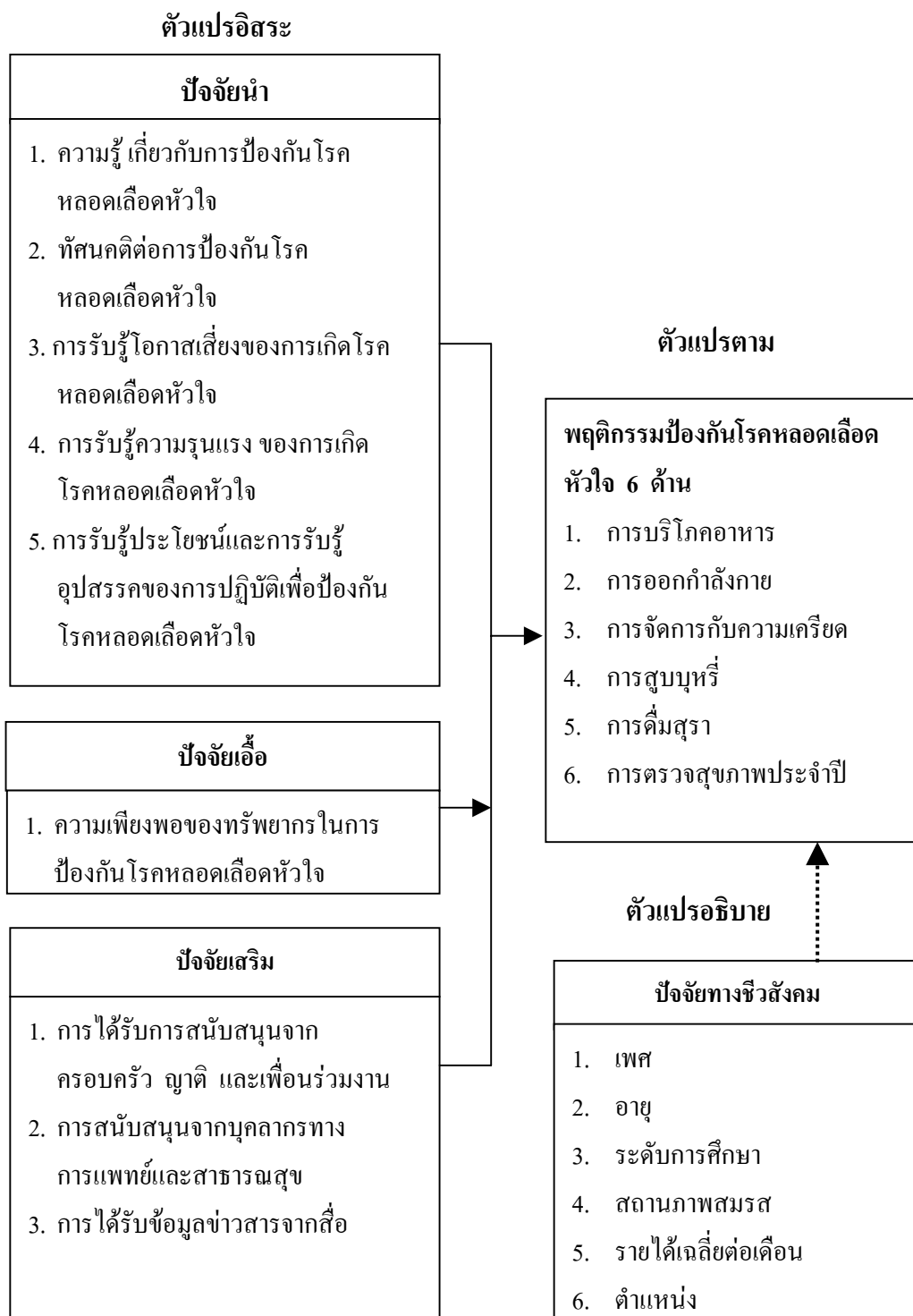
วณี (2543) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ และรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเส้นเลือด โดยมีปัจจัยด้านชีวิตรวม และปัจจัยด้านสังคม-

จิตลักษณะ สามารถร่วมทำนาย ไชมัน Cholesterol ได้ร้อยละ 19.5 และยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้ ด้านส่งเสริมสุขภาพเป็นตัววัดการทำนายไขมัน HDL ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตพบว่าปัจจัยทุกด้านมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ศึกษา และพบว่าปัจจัยด้านชีวิตสังคม และปัจจัยด้านสังคม-จิตลักษณะ สามารถร่วมทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าการทำนายจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งอย่างเดียว ทั้งนี้อำนาจการทำนาย ด้านการรับประทานอาหารสูงสุดที่ร้อยละ 24.1 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัววัดที่ดีในการทำนายด้านอาหารและการสูบบุหรี่ ส่วนบุคลิกภาพจะมีความสัมพันธ์กับวิธีจัดการความเครียด

ถนอมขวัญ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคในสตรีอายุระหว่าง 35 -54 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการประเมินอันตรายโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความเสี่ยง ด้านการเผชิญปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองในพฤติกรรมการป้องกันด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ น้ำหนักตัวและระดับโคเลสเตอรอล ภายหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองและประสบการณ์ การเคยออกกำลังกายมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณฑิชา (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน กลุ่มวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมด้านการอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ และด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานที่ 5 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขที่มีอายุระหว่าง 35- 59 ปีที่เป็นข้าราชการระดับปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2548 รวมทั้งสิ้น 869 คน

2. กลุ่มตัวอย่างได้จากประชากร โดยกำหนดจากการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane (1973) ดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (.05)

$$\text{เมื่อ} \quad N = 869$$

$$\text{แทนค่าสูตร} \quad n = \frac{869}{1+ 869 (.05)^2}$$

$$n = 274 \quad \text{คน}$$

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกมาจากเจ้าหน้าที่ทุกกองในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Random Sampling) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อจัดหน่วยประชากรในแต่ละชั้นให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด จัดหน่วยประชากรที่ต่างชั้นกันให้มีความแตกต่างกันมากที่สุด แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแต่ละชั้นด้วยวิธีสุ่มแบบง่ายตัวอย่างที่สุ่มมาได้จะเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

หน่วยงาน	ประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
สำนักบริหาร	55	17
กองประกอบโรคศิลปะ	38	13
กองวิศวกรรมการแพทย์	226	71
กองแบบแผน	235	74
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	94	30
กองสุศึกษา	71	22
สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	150	47
รวม	869	274

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของบุคลากรประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่ง จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง (Opened end)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือคุณลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 5 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดเป็นประโยคบอกเล่า คำตอบมีให้เลือกตอบคือ ถูก ผิด หรือไม่แน่ใจ โดยคะแนนข้อคำถามตอบถูกได้ 1 ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 จำนวน 12 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน

2.2 แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 12 – 48 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่ามีความทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

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

2.3 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวก และลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 12 – 48 คะแนน คะแนนสูงหมายความว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
จริงที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
จริง	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่จริง	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่จริงที่สุด	มีค่าคะแนน	1	4

2.4 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 9 – 36 คะแนน คะแนนสูงหมายความว่ามีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
จริงที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
จริง	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่จริง	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่จริงที่สุด	มีค่าคะแนน	1	4

2.5 แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 10 – 40 คะแนน คะแนนสูงหมายความว่ามีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
จริงที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
จริง	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่จริง	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่จริงที่สุด	มีค่าคะแนน	1	4

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 8 – 32 คะแนน คะแนนสูงหมายความว่าทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

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

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 14 – 56 คะแนน คะแนนสูงหมายความว่า ได้รับการสนับสนุนมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

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

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวกและลบ (Positive or Negative Statement) เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย ประกอบด้วยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 12 – 48 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดี

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความเชิงบวก (Positive Statement)	ข้อความเชิงลบ (Negative Statement)
ตัวเลือก			
ปฏิบัติมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
ปฏิบัติมาก	มีค่าคะแนน	3	2
ปฏิบัติน้อย	มีค่าคะแนน	2	3
ปฏิบัติน้อยที่สุด	มีค่าคะแนน	1	4

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือการวิจัยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย
2. ศึกษาจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า และคำแนะนำ มาสร้างแบบสอบถาม โดยมีข้อกระทงคำถามเป็นทั้งปลายปิดและปลายเปิด โครงสร้างเนื้อหาสาระครอบคลุม วัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการวิจัย

4. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

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

5.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลจากการทดลองใช้ไปทำการตรวจสอบคุณภาพมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปหาค่าความเชื่อมั่นเป็นส่วน ๆ ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วนเป็น ดังนี้

- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับความรู้
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับทัศนคติ
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับปัจจัยเสริม
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79
- แบบสอบถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

5.3 ในส่วนของแบบวัดความรู้ จะนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกค่าความยากง่ายและค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR - 20) (สุชาติ, 2540) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

5.4 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอประธานกรรมการ ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง (ภาคผนวก ข)

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมด้วยตนเอง โดยติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผู้อำนวยการกองต่าง ๆ ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ – 18 กุมภาพันธ์ 2549

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กองต่าง ๆ ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 7 กองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

3. วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบอย่างอิสระและเก็บแบบสอบถามคืนในวันเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนจากความคิดของคนอื่นในการตอบแบบสอบถาม

4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ความถูกต้องและความครบถ้วนของคำตอบ และซักถามเพิ่มเติมเมื่อไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมที่มีระดับการวัดแบบนามมาตรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีระดับการวัดแบบช่วงมาตร (Interval Scale) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-Square)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีระดับการวัดแบบช่วงมาตร (Interval Scale) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ
(Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

สถานที่ดำเนินการวิจัย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาในการวิจัย

เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน เมษายน 2548 - เมษายน 2549